



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL EN ADULTOS
MAYORES QUE VIVEN EN UNA CASA DE RETIRO AL
SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

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:

PERLA XÓCHITL VILLEGAS JIMÉNEZ

TUTORA: 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.

7.4 Actualmente, ¿qué hacen por conservar la salud bucal?	41
7.5 Autopercepción de salud bucal	45
7.6 Uso de los servicios de la salud odontológica	49
8. DISCUSIÓN	56
9. CONCLUSIONES	62
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace años se ha observado un aumento en el envejecimiento poblacional a nivel mundial. Esto se debe a los avances tecnológicos y programas a favor de una mejor calidad de vida en el adulto mayor.

En el envejecimiento existe un predominio femenino, las mujeres presentan mayor esperanza de vida con respecto a los hombres, sin embargo son más vulnerables debido a que sufren un doble prejuicio: como mujeres y como adultas mayores.

Los factores socioeconómicos como son el ingreso, educación, alimentación, vivienda, estilos de vida y el acceso a los servicios de salud entre otros, influyen de manera significativa en la calidad de vida. En este sentido las reformas al sector salud de las últimas décadas han ofrecido tratamientos preventivos para las personas de bajos recursos y servicios terapéuticos para las personas con capacidad adquisitiva; esto último se ha convertido en un blanco para el mercado de la salud y uso de nuevas tecnologías.

La salud bucal es un elemento importante de la salud general y la calidad de vida de los individuos, a pesar de ser parte de la salud general y de haberse demostrado que tiene impacto en su calidad de vida, frecuentemente es excluida por las mismas personas.

La presente investigación tiene como propósito conocer la autopercepción de salud bucal de un grupo de adultos mayores que viven en una casa de retiro al sur de la ciudad de México.

2. ANTECEDENTES

2.1 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso natural, no patológico por el que atraviesan todos los organismos vivos. La vejez debe de entenderse como un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de años vividos.¹

El periodo de envejecimiento, se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento. Los momentos críticos más importantes por los que tiene que pasar todo adulto mayor son: pérdidas de relaciones afectivas significativas, especialmente la pérdida de la pareja, la aparición de una o más enfermedades que constituyen una amenaza para la vida o una limitación de la capacidad de autonomía.²

Debemos de hacer hincapié en que el envejecimiento no debe de ser relacionado con la enfermedad, sin embargo, debemos de reconocer que existen cambios fisiológicos del envejecimiento, que llevan a que los adultos mayores tengan una mayor propensión a desarrollar ciertas enfermedades y disminuya poco a poco algunas de sus habilidades de juventud, resultando, un mayor riesgo de morir o una inadecuada calidad de vida.

El envejecimiento puede considerarse como un éxito tanto en avances científicos como médicos, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe de adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

2.1.1 Situación del país: Aspectos demográficos

El envejecimiento de la población en México se ha hecho evidente a partir de la última década del siglo XX e inevitablemente será el cambio demográfico más notorio del siglo XXI. El número y proporción de la población de edades avanzadas aumenta con respecto a los otros grupos de edad, en un proceso que finalmente supone una estructura de población envejecida.

Según el Censo General de Población y Vivienda 2010, actualmente en México somos 112 millones 336 mil 538 personas que viven en nuestro país, de los cuales 54 millones 855 mil 231 habitantes son hombres y 57 millones 481 mil 307 mujeres; 6.9 millones tienen más de 64 años, lo que representa 6.3% de la población total. De ellos, 3.7 millones son mujeres y 3.2 millones son hombres. El resultado es que hay más mujeres que hombres de edad avanzada, debido principalmente a una mayor sobrevivencia, por cada 100 mujeres de 65 y más años de edad, había 85.7 hombres. La razón de dependencia en la vejez indica que hay 10 personas de 65 y más años de edad por cada 100 personas entre 15 y 64 años.³

La edad media en nuestro país es de 26 años, por esta razón se puede considerar como un país joven. Sin embargo, por múltiples factores como los avances en la prevención y atención médica, desarrollo económico y social y los avances que nuestro país está adquiriendo, la esperanza de vida se ha incrementado: un individuo que nace en el 2012 puede llegar a vivir un promedio de 76 años, para las mujeres de 78.1 y para los hombres 73.4 según el Consejo Nacional de la Población (CONAPO).^{4, 5}

2.1.2 Desigualdades en el envejecimiento

El concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del término «desigualdad» se refiere a las diferencias en materia de salud que son

innecesarias, evitables e injustas; por tanto, incluye una dimensión moral o ética.⁶

Existe una gran heterogeneidad en la forma de envejecer, la cual puede estar determinada por el género, la cultura, nivel socioeconómico, y el significado que los diferentes grupos sociales le imprimen a la vejez.⁵

A partir de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, se construyen ideas y representaciones acerca de qué distingue a los hombres y a las mujeres más allá de sus cuerpos y sus características físicas. Es así que, cada sociedad define perfiles ideales que se traducen en un conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades diferentes para cada sexo.

Las mujeres conforman la mayoría entre los adultos mayores en casi todos los países del mundo. Este fenómeno, conocido como la “feminización” del envejecimiento, se observa universalmente porque las mujeres llegan a vivir más que los hombres. Sin embargo, el vivir más años aumenta la probabilidad de desarrollar diferentes enfermedades, influyendo diversos factores de acuerdo con el rol que desempeñen en la sociedad.¹

La OMS plantea que los distintos roles y conductas que mujeres y hombres presentan en una diferente cultura, son generadas por las normas y valores de esa cultura, esto da lugar a las diferencias de género y aunque no todas esas diferencias implican desigualdad.⁷

El ciclo vital de las mujeres parece estar más relacionado con los acontecimientos familiares y con los cambios de roles en el ámbito doméstico reduciéndolos a procesos vinculados al envejecimiento a un tema de reproducción, sexo y maternidad, teniendo limitaciones en la participación social y económica; esto da como resultado menor acceso a la satisfacción

de necesidades básicas como alimentación, educación, servicios de salud, así como una menor posibilidad de acceder a un trabajo gratificante en términos de desarrollo personal y de un ingreso que les permita vivir dignamente.^{8,9}

En la familia mexicana es acentuada la tradición de apoyo familiar, es decir, la mujer ha funcionado como el eje central de la organización en la familia. Además, la mujer mexicana a lo largo de su vida tiene que ejercer diferentes roles, produciendo una vulnerabilidad que ponen en riesgo su estado de salud y calidad de vida.⁵

Los estudios sobre género y salud muestran complejidad de las diferencias en salud entre mujeres y hombres e indican la prevalencia de los factores sociales tanto en el surgimiento y desarrollo, de tales diferencias como en la salud de todas las personas.⁶

Tanto la clase social, ocupacional, como el nivel de estudios de las personas están relacionados con una mejor o peor salud. También el territorio donde viven las personas influye en la salud, independientemente de la situación socioeconómica individual, de manera que las que viven en áreas geográficas con mayor privación material (con menos recursos, servicios y comodidades y un peor medio ambiente) presentan un estado de salud más deteriorado. La mayoría de los estudios señalan que estas desigualdades se incrementan, ya que las personas de clases sociales más aventajadas mejoran más su estado de salud que las personas de clases desfavorecidas.⁹

Por lo tanto la desigualdad social significa que minorías ricas concentran la mayoría de los recursos del país, mientras la gran mayoría tiene muy poco. Para disminuir estas desigualdades se requieren medidas distributivas que otorguen más ingresos a los pobres y menos a los ricos.

Desafortunadamente en Latinoamérica los ricos no solo concentran más recursos sino que reciben proporcionalmente más ingresos que los pobres y, como resultado, se observa que no sólo la pobreza sino también la brecha entre ricos y pobres se han incrementado en las últimas décadas.¹⁰

La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales, por tanto, los procesos de salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino en las interacciones entre la persona y su entorno.⁹ Por tanto, el envejecimiento imprime nuevos retos de identidad y de lucha de clases sociales por alcanzar el bienestar y la salud.⁵

Existe desigualdad en cuanto al bienestar físico, psicológico y posición social de los grupos, las cuales son efecto de diferencias entre hombres y mujeres, además de otras como el nivel socioeconómico. Los niveles de educación y alfabetismo en las mujeres pobres son bajos y se traducen en limitaciones de acceso a los sistemas de protección social.^{1,5}

Numerosos estudios demuestran que a medida que aumentan los ingresos y la educación aumentan los índices de buena salud. Es decir, la educación es un indicador de bienestar en las edades avanzadas; desde la infancia se trazan las posibilidades de empleo, el acceso a la seguridad social, prestaciones y mayor conocimiento sobre el cuidado de la salud dependiendo del nivel de escolaridad del individuo. Por lo tanto la educación tiene un efecto independiente, fuerte y poderoso, sobre el estatus de salud.

La educación de que disponen las mujeres a lo largo de la vida permite tener efectos positivos sobre la salud y el bienestar. Más años de educación pueden generar un sentido de eficacia, control y la habilidad de utilizarlos de manera que vivan una vida más saludable. La autonomía en la toma de

decisiones promueve un sentimiento de poder y autoestima que las mujeres mayores necesitan para mantener su integridad durante la enfermedad.^{8,10}

La inseguridad económica es un problema que afecta a todos los adultos mayores, particularmente aquellos que no cuentan con una jubilación o pensión en la vejez. Debido a los roles de género, la vulnerabilidad de las adultas mayores se incrementa debido a la falta de participación tanto en la vida social como económica han sido limitadas; y su rol social depende, en gran medida, de su situación como hija, esposa o madre que limitan o impiden generar ingresos a lo largo de su vida.¹

Muchas mujeres se han incorporado al mercado laboral pero siguen existiendo desigualdades laborales que con el tiempo se van a convertir en desigualdades en la jubilación. La explicación acerca de las diferencias en los ingresos de las mujeres cuando se jubilan hay que buscarla en diversos aspectos relacionándolos tanto con el mercado laboral, como con la vida familiar.¹⁰

Disponer de bienes tanto económicos como no económicos, constituye un elemento clave para la calidad de vida en la vejez. La seguridad económica se define como la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida. Esta permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades objetivas, lo que agrega calidad a los años y brinda independencia para la adopción de decisiones.¹¹

La situación económica está determinada por su poder adquisitivo, que puede provenir de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación, pensión, etcétera.¹¹

2.2 La salud en el adulto mayor

2.2.1 Salud general

La OMS define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de la enfermedad”. Por tanto el concepto de salud en adultos mayores más que en otros grupos de edad es subjetivo, ya que no toda la gente envejece de la misma forma, depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. No obstante, podríamos decir que el envejecer es un factor de riesgo para la disminución de la salud y de la funcionalidad.^{12,13}

El envejecimiento puede ser catalogado como exitoso o patológico. En el primer caso, los individuos no presentan enfermedades o alteraciones psicosociales aunque, muestran una disminución general de sus ritmos biológicos; como son la fuerza muscular disminuida, los órganos de los sentidos pierden agudeza, además de un decremento en la capacidad de resolver problemas, etcétera. En cambio, en el envejecimiento patológico, los cambios sí son consecuencia de la enfermedad; es decir, los individuos desarrollan enfermedades crónico-degenerativas, demencias, etcétera, por tal motivo estas enfermedades son responsables del deterioro en su calidad de vida.^{13,14}

Diversos estudios demuestran que a medida que aumentan los ingresos y la educación aumentan los índices de buena salud. Las mujeres que se dedican de forma exclusiva al rol de ama de casa y madre tienen peor salud, tanto física como mental que las que tienen empleo.^{6,9}

Las enfermedades más prevalentes en los adultos mayores en orden de incidencia son: hipertensión, secuelas de caídas (accidentes), artrosis, depresión, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo,

cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer¹⁵; sin embargo, las principales causas de muerte en mayores de 65 años en México son: diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía hipertensiva, infecciones respiratorias agudas bajas, cáncer cérvico –uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata.⁵

2.2.2 Salud Bucal

La salud bucal es un elemento importante de la salud general y la calidad de vida de los individuos. El estado de salud bucal es relacionado con la calidad de vida del adulto mayor. A pesar de ser parte de la salud general de los individuos, frecuentemente es excluida por las mismas personas. Aún hay muchas personas que consideran el edentulismo como una consecuencia del envejecimiento, sin embargo, la pérdida dental está más íntimamente relacionada con experiencias de procesos infecciosos (no atendidos o atendidos de manera deficiente) y falta de higiene.¹⁶

Al referirnos a salud bucal implica que todas las funciones que el sistema estomatognático se lleven a cabo. Tienen dos grandes grupos de funciones; en el primero se encuentran las funciones fisiológicas como masticación, deglución, respiración y fono-articulación. En el segundo grupo incluyen las funciones fundamentales que sirven a todo ser humano a interactuar socialmente (sonreír, hablar, besar, succionar, etcétera).¹⁷ Al poder realizar las funciones fundamentales correctamente influye importantemente en la psicología de personas, más aún en el adulto mayor.¹⁸

El envejecimiento puede producir cambios en la estructura y funciones de la cavidad bucal; algunos cambios que ocurren son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio otros, son

resultado de la acción de enfermedades (periodontitis y caries dental), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener dos orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales.¹⁹

Existen cambios bucales por ejemplo la musculatura facial pierde elasticidad y resistencia, presencia de xerostomía, la lengua con atrofia de papilas o reducción del epitelio, cambio en tejido periodontal, cambio en dientes por acción del medio bucal, etcétera; recordemos que cada persona es un individuo con sus propias circunstancias particulares, es decir, los cambios bucales mencionados pueden estar presentes o no durante el envejecimiento, lo que depende de diversos factores genéticos: hereditarios, orgánicos y ambientales, nutricionales, económicos y sociales.¹⁹

En los últimos años han surgido numerosos informes basados en estudios epidemiológicos en los que las infecciones buco-dentales se asocian con enfermedades sistémicas, entre ellas alteraciones cerebrovasculares, respiratorias, diabetes mellitus, etcétera; además de algunos medicamentos que utilizan para algunas de dichas enfermedades pueden ocasionar diversas manifestaciones bucales.²⁰

Los malos hábitos alimenticios no solo son causantes de patologías orgánicas, sistémicas, endocrinas o metabólicas, sino que también producen alteraciones en la cavidad bucal.¹⁹

2.2.3 Determinantes de la salud bucal en el adulto mayor

Las enfermedades bucales son multifactoriales; por esta razón es importante aprender a identificar los determinantes y factores de riesgo para elaborar un plan de prevención y tratamiento para alcanzar una mejor salud.

La salud y la enfermedad bucal son el resultante de diversas condiciones como son: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta alta en carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios odontológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucales, responsabilidad individual con su propia salud y de enfermedades sistémicas.²⁰

Existen determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que influyen en la manera que las mujeres envejecen teniendo consecuencias para su salud y calidad de vida, mismos que se traducen en el incremento de costos a los sistemas de salud; sin embargo la situación de los hombres también es delicada, ya que las condiciones laborales largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida implican un mayor riesgo de discapacidad.¹

La trayectoria de vida de los hombres y las mujeres en México los colocan con una marcada diferencia en la salud en edades de vejez, reflejan los estilos de vida que adoptaron a lo largo de su existencia, esto los colocan en situación vulnerable de manera diferencial.¹

El acceso a los servicios odontológicos está marcada por la participación en el mercado laboral, en el sector formal solo tienen acceso cotizando en instituciones que aseguran servicio de salud en la vejez.¹ Sin embargo, también pueden recurrir a los sistemas públicos que mediante recolección de

impuestos, ofrecen acceso igualitario a servicios de prevención, promoción, y limitados tratamientos. También pueden recurrir a sistemas privados aunque la atención que se les brinda depende de la capacidad adquisitiva de cada persona.¹⁰

Los sistemas privados son una especie de sistemas “basados en el mercado” los cuales consideran que los servicios de salud deben concebirse como mercancías de consumo, es decir, basadas en leyes de oferta y la demanda. Por lo tanto, responsabilizan a cada persona por los cuidados y situación de salud y por la búsqueda de servicios para su tratamiento.¹⁰

Los avances médicos y tecnológicos, tienen un impacto importante en la práctica profesional, reconociéndose que el odontólogo de este siglo no se puede enfocar en una sola técnica o un solo método de tratamiento. Sin embargo, a medida que tenemos mejor y más tecnologías, pareciera que hemos perdido el sentido común y la sensibilidad social, por esta razón, es importante mencionar que el éxito dependerá en gran parte de la forma en que maneje la información científica actualizada, es decir, debemos de concientizar los aspectos de riesgo/beneficio, costo/beneficio de un tratamiento individual; el odontólogo en conjunto con su paciente deben de tomar la "mejor" decisión para una situación para la salud de cada persona.^{21,22}

La biomedicina con medicina basada en evidencia es un método científico hace parte de un esquema de negociación y percepción del mundo que, a través de intereses comerciales de industrias privadas, como la farmacéutica, biotecnológica y de seguros, está dictaminando el accionar de la medicina basado más en los intereses de grupos económicos que en las realidades y necesidades de los procesos de salud-enfermedad o del bienestar de las comunidades.

Las diferencia de capacidades de pago del paciente, en conjunto con los intereses de empresas privadas, y tanto la falta de conocimiento de nuevos materiales, además del abuso de estos han desencadenado desigualdad en los tratamientos odontológicos.¹⁰

La falta en conocimientos sobre problemas bucodentales influye en el desarrollo de estas; pareciera ser un comportamiento individual, sin embargo dista mucho de serlo ya que es un problema social; el cambio en los hábitos alimenticios y medidas de higiene bucal se deben de cambiar mediante educación preventiva.

Se ha creado un nuevo concepto llamado “bucalidad o buccality” que es el resultado de experiencias entre la razón y el deseo por integrar la odontología dentro de un todo; por lo tanto, busca integrar a la salud bucal en una forma mucho más consiente, es decir, integrándose para formar parte de salud general sin tener distinciones, aunque por ahora es un campo teórico que representa la posibilidad de un cambio en el pensamiento de cada individuo.^{23,24,25}

La práctica odontológica debe desarrollarse a partir de las necesidades de las personas (de todas las personas) y que, oponerse a la odontología del mercado, romper, así que con la situación actual, que se caracteriza principalmente por la mercantilización de los servicios y mantenimiento el monopolio del acceso a los recursos (todos los recursos) las élites dentales. Carlos Botazzo en su concepto de bucalidade menciona que debemos desodontologizar la salud bucal, es decir asegurar a todos el acceso a los recursos que necesitan para el cuidado dental que es efectivamente un derecho humano;²⁶ no por esta razón vamos a hacer un uso excesivo de la odontología, a nivel clínico como tecnológico y evitar ser víctimas del consumismo para reducir los efectos perjudiciales.²⁷

2.3 Autopercepción de salud bucal

El concepto de salud que el adulto mayor tenga es subjetivo ya que se relaciona con cambios en habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social en el que se encuentre.²⁸

Por lo tanto, la autopercepción de la salud se considera una medición subjetiva, es la percepción del estado general de la salud en los adultos mayores y está influida por función física, la presencia de enfermedades, la existencia de discapacidades, de limitaciones funcionales y por el tipo de envejecimiento. Se fundamenta en la teoría de sistemas y en el modelo bio-psicosocial de salud; en esta teoría se propone la autopercepción de las personas y del lugar que ocupan en la sociedad.^{29, 30}

Es importante conocer como los adultos perciben su condición bucal, ya que su comportamiento está condicionado por la percepción e importancia que le den a la salud bucal. La percepción que tienen los adultos mayores está relacionada con factores clínicos, como el número de dientes cariados, perdidos o restaurados, el uso de prótesis y factores subjetivos tales como síntomas de la enfermedad, capacidad para masticar o hablar además de la estética ya que esto les permite sonreír; mas allá de ser influenciado por factores como la clase social, ingreso, edad o género. Sin embargo, esta percepción esta también influenciada por la creencia que la pérdida dental o enfermedades bucales forman parte del envejecimiento, por esta razón subestiman su condición bucal.^{31, 32}

La autopercepción de la salud bucal nos ayuda a saber de qué forma pueden afectar las enfermedades bucales en su calidad de vida.

2.4. Residencia Mater

Una casa de retiro también es conocida como estancia, residencia o centro de día, y puede ser pública, social o privada. En estos lugares se proporcionan distintas alternativas ocupacionales para los adultos mayores, como actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, así como cuidados de salud y atención especial. Su objetivo es fomentar el desarrollo de todas sus facultades –físicas, mentales, emocionales, cognoscitivas, etcétera y ésta es la principal característica que las diferencia de los asilos tradicionales para adultos mayores.³³

Pueden ser los familiares de los adultos mayores o bien ellos mismos los que se inscriben en estos lugares para tener una mejor calidad de vida, sin peligros y en compañía de gente afín.

El costo que tiene vivir en una casa de retiro es variable, dependiendo de los servicios que requieran; el costo promedio va desde \$10,000 hasta \$25,000 esto es dependiendo si es un adulto mayor sano o enfermo.²⁴

Las condiciones de vulnerabilidad y la modernización de las políticas públicas de atención al adulto mayor han llevado a que éste sea un sector altamente regulado por las autoridades. Todo emprendimiento en este campo debe acatar la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1999 para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, vigente desde el 17 de noviembre de 1999.³⁴

Esta norma detalla los requisitos que se deben cumplir cuando se les brinde el alojamiento –por día, temporal o permanente–, así como la operatividad de un centro para el adulto mayor.

Es necesario contar con el permiso de la Secretaría de Salud, que periódicamente inspecciona las casas de retiro. En primer lugar, la legislación

señala que las instalaciones deben tener el espacio necesario, según las condiciones motrices de las personas, tanto para las que aún pueden valerse por sí mismas como para quienes deben trasladarse en silla de ruedas.

Una casa de retiro requiere de personal capacitado en gerontología y geriatría, quienes son los especialistas en el proceso de envejecimiento y cuidados que los adultos mayores deben recibir para cuidar su salud física y mental. Además de contar con médico y nutriólogos. Los trabajadores deben tener el tacto y la delicadeza para tratar a los adultos mayores. Esto es particularmente importante al momento de ayudarlos a controlar un ataque de ansiedad o identificar las molestias por la cuales dejan de comer o de participar en alguna actividad.

La Residencia Mater es una casa de retiro ubicado al sur de la Ciudad de México.

Para vivir en esta casa de retiro no existe una edad fija, ni un estado civil específico para que las mujeres sean admitidas el requisito principal es que deben acudir por su propia voluntad, la religión es católica sin embargo no es un requisito para ingresar.

Actualmente la casa de retiro que cuenta con un área total de 15,000 m², 180 habitaciones todas con baño privado; dentro de su habitación disponen de televisión, teléfono, interfón para la enfermería, botón de emergencia, closet y algunas con vestidor, esto depende del servicio que esté pagando. Tienen atención personalizada y enfermeras las 24 horas del día. Comparten servicios comunes como son el uso de servicio médico, farmacia, minisúper, gimnasio y bibliotecas.

Dentro de la casa de retiro hay diversas actividades recreativas, las cuales son muy variadas, gimnasia, cine, conferencias, convivencias tanto en jardines como en las salas de juego, etcétera.

Las mujeres que habitan la casa tienen la libertad de salir sin ninguna restricción. Así que ellas pueden salir a trabajar, a tomar cursos, ir al cine, al teatro, o salir de vacaciones. Y no hay una hora límite de llegada, sin embargo para control de la casa de retiro, se solicita que avisen si van a regresar tarde o si no llegaran a comer, para estar al tanto de su situación ya que cada una cuenta con una dieta específica dependiendo de las enfermedades que padezca.³⁵

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La distribución de la población de adultos mayores se ha incrementado en las últimas décadas. Las diversas desigualdades por las que atraviesan los adultos mayores dan como resultado una heterogeneidad en la forma de envejecer, es decir, los adultos mayores imprimen diferente significado a la vejez.

La falta de una infraestructura adecuada para los adultos mayores los expone a daños potenciales en su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos por no contar con recursos personales, sociales y legales.

Es importante conocer como los adultos perciben su condición bucal, ya que su comportamiento está condicionado por la percepción e importancia que le den a la salud bucal. La percepción que tienen los adultos mayores está relacionada con factores clínicos, como el número de dientes cariados, perdidos o restaurados, el uso de prótesis y factores subjetivos tales como síntomas de la enfermedad, capacidad para masticar o hablar además de la estética ya que esto les permite sonreír; mas allá de ser influenciado por factores como la clase social, ingreso, edad o género. Sin embargo, esta percepción esta también influenciada por la creencia que la pérdida dental o enfermedades bucales forman parte del envejecimiento, por esta razón subestiman su condición bucal.

Por lo anterior expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la autopercepción que tienen las adultas mayores que viven en una casa de retiro al sur de la ciudad de México sobre la salud bucal?

4. JUSTIFICACIÓN

Al igual que el resto del Mundo, en México se experimenta un incremento en el proceso de envejecimiento. Por esta razón, es importante conocer la valoración y percepción que los adultos mayores tienen sobre su estado de salud bucal para poder detectar las necesidades de atención buco-dental que requiere este grupo de la sociedad.

Al detectar las necesidades reales de salud bucal en las adultas mayores podremos tener una intervención oportuna, en la prevención de la salud bucal desde hábitos de higiene hasta una rehabilitación completa. Sin embargo el conocer el sentir de los adultos mayores, la percepción que tienen, solo es uno de los pasos que debemos de llevar a cabo, ya que las creencias y tradiciones, así como los servicios de salud es un conjunto de circunstancias que influyen en la salud bucal.

Es importante hacer hincapié en modificar las creencias de que la pérdida dental no es un proceso natural del envejecimiento y que podemos envejecer con todos nuestros órganos dentarios siempre y cuando se tengan buenos hábitos de higiene bucal.

Además de implementar y difundir programas educativos y preventivos; conocer la autopercepción de salud puede permitir establecer un diagnóstico adecuado enfocándose en el sentir de los adultos mayores y con esto atender sus necesidades.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Determinar la autopercepción de salud bucal de un grupo de adultas mayores de una casa de retiro al sur de la Ciudad de México.

5.2 Objetivos específicos

Conocer el significado de la boca, la autopercepción y el significado de salud bucal que le da un grupo de adultas mayores de una casa de retiro al sur de la Ciudad de México.

6. METODOLOGÍA. MATERIALES Y MÉTODO

6.1 Tipo de estudio

Se utilizó un diseño cualitativo a través de entrevistas a profundidad.

6.2 Universo de estudio

Adultas mayores de la casa de retiro “Residencia Mater”

6.3 Selección y tamaño de la muestra

Se tomó una muestra por conveniencia, la cual incluyó a 14 residentes de la casa de retiro.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión

Residentes de la casa de retiro de 60 o más años de edad, sin deterioro cognitivo que desearon participar.

6.4.2 Criterios de exclusión

Señoras cuya condición de salud, física o mental le impida contestar la entrevista.

6.5 Método de recolección de la información

El trabajo se desarrolló en tres fases: definición y acercamiento a la población, recolección y análisis de la información, y elaboración del informe final.

- Primera Fase: Universo social y acercamiento a la población. Se tomó una muestra por conveniencia la cual incluyó a catorce residentes de la casa de retiro que quisieran participar.
- Segunda Fase: Recolección y análisis de la información. Para la recolección de la información, se utilizaron entrevistas individuales utilizando preguntas guía.

Las entrevistas se desarrollaron en la casa de retiro a modo de conversación entre iguales, donde el instrumento de la investigación es el investigador y no el formulario o guía de la entrevista. Dichas entrevistas fueron guiadas partiendo del momento actual con la finalidad de estimular la memoria del participante, la reconstrucción de su identidad y su racionalidad en el relato. La entrevista fue grabada, previa solicitud y consentimiento verbal para luego ser transcrita y analizada.

Dentro de las preguntas guía para la entrevista se sugieren tres temas principales: significado de la boca, significado de la salud bucal y autopercepción de salud bucal.

El análisis de la información se llevó a cabo paralelamente con la recolección de la información para lograr saturarla y llenar las categorías emergentes. Asimismo los datos se analizaron mediante un análisis de contenido orientado por la creación de categorías.

6.6 Consideraciones éticas

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinki vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud, se contará con el consentimiento informado de los sujetos a estudiar. Considerando que esta investigación se encuentra estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, inciso I: Investigación

sin riesgo, ya que sólo se aplicará una entrevista, se solicitará el consentimiento de la persona explicando claramente, que en caso de que no desee participar no tendrá ninguna repercusión, así mismo se explicará el objetivo del estudio, los procedimientos que se realizarán. Por ser un estudio que se contempla como investigación sin riesgo, nos acogemos al artículo 23 del mismo capítulo... “se podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formulación por escrito...”.

6.7 Recursos

6.7.1 Humanos

- un tutor
- un tesista

6.7.2 Materiales

- Hojas para las encuestas
- Lápices
- Grabadora portátil
- Computadora

6.7.3 Financieros

El estudio fue autofinanciado.

7. RESULTADOS

Para entender la percepción que tienen las adultas mayores los resultados fueron organizados de acuerdo a los siguientes apartados: ¿Qué es la boca?, ¿para qué sirve la boca?, creencias de la salud bucal, actualmente ¿qué hacen para conservar la salud bucal?, ¿cómo perciben su salud bucal?, y el uso de los servicios de la salud odontológica.

7.1 ¿Qué es la boca?

A las residentes se les planteó esta pregunta y la mayor parte de ellas menciona que la boca es una parte del cuerpo muy importante, ya que es la primera parte por donde nos alimentamos, sin embargo algunas de las residentes la asocian a las funciones de la boca. Las residentes mencionan que la boca tiene relación directa con el estado de salud.

- *Ah... pues es una cosa importantísima, por ahí entran todas las enfermedades, la mayoría..... pues es la que nos da.... aparte del corazón es la que nos mantiene... pues sin comer no vive uno*
- *Es una de las cosas más importantes, sin la boca que haríamos, sin masticar y sin pasar y sin nada, la boca es uno de las principales cosas que tiene uno que tener bien...*
- *... la primera por donde entra... para que te puedas alimentar y es una boca que tiene que estar bien sino entran muchas enfermedades por ahí ¡Muchas, casi todas, o todas!...*
- *La boca es lo más importante yo creo de nuestro organismo, de nuestro todo, entonces la boca es mucho muy importante...*
- *... es una cosa muy importante, porque es por donde tomamos nuestros alimentos y es lo que nos hace vivir ...*

Solo una residente menciona no solo lo importante que es, sino que refiere algunas de las partes que constituyen la cavidad bucal.

- *Importantísimo bueno, todo lo bucal, oral significa la lengua, la mejillas, los dientes, el paladar....*

7.2 ¿Para qué sirve la boca?

Observamos que las residentes tienen claro las funciones de la boca, no solo hacen referencia a la alimentación sino que saben que forma parte importante para el desarrollo social, es decir, mencionan con frecuencia que con la boca se pueden comunicar por medio del lenguaje o por expresiones faciales.

- *Un medio para comunicarse, para habla... cada quien en su idioma...*
- *Es ahí donde se produce el lenguaje, bueno la manera como pronunciamos el lenguaje, el lenguaje es un fenómeno muy complejo...*
- *Para expresarnos, para poder decir, quiero, traime, hazme, no quiero, si quiero... tener comunicación con los hijos, con la familia...muestra de alguna alegría con alguna amistad, con algún familiar ...*
- *Para hablar, para platicar, para pelear, para todos los aspectos de tu vida, para que demuestres si estas contenta, triste, reírse, para todo y no tenga que estar uno tiesa...*

Una de las residentes hace mención que es importante para comunicarse, sin embargo que el tener una mala higiene hace que se pierda la confianza en hablar con las demás personas.

Las residentes saben que por la boca se comienza la digestión y que en ella intervienen diversos procesos como masticación junto con la saliva; además de saber que una buena nutrición ayuda a tener una buena salud.

- *Desde luego para la nutrición, bueno ahí empieza el proceso alimentario, el proceso de nutrición empieza con la boca, con una buena masticación, sí, y es bastante importante...*
- *Para triturar el alimento y que pueda pasar al sistema digestivo..... tiene un metabolismo que empieza a transformar todas las cosas y hay partes que se aprovecha y hay partes que se desecha, y hay partes que se acumulan ... pero es muy importante, para la digestión, el tipo de alimentos que acostumbremos o los que necesitamos...*
- *Pues para comer, para alimentarse uno y para digerir bien la comida, para eso tiene uno que masticar bien.....porque los dientes normales nos ayudan con la saliva, nos ayudan.... es algo que es nuestro.*
- *Para masticar, para triturar los alimentos, no puede comer uno los trozos ahí el bocado y pasárselo, lo tiene uno que ...*
- *Para todo, para hablar, para sonreír, por comer, por beber, por la boca....todo se hace por la boca, desde que uno nace hasta que muere, todo va por la boca...*

Otros elementos que identifican respecto a la importancia y función dentro de la cavidad bucal, son la lengua, los dientes y el sentido del gusto, tanto para hablar como para la pronunciación, mencionaron que una mal posición del frenillo lingual puede provocar una mala pronunciación y afectar su vida social.

- *por ejemplo un niño que no pronuncia bien la “RR” que es muy frecuente, muchas veces es porque tiene el frenillo corto, no alcanza a subir la lengua y no puede pronunciar bien, o si tiene los dientes muy separados puede producir un silbido, puede tener problemas de lenguaje que le pueden acarrear problemas psicológicos serios, parece que no pero sí,.... y le puede traer problemas de aprendizaje y psicológicos, por una cosa tan simple como un frenillo corto.....*
- *.... la lengua para tener un buen sabor, la boca es un complemento para pasar los alimentos de todo.*
- *..... desde degustamos lo que tomamos, ya sea que nos llame la atención algo, lo probemos, lo degustemos y si nos gusta pues lo comemos con agrado y si no, lo separamos...*
- *la cavidad bucal nos reproduce los fonemas ... como se producen, por la manera en que movemos la lengua y echamos el aire... si entonces la lengua es un músculo que hace una cantidad enorme de movimientos finos, probablemente sea el músculo que más movimientos finos produzca porque para producir todos los fonemas, se necesitan hacer una serie de movimientos rapidísimos, arriba, abajo, extendiendo...*

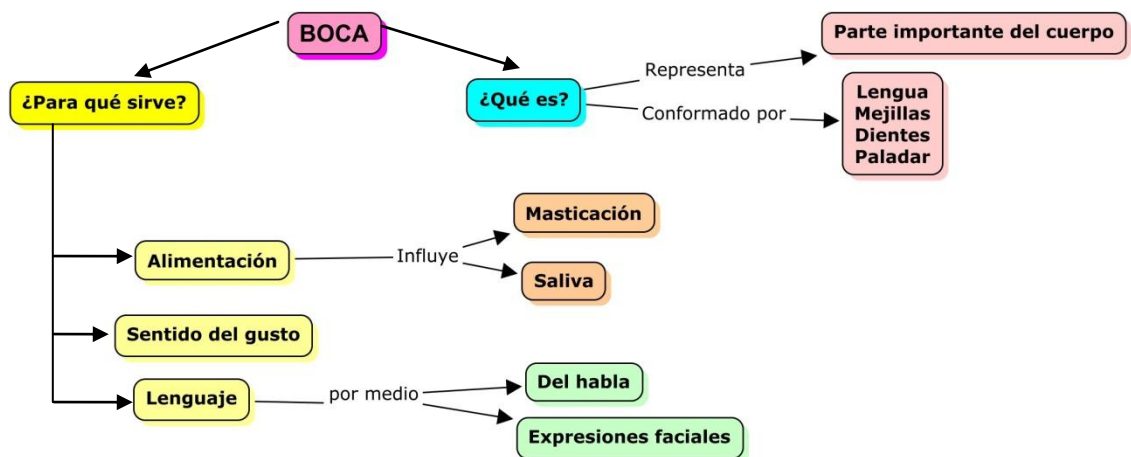
Por otro lado, las residentes saben que la boca constituye algo muy importante, ya que nos permite tener una mejor o peor estética y esto tiene influencias sociales.

- *la boca es mucho muy importante y para mí sobre todo, el trato con las personas, con la gente, porque eso muchas veces tiene que taparse la boca un poco, porque uno sabe de antemano que trae alguna picadura , algo que comiste y que va a dar mal aliento verdad,*

entonces tu sabes que molesta, tú te apenas por un lado y por otro lado sabes que molesta a la persona con la cual estas hablando, teniendo la plática

- Bueno la estética también es importante, sobre todo las personas que ... los actores las actrices, las personas que salen en la televisión, para mi también es importante, porque yo fui narradora , si entonces, da mucha seguridad el tener una boca agradable no como no, la estética es muy importante.....*
-además eso del complejito... tienen una picadura algo y se siente uno con mal olor, a dientes picados como que traes un clavo en la boca*

Gráfico 1. Significado y funciones de la boca



Fuente: Directa

7.3 Creencias de la salud bucal

Dentro de las creencias respecto a la salud bucal se encontró que las adultas mayores tienen creencias diferentes respecto a su salud, dependiendo del lugar donde hayan vivido; sin embargo, coinciden en que la salud bucal empezó dentro del ámbito familiar.

- *Mi papá no necesariamente quisquilloso nos llamaba la atención, acababa uno de comer, iba uno al cine o lo que fuera y decía: “a lavarse los dientes”, yo le decía: “es que voy a ir.....”, “Lávate los dientes y luego vas a lo que tengas que hacer” contestaba.*
- *Mi papá, pero él fue dentista y nos enseñaba a que nos cepilláramos bien nuestra boca...*
- *Mi mamá toda la vida si, “lávense los dientes” esa era su recomendación, “lávense bien los dientes”...*
- *Mis papás nada más me decían que me tenía que lavar la boca cada vez que comía.*
- *....desde chiquita teníamos una monjita que vivió una temporada con nosotros y ella se encargaba de decir: “niños lávense”, y revisarnos cuando íbamos al colegio.*

Uno de los factores culturales que más orientan las creencias, lo constituye la tradición, algunas de las residentes comentan que no siempre se lavaron los dientes con un cepillo dental, sino que aprendieron a realizar su higiene bucal de forma diferente, utilizaron medidas tradicionales empíricas como el carbonato, la tortilla quemada o arena de río; estos hábitos los adquirieron ya sea porque lo veían en los adultos o se los enseñaban en casa.

- *Mi mamá nunca tuvo dinero, además yo no sé si en ese tiempo era muy urgente lavarse los dientes, sinceramente yo no lo sé. Pero de vez en cuando quemaba tortilla.....bien quemada y con eso nos.....pero ya de eso que yo le cuento ya era más grande, yo creo que ya era de 10 años....*
- *yo estuve en un pueblo, se llama de Tehuacán, Veracruz, allá la arena del río es completamente limpia..... entonces con arena se tallan los dientes de vez en cuando, no todos los días.... y también con carbonato de muy chica.*

Sin embargo algunas admiten que no siempre tuvieron higiene bucal desde niñas sino entrando la adolescencia.

- *... pero yo de pequeña recuerdo que me lavaba la boca una vez al día, algo así, y a veces que no; ya cuando fui creciendo que me convertí en adolescente pues ahora si ya le di más seriedad al asunto.*
- *el cepillo yo lo vine a usar pues ya grande, yo creo como que serán de nos 14 años y pues yo creo que la vanidad, pues, de que uno ya era grande y no quiere que huelga mal la boca.*

La minoría de las adultas mayores nos dice que nunca tuvieron inculcado el hábito de higiene bucal, o bien que este hábito no lo aprendieron en el entorno familiar sino a través del entorno social.

- *pues yo creo que el mismo doctor nos decía como teníamos que cepillarnos para abajo.....*

- *Pues como yo veía en la televisión, como decían: como escobita “los de arriba hacia abajo y los de abajo hacia arriba” y la lengua igual como escobita a tallar.....era un comercial...*

Solo una de las residentes opina que el cuidado y el hábito de higiene bucal deben de ser responsabilidad de los padres.

- *El que no me haya gustado es que, a lo mejor porque por falta de atención de mis papás pues si tuve varias caries que me tuvieron que quitar, eso no me hubiera gustado pero, a mi me hubiera gustado tener mi dentadura limpia, sin amalgamas, y sin nada de eso..... pues porque ellos nunca me llevaron al dentista*

Una de las residentes sabe que es importante la higiene bucal y reconoce que en la actualidad se tiene más conciencia de la higiene bucal para tener una salud bucal óptima.

- *yo lo único que sé que tenemos que tener la boca limpia y bien cepillada, por lo menos dos veces al día, por lo menos, pero a mis nietos por ejemplo lo hacen ya por costumbre ellos acaban de comer y corren a lavarse los dientes cada vez que comen.*

No obstante, una de las residentes a pesar de que tuvo conocimiento sobre los hábitos de higiene bucal también tuvo pérdidas de órganos dentarios a muy corta edad.

- *Pues los primeros años que serían de la adolescencia más o menos, a los 13 o 14 años así..., varias piezas que me hicieron endodoncia, ese que le metían y luego le sacaban, pero.....en esa época lo hacían de metal, y el metal era oro, a veces hacían platino o..... no se o plata o algo así y así pasaron muchos, mucho tiempo y uno ya se descompuso...*

Las adultas mayores a pesar de ser conscientes que un buen hábito provee una buena salud bucal, la mayor parte de las residentes aún tienen creencias erróneas en torno a la pérdida dental, desafortunadamente creen que es parte natural del envejecimiento. Aunque no es la única creencia, también mencionaron algunas residentes que tienen la creencia de que la pérdida dental se puede atribuir a otros factores como genética, fortaleza, nutrición embarazo, etcétera.

- *Pues yo creo que no nada más dependa de la higiene, desde luego es muy importante no, pero yo digo que la genética tiene algo que ver ahí, también, yo viví en Oaxaca muchos años si, y hay indios que tienen su dentadura completísima y sus dientes muy blancos y no son propiamente muy.... No llevan.... No se lavan los dientes muy seguido..... seguramente tienen otro tipo de....a lo mejor se limpian con hojas o con algún tipo de hiervas que nosotros desconocemos, no y que tipo de alimentación llevan, también es muy importante. Ahora entre los indígenas hay varias etnias no todos tienen buenos dientes, es decir los grupos indígenas son muy diferentes unos a otros, si en alimentación en hábitos, en costumbres....., a lo mejor tienen otros instrumentos o que se yo algún palito o un palillo o cosas de esas, cosas que nosotros no sabemos...*
- *Pues ahora con la modernidad que nos dicen de la cosa genética a lo mejor puede ser eso, que uno heredo por el tío fulano o de mengano cierta posibilidad de heredar eso...*
- *Es una transición normal..... si, según la salud de cada persona. Hay personas que tienen 90 años y casi tienen la dentadura perfecta, increíble y hay personas que a los 20 años ya no tienen dientes....pues yo creo que es ya su salud, su forma de ser, sus*

huesos, lo que sea.... No creo que sea tanto que no se limpien porque ¿cuánta gente... no anda con sus dientes y que no se lavan? Y tienen buenos dientes, será el alimento que coman Quien sabe.....unas cosas son de herencia, lo que te dedicas a comer, los que fuman tanto, los que toman tanto refresco que están todo el tiempo con el azúcar en la boca, todo eso puede hacer daño...

- *Aparte de la higiene, pues sería una buena alimentación de potasio, con minerales..... una buena alimentación.*
- *a mí nunca me gusto mucho la leche y eso tuvo algo que ver, a mí se me cayeron los dientes y yo jamás tuve.... ninguna este atención especial con esas cosas no para mí...*
- *falta de calcio, yo creo, o algunas veces tiene uno la imprudencia.... parten cosas muy duras...*
- *Pues yo creo que sí, es parte del envejecimiento , la encías también se decaen, como que los dientes se quedan desprotegidos en la parte de arriba y en la de abajo,*
- *Claro, a menos que uno tenga mucha fuerza... es regalo de dios que entra dentro de la salud, porque también hay enfermedades que los desgastan mucho no....., pues eran puros chiquitos, pues yo no sé si fue la forma de la masticada o bien, me faltó calcio..... tuve varios embarazos, pues ese un desgaste también de la dentadura, la edad, pues la edad cuenta muchísimo...*
- *Pues razón natural, todo el organismo se va deteriorando, todo el organismo, no nada más los dientes, todo absolutamente todo se deteriora...*

- *en la ancianidad los dientes se van cayendo por razón natural...*

De todas las entrevistadas solo una de ellas opina que es posible envejecer con una salud óptima conservando por mucho tiempo los órganos dentarios.

- *..... de la salud en general que tenga uno, si tú tienes un cuidado, rigurosamente bien con dentadura, con tu boca y todo yo creo que te puede durar mucho tiempo..*

Las residentes únicamente identifican la caries dental, pero no pasa lo mismo con las otras enfermedades bucales.

- *la encía es un tejido..... se afloja y los dientes se caen.....*
- *Desde chica, tuve la parte de la encía así, ¿se llama descamado?, no se... me tuvieron que poner en aquella época una cosita de oro y entonces todo lo que eraeste diente... pero la encía se descarnaba y se descubría un nudo, quedaba un huequito de diente muy sensible con frio y aire frio y eso ...*
- *se me cayeron los dientes.....eran cosas naturales....como el estornudar..... he estado mal y por eso mis dientitos se empezaron a menear.....*

Otro factor que creen importante las residentes respecto a la salud bucal son las visitas al odontólogo, aunque solo una de ellas opina que no únicamente influye la limpieza y visitas al odontólogo sino también contar con educación bucal.

- *Pues hacer aseo, tener aseo y ser educados porque eso es lo que nos falta, mucha educación bucal. Las personas van, yo creo que ustedes como médicos se dan cuenta que un 40 % son educados para verlos periódicamente, estar atentos a su salud bucal. Las demás personas*

ya quedamos fuera, porque ya no hay nada que hacer, entonces falta mucha educación, de ir a ver al dentista.

- *Pues aseándome, cuidándomela, ir al dentista....*
- *estar uno continuamente con el dentista, que lo esté a uno revisando...*

7.4. Actualmente, ¿qué hacen para conservar la salud bucal?

Observamos que las residentes a través del tiempo adoptaron el hábito de higiene bucal, a pesar de creer que no es el único factor que influye para la pérdida dental.

En su higiene bucal, algunas de las residentes siguen usando el bicarbonato, hábito adquirido por tradición, entre las acciones más frecuentes que mencionan las residentes es el cepillado dental y uso de enjuagues. Algunas de las residentes son portadoras ya sea de prótesis parciales o totales y están conscientes del aseo que deben llevar, aunque no todas las asean de forma correcta.

- *Yo uso bicarbonato, tengo mi bonche de bicarbonato y con eso limpio la placa o hago buches de una solución de bicarbonato.*
- *...soy químico y mi hijo es químico, yo sé que el bicarbonato es bueno para limpiar la boca.... Y la pasta para mí, es mi criterio tendrá mucha cosa pero..... lo que realmente limpia la boca, los dientes es el cepillo, no la pasta, es mi criterio no se...pongo el carbonato en el cepillo y me lavo la lengua, los dientes no, pero la lengua si me lavo con carbonato cuando me la notó muy blanca...si el carbonato me lo*

quita bien, me quita todo lo blanco de la lengua, y siento que le quita mucho el mal olor también...

- *Con cepillo y con pasta uso la Crest, y el puente me lo quito también lo lavo y le digo procuro cepillarme cuando no es suficiente, si porque uno debe de estar con los dientes así como se lava uno la cara y las manos, pera limpiar todos los residuos que quedan...*
- *te tienes que lavar los dientes 3 veces al día y tienes que hacer unos enjuaguitos y unos buchesitos y eso todo lo hago... yo uso Densblend en enjuague y la pasta de dientes...*
- *me la lavo y hago gárgaras.... me lavo los dientes 3 veces al día con pasta o con un poco de carbonato si es que se nos acabó la pasta y..... cuando quisiera yo una limpieza más intensa pero no del diario, esporádicamente, que me podía lavar con carbonato si no tenía la pasta a la mano.... con una cucharadita en agua hago buches con eso y con la pasta que ya me unte...*
- *Bueno en las noches me quito la dentadura, la lavo bien, la pongo en agua o la pongo en pastillas de corega, no la pongo mucho en corega..., pues entonces me la pongo y la dejo tres minutos nada mas con el corega no y la pastilla...tengo un cepillo especial bien duro, para la prótesis con pasta de dientes y la lavo con pasta de dientes por dentro y por fuera y todo...*
- *me los lavo, también mi placa la lavo, también mis muelas las lavo..... nada más con cepillo y pasta*
- *.... yo me cepillo mucho aunque nomas tengo estos dientitos de aquí, pero me cepillo mucho, soy así, una persona que soy muy exigente con mis poquitos dientes que tengo y con toda mi boca, si voy a un*

restaurant llevo mi cepillo de dientes siempre....cada vez que como algo....

- *Pues ...mire yo siempre he sabido y por las cosas que han dicho que la pasta no tiene tanta importancia, el cepillo es lo que más importa y es lo que siempre he hecho y uso pasta...*
- *Con pasta y cepillo los dos, si tengo dos cepillos , uno que está seco y otro que esta húmedo entonces uso los dos.....cuando uno está seco, uso el que seco y cuando esta húmedo, y así....si los voy turnando...*
- *Limpiando las placas, que si como algo, inmediatamente me limpio.... muy importante lavar las placas tenerlas limpias..... encías.....no las limpio...nada mas las enjuago y con el dedo me doy un masaje y ya*

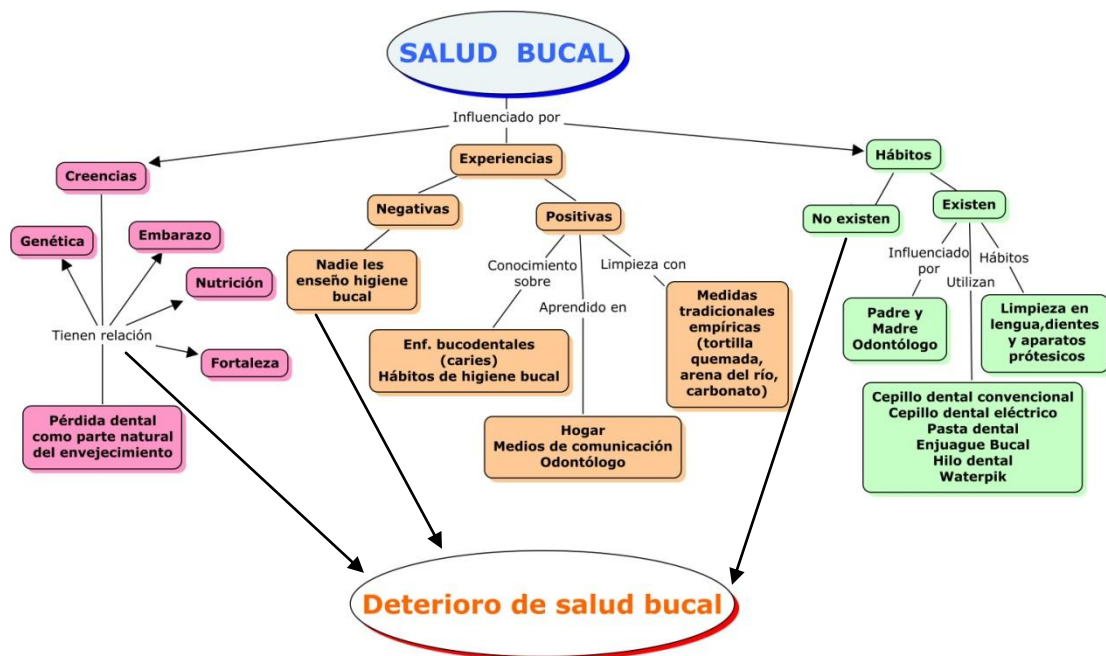
A pesar de que la gran mayoría de las residentes tiene el hábito de lavarse los dientes, dos de ellas menciona la importancia del uso del hilo dental; sin embargo existen residentes que hacen uso de otros implementos para su higiene bucal.

- *..... el cuidado nos enseña pues a cepillarnos bien los dientes a sacarnos los residuos de comida ligeramente con un palillo o con hilo dental...*
- *Pues me la lavo y hago gárgaras.....y con mi hilo dental...*
- *....yo uso cepillo eléctrico, lo aprendí a usar desde hace mucho y aunque no tengo dientes con cepillo eléctrico me lavo la encía y todo,.....siempre lo usoporque, como que se me hace que*

limpiaba mucho más la dentadura , y ahora las encías y todo yo siento como que es lo que me limpia mejor la boca

- *.... utilizo el wáter pick..... porque es muy bueno, no maltrata y sin embargo da masaje y limpia todos los rincones*
- *....tuve una época de wáter pick.....el wáter pick es muy bueno, porque como esta a presión lo hace uno y sale el chorrillo de agua y limpia entre el diente...*

Gráfico 2. Conocimiento sobre salud bucal



Fuente: Directa

7.5 Autopercepción de salud bucal

Encontramos que la autopercepción de la salud bucal que tienen las adultas mayores de la Residencia Mater se encuentra más definida por una correcta función. La autopercepción de la salud bucal puede ser negativa o positiva, es decir mientras ellas puedan comer, hablar, etcétera las residentes tienen una mejor autoestima, por el contrario cuando no pueden cumplir con estas funciones, mencionan tener depresión.

- *... ..en la vejez cuando se van cayendo los dientes.....todo esto de aquí se deforma y causa depresión,.....es una de las causas de la depresión....*
- *muy mal, digo a pesar de que físicamente, el dolor y la molestia psicológicamente me sentí muy mal..... les dije: Cuando yo conozca a un muchacho no le voy a poder dar un beso porque....con la placa ¿cómo?, entonces...muy baja autoestima pero muy mal, no le deseo a nadie que le quiten sus dientes hay que cuidarlos bien.*
- *.....me desenvuelvo para comer, hay cosas que no puedo, pero más o menos le hago la lucha. A veces me da trabajo para hablar; ciertas letras que no puedo pronunciar bien, tengo que repetir para que me entiendan... psicológicamente me.... fastidian los dientes....*
- *.....no puedo comer, como que he ido avanzando en no comer porque se me pega todo..... bien feo... y cuando me pusieron esta de abajo hace muchos años comía yo de todo, en fin muy bien, haga de cuenta que yo no tenía prótesis y quedo muy bien y todo muy bien ya que vino la de arriba yo creo que no se simpatizan porque para que le cuento la de abajo se mueve mucho.....*

- *no me hace sentir nada bien, si en primer lugar..... puedo masticar de un lado, de este lado no puedo masticar, me tardo mucho más y los alimentos duros, pues no puedo.... los tengo que rechazar por qué no puedo masticarlos si, en ese sentido me siento mal,*
- *problemas con la prótesis.... todos los días... para comer, para hablar, para todo, hablo mucho y después me duele más*
- *.....más o menos por mí placa que luego no puedo..... pronunciar..... ya se me levanta la placa,*

El no tener sus órganos dentarios completos influye en que tengan una autopercepción negativa

- *No me agrada, porque tengo casi la placa completa la de arriba...*
- *los dientes de abajo nada me agradan..... están horrendos, se desgastaron con el tiempo y con estos que es puente se me han ido desgastando con el tiempo,*
- *es que a mí me faltan muchas piezas.....*

La autopercepción positiva se da de la misma forma que la negativa; es decir, las residentes basan su autopercepción respecto a si pueden comer y hablar, aunque son pocas las residentes que mencionan tener una autopercepción positiva.

- *buena porque no me duelen los dientes, no tengo caries, y yo creo que eso es bueno.....*
- *Pues normal en el sentido de que no andas con los dientes todos picados así.....y..... aguanto lo caliente, aguanto lo frio, yo puedo*

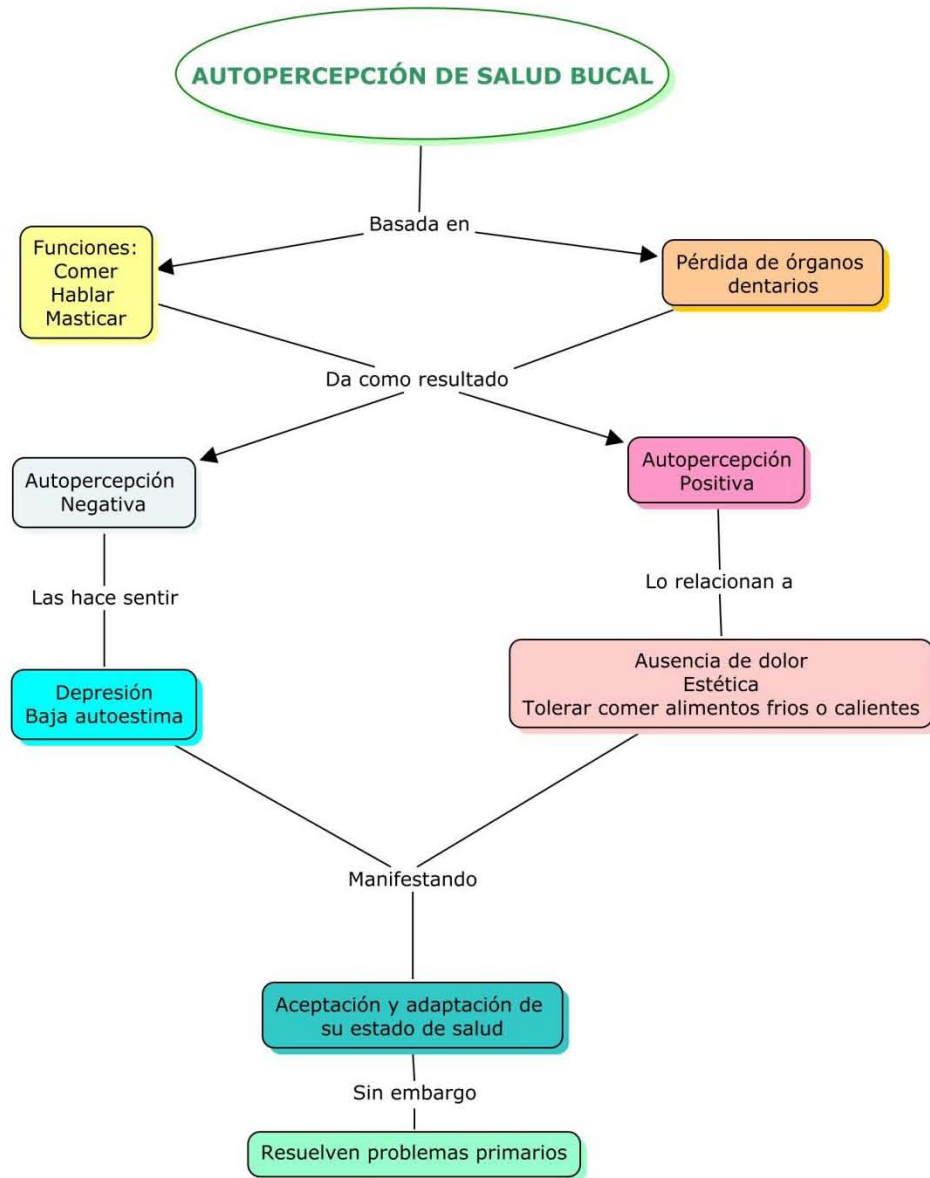
comer un elote, puedo comer un helado, puedo morder una paleta aunque sea.....y entonces comer cualquier cosa

- *tengo mis dientes bien, puedo masticar, no tengo ningún problema para ello*
- *para mi edad yo creo que la tengo bien*

La estética no fue mencionada ya que la mayor parte de las residentes cuentan con rehabilitaciones protésicas, solo una de ellas menciona no estar feliz con su apariencia pero se muestra conforme. Debemos de enfatizar que muchas de las residentes muestran adaptación y resignación respecto a su salud bucal.

- *.....mis dientes me los veo más amarillos, no sé, nunca me había puesto a pensar, la verdad si me gustan o no....*
- *Me siento mal en estética y todo, pero que le vamos hace ...*
- *.....se mueve mucho.....si pero la manejo bien, ya la domine...*
- *.....ya me acostumbre después de tantos años....la impresión que da uno a los demás es muy importante para uno....*
- *no importa, ya esta me toco y ni modo....*
- *.....por lo menos le doy gracias a Dios de que tengo boca y de que puedo comer de que puedo saborear y de que todo...*
- *Pues quisiera tener otra boca, pero no la tengo no...*

GRÁFICO 3. Autopercepción de salud bucal



Fuente: Directa

7.6 Uso de los servicios de la salud odontológica

El acceso al servicio odontológico estuvo presente en lo largo de la vida de la mayoría de las residentes. Algunas tuvieron contacto con el odontólogo a temprana edad y las demás a través del tiempo.

- *desde muy pequeña mi papá nos llevaba cada 6 meses a que nos revisaran las dentaduras...*
- *nos llevaba a chihuahua y ahí estaba el doctor y él es el que nos revisaba toda la boca, bueno a todos y ahí veía si teníamos caries o cualquier cosa....*
- *.....15 años más o menos... visite al dentista*
- *..... visitar a los dentistas, por lo menos dos veces al año*
- *....era dentista mi papá....*
- *.....el mismo doctor nos decía como teníamos que cepillarnos para abajo...*
- *mi hijo entro ha odontología.....entonces fue cuando si ya comencé a tener un poquito más....*
- *.....pues que este uno continuamente con el dentista, que lo esté a uno revisando*
- *visitaba al dentista.....para que me revisara la boca*
- *mi papa lo veía el mismo dentista....*

La falta de conocimiento sobre las enfermedades bucodentales y tener creencias erróneas, llevo a algunas de las residentes a tomar malas decisiones en cuanto a su salud bucal; esta decisión no solo fue tomada por

las residentes sino en conjunto con el odontólogo, y pudo ser por falta de conocimiento, por falta de diversidad de tratamientos o bien a petición de los mismos pacientes.

-me fui al dentista... y nada ...que me los saca, y luego me puso una placa....
- antes no había endodoncias,.....tenía una muela picada y para pronto se la sacan y entonces yo tenía que me faltaban dos piezas aquí y que se me empezaron abrir los dientes....
- a los 90 años se... empezaron a aflojar, ¿se los saco?... dijo noooo, a la mejor me dan reumatismos y cosas de esas, y ya,... le dijo al dentista que le saco los dientes....
-los perdió, pero ella los perdió porque le dio no sé qué enfermedad, yo no sé si reumatismo o no sé qué, y en aquel entonces, el médico que la vio le dijo que se tenía que quitar los dientes porque si no se iba a hacer reumática..... muy obediente se saco los dientes.....

Las residentes identificaban cuando tenían problemas bucodentales y regularmente los solucionaban visitando a su odontólogo.

- le dije a mi dentista mira ya yo ya me siento como que tengo alguna picadura.....
- me dolía una muela como que la tenía yo floja, pero no era de que yo había comido cosas muy calientes y luego frías y como que se me destemplan los dientes y tuvo más repercusión en la muela y ya la dentista me dijo que no, que no tenía flojos mis dientes, ni mis

muelas, que no tomara cosas ni mu calientes, ni muy frías, sino que templaditas y solito se me fue quitando.

En las entrevistas realizadas a las residentes nos dimos cuenta que el tener un nivel socioeconómico estable, les da la apertura a tratamientos bucodentales. Sin embargo, hemos observado que no todas tienen una opinión favorecedora en cuanto al servicio dental que recibieron.

- la placa no me quedaba bien, se me tapaba y yo tenía que ponerle, algún medicamento, de hecho “Denter” era lo que yo usaba muchísimo tanto en la de arriba como en la de abajo.....
-pero la de abajo no me sirvió porque me hizo los dientes como de tiburón, chiquitos, chiquitos, y chuecos...
- no me sirvió de nada,..... si también me curo varias caries, pero ya no me acuerdo, algunas caries me curo, y fui por lo de las prótesis, pero fue un gasto inútil...
- salió mal porque me tuvieron que quitar la pieza que estaba mal... una endodoncia mal hecha...
- fui con el dentista y me dijo que ya no tenían remedio, que estaban muy picadas que yo considero que el dentista, no tuvo la suficiente capacidad, o no sé a qué se le puede llamar porque ahorita ya con la actualidad me doy cuenta que si pudieron haberse salvado mis muelas, y él me las quito.....
- Si es placa, pues no le digo que voy en la octava placa, pues y que no tengo encías por un mal doctor...
- No se pues empezaba con dolor, iba a ver al dentista.... y con mucha frecuencia, bueno en muchos me hicieron endodoncia...si y otros me

dijeron que ya no era posible salvarla y me la quitaban si y yo siento que a lo mejor muchas piezas que me quitaron se pudieron haber salvado, pero es muy difícil ya saberlo...

-me zafó la mandíbula de su lugar y ya aquí en otra ocasión me la metieron pero se vuelve a salir.... porque mire está metido el cóndilo así, pero como la abrió tanto pues se vuelve a salir entonces esta desencajada y siento que cada día se desencaja mas.....me impide comer bien, muchas cosas que yo quisiera comer, no puedo comer....
- un dentista que había en Polanco, que no me acuerdo de los nombres.... que decían que era lo mejor del mundo, lo fui a ver y me dijo: se los tengo que sacar, y le digo no, no, vengo para que me los salve no para que me los saque para eso vine....

Algunas veces utilizando los avances medico-odontológicos lograron tener una rehabilitación bucal exitosa.

-una dentista que acababa de llegar de Nueva York y 20 años me defendió mis dientes, 20 años me duraron mis dientes, me hizo una cosa, me corto un poco de la encía y me puso una cosa atrás para que no se me menee, y durante 20 años conserve mis dientes.
-tengo primero que ponerle la encía porque me tomaron radiografías y todo, primero ponerle titanio, y vamos a ver si queda bien en menos de tres meses yo le pongo...mientras yo usaba mis placas que tenia pero me pusieron el titanio en la parte de abajo, y la placa de arriba me la hizo él, el doctor... pero ya me la hizo tan bien que me quedo perfecta que ya no se me movía tanto y luego ella me puso los implantes.... a partir de ahí me las quito y me las pongo inmediatamente...

En busca de una mejor estética, algunas residentes abusaron de tratamientos odontológicos teniendo consecuencias negativas para la salud bucal.

-aquí fue por estética, porque los tenía muy salidos, y luego me pusieron.....frenos, durante más de un año pero, no funcionaron, no se movieron, nunca se movieron y entonces el dentista, me lo rebajo, bueno el ortodoncista me lo rebajo, pues algo hizo pero ya no están tan salidos.....si como que me los rebajo y luego me puso un esmalte arriba.....
-la vanidad de la juventud de quedar bien con las amigas.... de moda, que entonces se usaban mucho las coronitas, pero no coronitas total del diente sino nada más de una incrustación en medio de los dientes.....aja dorado o blanco no recuerdo el color, eso si me lo puse.....

En ocasiones el odontólogo comete eventos adversos en los tratamientos o procedimientos y estos tienen repercusiones directas en la salud de los pacientes.

- no me agrada que esta la mandíbula zafada, que no puedo comer bien, que muchas veces me tienen que moler las cosas,..... y que me duele constantemente y que no puedo comer de ese lado.
- me pusieron amalgama pero me toco un médico muy muy brusco y me hecho.....un budoque de amalgama para tapar la muela y se me fue.... me lo trague y se enojo conmigo....., total me volvió a poner otro pedazo de amalgamaese mismo día saliendo del dentista, me empecé a sentir rara, las manos como dormidas como hormigueaban.....tendría yo menos de 30 años y tenía las manos que

hormigueaban horrible, las manos las sentía tan calientes que tenía que tenerlas y poner algo frío... empezó en los pies como si los tuviera en brazos....., entonces dormía con las manos adentro del hielo y los pies en una cubeta, en una palangana con hielo parada así porque del dolor tan terrible, “eritromelalgia”, envenenamiento por mercurio y arsénico, eso es lo que teníala amalgama tiene mercurio y nací en San Luis Potosí ahí existe el arsénico.

.....”Seconal”..... tenía que tomar unas gotitas para poder dormir, y este se me quitaba el dolor. Como no se me quitaba me echaba tragos, y era.....muy malo este destruía el hueso, me destruyo....

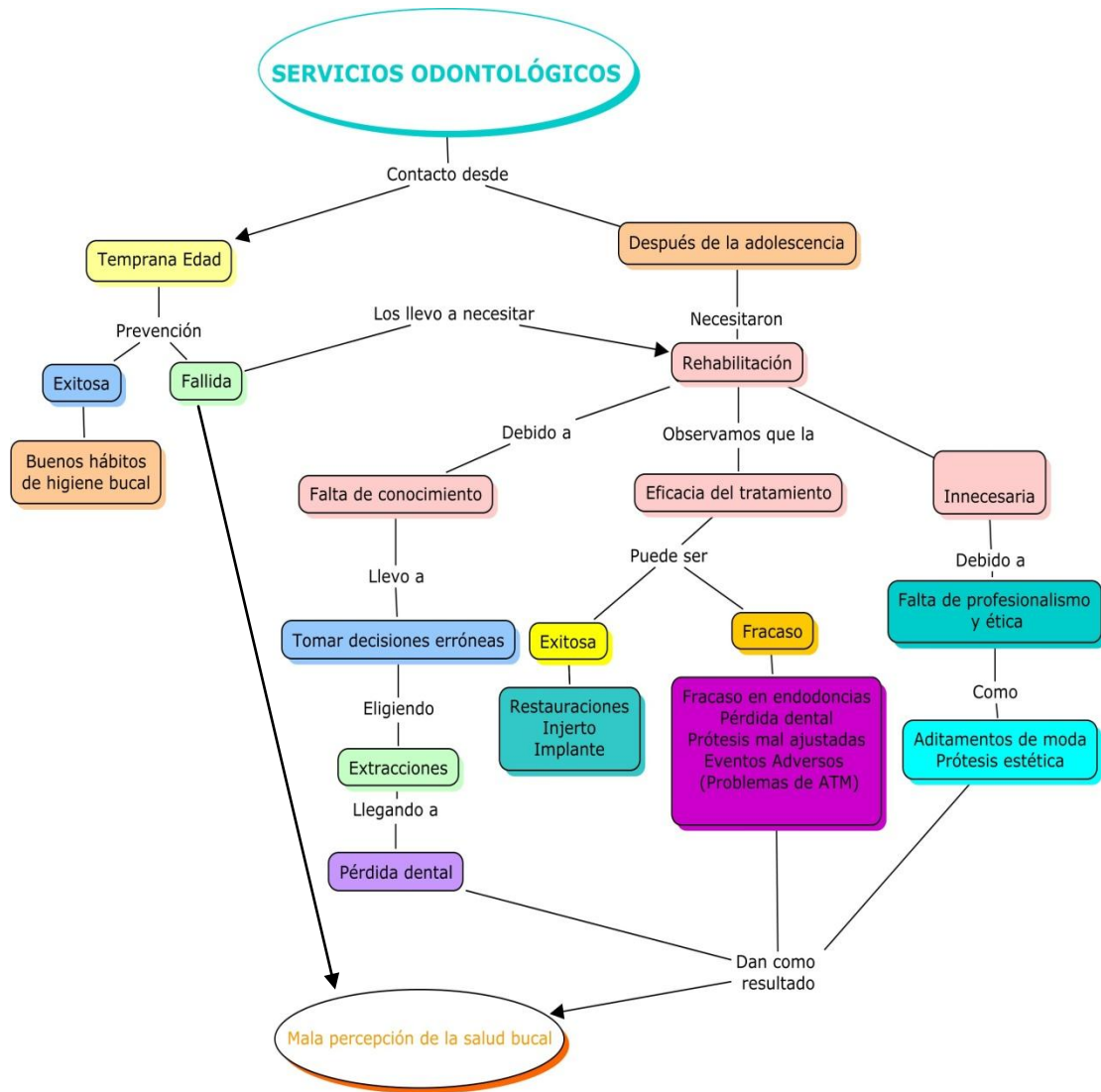
Por otra parte, no todas las opiniones sobre los servicios odontológicos fueron negativas, algunas de las residentes hablan bien de los tratamientos que han recibido.

- pues que el de arriba me lo hicieron bien, me lo hicieron en Oaxaca y me lo hicieron bien
- pero yo le propuse a mi odontóloga, que es una persona muy competente...

Una de las residentes hace énfasis en que la salud está relacionada con la economía que existe en el país.

- *es increíble pero los problemas nacionales intervienen en todo, cuando no hay una buena economía, pues la salud esta, también estamos deteriorada incluyendo la bucal, todo, todo parece que no pero si....*

Gráfico 4. Uso de servicio odontológico



Fuente: Directa

8. DISCUSIÓN

En este estudio se entrevistaron a 14 mujeres que viven en la “Residencia Mater”, es importante mencionar que en general, las mujeres que viven en esta casa de retiro pertenecen a una clase económicamente alta, tienen educación media superior o superior, y sin embargo la mayoría no fueron económicamente activas en su etapa productiva, debido a que en la época que les tocó vivir, las mujeres desempeñaban un rol familiar en la sociedad, es decir, eran encargadas de educar a los hijos, convirtiéndose en amas de casa como lo mencionan Torres⁵, Yuni⁸ y Freixas⁹.

En este sentido se sabe que los bajos ingresos económicos, sentimientos de soledad, problemas visuales, estilo de vida sedentario, la incapacidad funcional, bajo nivel de estudio, falta de apoyo emocional, falta de apoyo social, padecer enfermedades, consumir medicamentos, perder capacidad funcional, insomnio, pertenecer a una clase social desfavorecida y ser mujer son factores que pueden determinar una baja percepción del estado de salud.^{18, 39, 42, 43,36}

En la literatura existen estudios de autopercepción de salud bucal en adultos mayores que hablan sobre las necesidades de tratamiento, abordando temas de incidentes sociales que se presentan con relación a sus dientes,²³ sin embargo no muestran la percepción que se tiene sobre su salud bucal, o solo comparan la percepción por sexo.^{37,38}

Las residentes de esta casa de retiro saben que es la boca y las funciones que desempeña, además de conocer los hábitos de higiene a muy temprana edad; sin embargo y muy a pesar de estos buenos antecedentes se observó que existe un deterioro en la salud bucal debido a diversos factores como las creencias, experiencias y hábitos de higiene bucal.

Dolores³⁹ realizó un estudio similar a este, pero en personas de bajos recursos, ella menciona que debido a la falta de educación aquellas mujeres tienen creencias poco favorables para el cuidado de su salud bucal, sin embargo no solo en niveles socioeconómicos desfavorecidos se tiene esta influencia sino también en niveles socioeconómicos estables, ya que la mayoría de nuestras entrevistadas contaron toda su vida con una estabilidad económica y por esta razón la apertura a una educación; sin embargo, se observó que las creencias tienen un peso muy importante dentro de la sociedad no importando el nivel socioeconómico que tengan.

En nuestro estudio, se encontró que las adultas mayores creen que el embarazo es una etapa en la vida, donde las mujeres pierden los dientes como algo natural. Existen estudios que se han enfocado en la influencia que tienen las creencias sobre la salud bucodental, encontrando que hasta el 70% de las personas embarazadas creen que el embarazo puede producir pérdida dental.^{40,41} Otra creencia es la pérdida dental como parte del envejecimiento hecho que Castrejon¹⁶ y Dolores³⁹ lo reportan en sus estudios. Sin embargo sabemos que esta creencia es errónea, ya que la pérdida dental tiene diversos factores; uno de los factores más comunes se debe a secuelas de procesos infecciosos, generalmente por caries y enfermedad periodontal, pero también pueden influir factores como eventos adversos, tratamientos con fin terapéutico (extracciones por ortodoncia) o bien traumas (fracturas o accidentes).

Un punto importante a discutir, es la vulnerabilidad económica en la que se encuentran los adultos mayores, ya que no todos los ancianos cuentan con una pensión y quienes cuentan con ella regularmente no son lo suficientemente buenas como para cubrir las necesidades básicas de este sector de la población. Si consideramos que la población de estudio mantiene una estabilidad económica podríamos inferir que esta cuenta con

una buena salud bucal, sin embargo nos encontramos que estas mujeres en su mayoría cuentan con rehabilitación protésica. Es importante reiterar que aunque sus prótesis son estéticamente aceptables muchas de ellas no son funcionales, llevando a las residentes a tener una autopercepción negativa ya que no pueden comer, ni hablar correctamente, asimismo, observamos que uno de los factores que influyen para que tengan una autopercepción positiva fue la ausencia del dolor.⁴²

La estética socioculturalmente es un punto importante, proporciona seguridad en los individuos; aunque las adultas mayores que se entrevistaron no todas hacen mención a la estética, no significa que no sea importante. La mayoría de las residentes presentan rehabilitaciones protésicas, y sin embargo para ellas es más importante el hecho de como se vea su prótesis a que tanto les funcione. La cuestión de la estética está relacionada con el nivel económico, una mujer sin solvencia económica tiene que desenvolverse ante la sociedad con o sin prótesis ya que no tiene alternativas, quizá al principio este hecho le incomode pero después se acostumbra y deja de ser importante; una mujer con solvencia económica no se desenvolvería porque la cuestión de la estética en un impedimento para su desarrollo social.^{1, 8, 38,39}

Al tener un nivel adquisitivo favorable, existe mayor probabilidad de que las residentes tengan mayor acceso a los servicios odontológicos, no solo ahora, sino a lo largo de su vida, por esta misma razón las residentes han resuelto los problemas primarios que se les han presentado, como por ejemplo una lesión cariosa con dolor, una prótesis por alguna pérdida dentaria, etcétera; sin embargo, las soluciones en el servicio odontológico no siempre fueron tan favorecedoras ya que también presentan eventos adversos que afectaron la salud de las mujeres.

Observamos que el tener acceso a los servicios odontológicos puede solucionar los problemas de salud bucodental, pero también las pone en riesgo ante tratamientos innecesarios, o como se menciona antes a eventos adversos en los procedimientos. Otro punto importante es la falta de conocimiento sobre las enfermedades bucodentales las cuales también les llevó a tomar decisiones equivocadas con respecto a su salud bucal, ya que al no conocer alternativas prefirieron la extracción del órgano dentario, llevándolas al final a requerir prótesis dental.

La autopercepción de la salud bucal es un elemento base para el funcionamiento integral del ser humano ya que se generan transiciones de tipo psicosocial que afectan el estilo de vida. La forma en que las personas perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar; es decir que una boca “saludable” contribuya a que la boca se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad. Por eso la percepción de la salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de la calidad de vida, y está asociada a una variedad de indicadores de la salud general y conductas saludables. Existen estudios que informan entre la asociación de la autopercepción de salud general con la autopercepción específica de limitaciones funcionales bucales.³⁶

La percepción de salud bucal que tienen las residentes la basan principalmente en las funciones de comer o hablar basándose en esto pocas son las residentes que mencionan tener una percepción positiva.

Un estudio realizado por Locker y Jakovic⁴² informan que la capacidad masticatoria influye en la autopercepción negativa del estado de salud bucal, pero también que la ausencia del dolor influye en la autopercepción positiva. Siete años después Locker⁴³ repite este estudio elaborando encuestas de autopercepción de salud bucal sobre la misma población y encontró que el

17.4% presentaba una salud pobre, el 28.2% reporto tener problemas al comer y el 10.2% dijo tener problemas al hablar. Además, informan que quienes declararon tener pobre salud oral, presentaban mayores niveles de estrés y menor satisfacción en sus vidas que los que declararon tener salud oral favorable.

Es lamentable encontrar que la autopercepción negativa en la mayoría de los casos estuvo relacionada al uso de servicios odontológicos.

Triana⁴⁴ encontró que solo el 58% de los odontólogos son calificados como profesionistas éticos. Comenta que la imagen que muchos tienen del odontólogo es que solo se dedica a “sacar y tapar” muelas, para cambiar estos pensamientos menciona el autor que se requiere de voluntad y decisión, además de un trabajo en conjunto donde participen activamente asociaciones, colegios, instituciones educativas y autoridades y que en tanto no se unifiquen criterios y continúen prevaleciendo intereses personales y de grupo, la odontología seguirá perdiendo reconocimiento ante la sociedad.

Los avances en la odontología han sido importantes para la autopercepción positiva, ya que dos de las residentes mencionaron mejorar su calidad vida después de colocarse implantes e injertos, es importante resaltar que los avances tecnológicos ayudan de manera significativa en la rehabilitación de los pacientes, sin embargo mucho más importante no abusar el uso de esta tecnología y siempre hacerlo con ética, es decir, con una odontología basada en evidencia (OBE).^{10, 23,45,45}

En un artículo Pinilla⁴⁶ menciona que la OBE, plantea una manera científica y racional de enfrentarse a los problemas clínicos diarios. Gracias a las tecnologías de la información actuales, existen oportunidades para mejorar las decisiones clínicas y facilitar la comunicación entre las personas. Todo esto permite, bajo los conceptos del nuevo paradigma que invoca el uso

racional de la mejor evidencia unida a las habilidades clínicas, mejorar la calidad de los tratamientos que se pueden ofrecer a los pacientes.^{23,45}

La percepción que los adultos mayores tienen sobre su salud casi siempre es negativa sin embargo, las mujeres de la “Residencia Mater” mencionan tener una aceptación y adaptación con respecto a su salud bucal, muestra de ello es que las residentes no han cambiado sus prótesis desde hace mucho tiempo.³⁹ Sin embargo esto nuevamente nos habla de un desconocimiento acerca del cuidado y tiempo de vida de las prótesis, así como los problemas de salud bucal que puede ocasionar cuando se encuentran desajustadas.

Díaz⁴⁷ en un artículo menciona que el uso de prótesis por largos períodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente (cada 5 años) puede causar alteraciones en la mucosa. En su estudio encontró que en el caso de 6 a 10 años de utilización del aparato el 69.56 % de prótesis se encontraban desajustadas, de 11 a 20 años el 85 % y por último en más de 21 años, el 100 % de ellas ya no cumplían con su función.

9. CONCLUSIONES

- Las adultas mayores que viven en Residencia Mater conocen que es la boca y cuáles son sus funciones.
- A pesar de contar con una educación sobre el cuidado de la salud bucal desde el inicio de su vida, las residentes tienen creencias erróneas respecto a la salud bucal, asocian envejecimiento con pérdida dental.
- Se encontró una autopercepción bucal negativa en la mayoría de las residentes, basada en que la boca no cumplía con sus funciones, sobre todo el hablar y el comer. La estética no fue tan relevante ya que todas las residentes cuentan rehabilitaciones protésicas.
- La mayoría de las residentes contó con servicio odontológico, algunas desde la niñez, otras más en la adolescencia, a pesar de esto existe pérdida dental.
- La mayoría de las residentes tuvo malas experiencias con respecto al servicio odontológico, es importante concientizar en la forma en que nos desarrollamos profesionalmente, ya que con todos los avances odontológicos que existen en la actualidad podemos ofrecer diversos tratamientos.
- La importancia de realizar este tipo de estudios es conocer la interpretación e importancia de salud bucal que tienen los adultos mayores así como las razones que los llevaron a tener esta autopercepción, no solo para cambiar la forma de actuar con los adultos mayores sino en crear una educación de prevención bucal en toda la población.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Salgado de Snyder N, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública en México, 2007; Vol. 49, Suppl. 4 s515-s521.

² Cruzarriero M. Psicología de la vejez. Disponible en: <http://www.vejezyvida.com/psicologia-de-la-vejez/>

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default?s=sest&c=17484>

⁴ Consejo Nacional de la Población. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>

⁵ Torres Arreola, LDP. Villagrán JP. Envejecimiento Humano. Una visión Transdisciplinaria. Capítulo III Sociedad, Economía y servicios de la salud. Consideraciones sobre el envejecimiento, género y salud. Instituto de geriatría. México, 2010: 360-364.

⁶ Borrel C. García-Calvente MDM, Martí-Bosca JV. La salud Pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac. Sanit. Barcelona, 2004. 18(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400002&script=sci_arttext&lng=e

⁷ Matud Asnar MP. Género y Salud. Suma Psicológica, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Colombia, Mar 2008: Vol 15 Número 1: 75-93. Disponible en: <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/1342/134212604003.pdf>

⁸ Yuni JA, Urbano CA, Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. Rev. Argent. Sociol. Buenos Aires, Argentina, 2008. Vol.6, Núm. 10: 151-169. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482008000100011

⁹ Freixas A. Luque B. Reina A. Critical Feminist Gerontology: In the Back Room of Research. Journal of Women & Aging, 2012, 24:44-58.

¹⁰ Abadía Barrero CE. POBREZA Y DESIGUALDADES SOCIALES: UN DEBATE OBLIGATORIO EN SALUD ORAL. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2006; 12(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100002&script=sci_arttext

¹¹ Huenchuan S. Guzmán JM. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. Notas de población Núm. 83:99-125 Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P4.pdf>

¹² Cerquera Córdoba AM. Flórez Jaimes L. Linares Restrepo MM. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Revista Virtual Universidad Católica del Norte Colombia, 2010, 31:407-428. Disponible en : <http://www.revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/51>

¹³ Hernández Ortega K. Ferrera P. Quiroz-Baez R.. Envejecimiento Humano. Una visión Transdisciplinaria. Capítulo I Mecanismos Biológicos del Envejecimiento. Papel de la apoptosis y la

senescencia celular en el envejecimiento del sistema nervioso central . Instituto de geriatría. México, 2010: 103-114

¹⁴ Acosta Quiroz CO. Dávila Navarro MC. Rivera Iribarren. Rivas López JP. Envejecimiento Humano. Una visión Transdisciplinaria. Capítulo II Geriatría Clínica y Epidemiología. Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso. Instituto de geriatría. México, 2010: 147-156

¹⁵ Lee GM. Gutiérrez Robledo LM. Gutiérrez Ávila JH. Envejecimiento Humano. Una visión Transdisciplinaria. Capítulo III. Sociedad, Economía y servicios de la salud. Políticas de salud para los adultos mayores, retos y prioridades. Instituto de geriatría. México, 2010: 379-386

¹⁶ Castrejón Pérez RC Envejecimiento Humano. Una visión Transdisciplinaria. Capítulo II Geriatría clínica y epidemiología. Salud Bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto de geriatría. México, 2010: 257-270

¹⁷ Díaz Martell Y. Martell Forte IC. Zamora Díaz JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas "Juan Guiterras Gener". Cuba, 2007 ; 44(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002

¹⁸ Montes S. JL. Oral Health Impact in Older Adult Live Quality. Revision Bibliográfica. Revista dental de Chile, 2001: 92(3):29-31.

¹⁹ Sáez Carriera R. Carmona M. Jiménez Quintana Z. Alfaro X. Oral changes in the older adult. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est11407.htm

²⁰ Rodríguez Calzadilla A. Delgado Méndez L. Diagnostico de salud bucal. Dirección Nacional de Estomatología. Rev Cubana Estomatol. Cuba,1996;33(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol33_1_96/est01196.htm

²¹ Calatrava O. LA. Crecimiento Científico Contemporáneo, escenario epidemiológico actual de las enfermedades bucales y currículo odontológico. Acta odontol. Venez. Venezuela, 2002, 40(2): 100-108. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652002000200002&script=sci_arttext

²² Calatrava O LA. Toma de decisión clínica y la odontología basada en evidencia. Acta odontol. Venez. Venezuela, 2003, 41(3): 247-250. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000300011&Ing=es

²³ Kovalski DF. Torres de Freitas SF. Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, Brazil, 2006, 11(1):97-103. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29453.pdf>

²⁴ Silva de Barros R. Ferreira Wimmer G. Botazzo C. Saúde Bucal e Práxis no Cotidiano dos Serviços de Saúde. Saúde , Cultura y Subjetividade. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, Brazil, 2007, abril (41): 18-21. Disponible en: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis/bis41.pdf#page=18>

-
- ²⁵ Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Brazil, 2006, 11(1):7-17. Disponible en: http://fesfsus.web350.kingghost.net/bibliofesf/2006Sobre_a_bucalidade.pdf
- ²⁶ Narvai PC. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Brazil, 2006, 11 (1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100003&lng=en&nrm=iso
- ²⁷ Fagundes Christina de Souza E. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Brazil, 2006, 11 (1):24-28. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100005&lng=en&nrm=iso
- ²⁸ Cerquera Córdoba AM. Flórez Jaimes LO. Linares Restrepo MM. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. Colombia, 2010. 31:407-428. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=194214587018#>
- ²⁹ Álvarez Castaño LS. Determinantes sociais da saúde: além dos fatores de risco. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2009, 8(17). Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200005&lng=pt&nrm
- ³⁰ Ocampo JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*. 2010, 41(3):275-289. Disponible en: <http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5ff84619-701e-411c-a2c7-1154af45d602%40sessionmgr111&vid=3&hid=23>
- ³¹ Rocha Corrêa da S. Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, 2001 35(4): 349-355. Disponible en: http://www.scielosp.org//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000400003&nrm=iso&lng=es
- ³² Martins de Barros Lima AM. Barreto Sandhi M. Silveira Fagundes da M. Santa-Rosa de Almeida TT. Pereira Dantas R. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, 2010. 44(5): 912-922. Disponible en: http://www.scielosp.org//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500017&nrm=iso&lng=es&tlng=es
- ³³ Casas de retiro: una opción para el adulto mayor. Disponible en: <http://www.adultosmayores.mx/residencias/residencias.html>
- ³⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
- ³⁵ Residencia Mater. Disponible en: <http://www.imdosoc.org/?p=5142>
- ³⁶ Pennacchiotti Vidal G. "Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos

Mayores recién rehabilitados”. Universidad de Chile del Proyecto: “Influencia de la Rehabilitación en Salud Bucal en la Calidad de Vida del Adulto Mayor” (NAMAYOR2/2-2. Chile, 2006. Disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/pennacchiotti_g/sources/pennacchiotti_g.pdf

³⁷ Gallegos K. et al. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(5): 792-801.

³⁸ Esquivel HR. Jiménez FJ. Efecto de los dientes perdidos. En la calidad de vida de un grupo de adultos mayores. Odontología actual. Febrero 2008. Año 5 No. 58.

³⁹ Dolores Nava MI, Autopercepción de salud bucal en un grupo de adultas mayores usuarias del centro de asistencia de integración social “Villa Mujeres”. Facultad de Odontología, 2011.

⁴⁰ Fuentes Fernández R. Oporto Venegas G., Alarcón AM. Bustos Medina L. Prieto Gómez R. Rico Williams H., Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo, Av Odontostomatol 2009;25 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000300004&script=sci_arttext&lng=e

⁴¹ Garbero I. Delgado A. Benito de Cárdenas I. Salud oral en embarazadas: Conocimientos y Actitudes. Acta odontológica Venezolana 2005; (43)2.

⁴² Locker D. Jacovic A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. J Den Res 1997; 76(6): 1292-1297

⁴³ Locker D. Clarke M. Payme B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. J Dent Res 2000; 79 (4):970-975

⁴⁴ Triana Estrada J. La ética: un problema para el odontólogo. Acta Bioethica, 2006; 12(1): 75-80. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100011&script=sci_arttext

⁴⁵ Espinoza Santander I. Bioética y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, 2011; 4(2): 80-82. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072011000200008

⁴⁶ Pinilla Domínguez J. Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España. Disponible en: http://www.revistasice.info/cache/pdf/CICE_67_135-160_150A3645584C20CE5A04011D2185F112.pdf

⁴⁷ Díaz Martell Y. Martel Forte IC. Zamora Díaz JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas “Juan Guiteras Gener”. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html