

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO



Casa abierta al tiempo

**TRAYECTORIA DE VIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL EN EL ADULTO
MAYOR**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

P R E S E N T A:

ERIKA HEREDIA PONCE

DIRECTORA:

DRA. MARÍA ESTHER IRIGOYEN CAMACHO

CIUDAD DE MÉXICO

MAYO, 2017

ÍNDICE	
RESUMEN	4
SUMMARY	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	
1.1 Envejecimiento	14
1.2 Transición demográfica en México	15
1.3 Determinantes sociales de la vejez	17
1.3.1 Desigualdad de género	17
1.3.2 Desigualdad social	18
1.3.3 Desigualdad cultural	19
1.3.4 Desigualdad económica	20
1.4 Salud en la Vejez	21
1.5 Salud bucal en la vejez	22
1.6 Autopercepción de salud	24
1.7 Calidad de vida	26
1.7.1 Calidad de vida y salud bucal	30
1.7.2 GOHAI	32
1.8 Trayectoria de vida	34
CAPITULO 2. ESTRATEGIA TÉCNICO-METODOLÓGICA	
2.1 Planteamiento del Problema	42
2.2 Justificación	45
2.3 Objetivos	46
2.3.1 General	46
2.3.2 Específicos	46

2.4	Recurso metodológico	46
2.4.1	Fases para el desarrollo cuantitativo	46
2.4.1.1	Tipo de estudio	46
2.4.1.2	Universo de estudio	47
2.4.1.3	Selección y tamaño de muestra	47
2.4.1.4	Criterios de selección	48
2.4.1.5	Definición operacional y escala de medición de las variables	48
2.4.1.6	Recolección de la información	50
2.4.1.7	Procesamiento de la información	50
2.4.1.8	Análisis estadístico	51
2.4.2	Fases para el desarrollo cualitativo	52
2.4.2.1	Universo y acercamiento a la población	52
2.4.2.2	Recolección y análisis de la información	53
2.5	Consideraciones éticas	54

CAPITULO 3. RESULTADOS

3.1	Análisis cuantitativo	55
3.1.1	Perfil de la población	54
3.1.2	Estado de salud bucal	57
3.1.3	Salud Oral Relacionada con la calidad de vida (GOHA)	59
3.1.4	Análisis de clases latentes	65
3.2	Análisis cualitativo	69
3.2.1	Descripción de la población	70

3.2.2 Identificación de capitales	77
3.2.3 Prácticas de autocuidado	83
CAPITULO 4. DISCUSIÓN	86
CAPITULO 5. CONCLUSIONES	105
CAPITULO 6. PERSPECTIVAS	108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS	
Anexo 1. CPOD	120
Anexo 2. IHOS	125
Anexo 3. IPC	124
Anexo 4. Funcionalidad de prótesis	127
Anexo 5. The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	129
Anexo 6. Instrumento de recolección de la información.	130

RESUMEN

El envejecimiento poblacional se ha convertido en un reto para los servicios de salud. 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.

El estado de salud bucal junto con la percepción de la misma entre los adultos mayores, es importante ya que impacta en la calidad de vida; en las áreas física, social y psicológica, y más frecuentemente en la funcionalidad (al comer) y en el confort.

Los estudios epidemiológicos son esenciales para identificar los problemas de la población, sin embargo, el estudio de los significados, es decir, de cómo las personas perciben sus problemas de salud y se colocan delante de ellos, son importantes para identificar valores sociales, culturales y económicos que impactan en la calidad de vida.

El objetivo de este estudio fue indagar la autopercepción y prácticas de salud bucal que construyen los adultos mayores posicionándose en un marco relacional de capitales que permita explorar su trayectoria de vida.

Este trabajo se apoyó en una metodología mixta cuali-cuantitativa con la interfaz en la discusión. La fase cuantitativa se llevó a cabo a través de un estudio transversal analítico para conocer el estado de la dentición, higiene oral, estado periodontal, maloclusiones, uso y necesidades protésicas, presencia de lesiones, y calidad de vida relacionada con la salud bucal en dos grupos de adultas mayores con diferente nivel socioeconómico. La fase cualitativa se llevó a cabo a través de un estudio interpretativo tomando como base el nivel socioeconómico para seleccionar a las entrevistadas.

El estado de salud bucal de las mujeres que conformaron el estudio no es el óptimo. Tanto las mujeres de posición socioeconómica baja (PSEB) como las de posición socioeconómica alta (PSEA) presentaron edentulismo (21.8%) y CPOD elevado (19.9 ± 6.3). Las mujeres de PSEB presentaron enfermedad periodontal (11.5%), higiene deficiente (64.4%), prótesis no funcionales (77.8%) y presencia de lesiones (12.8%). Las mujeres de PSEA no presentaron enfermedad periodontal, higiene buena (71.3%), prótesis no funcionales (20%) y presencia de lesiones (2.2%). El 84.6% de las mujeres con PSEA presentaban un estado de salud favorable.

Los diferentes capitales (económico, cultural, social) a lo largo de la vida de los seres humanos impactan en la salud: facilitando el acceso a servicios de salud, sosteniendo la prevención por redes sociales formales e informales, impulsando un cambio social, y transmitiendo información de experiencias pasadas en salud. Si bien estos capitales surgieron como un concepto atractivo, como un posible aporte en la salud pública, hoy ya tienen aceptación como herramienta influyente en el desarrollo de programas de salud.

Los estudios con una metodología cuali-cuantitativa son complementarios y permiten un mayor acercamiento a la comprensión de la realidad.

SUMMARY

The aging of the population has become a challenge for the health services. Women are the majority of the elderly population in most countries of the world. This phenomena has been known as “the feminization of the aging”.

The oral health status and its perception among adults is very important because it influences the quality of life in several areas: physical, social and psychological but specially in the physiological act of chewing.

The epidemiological studies are essential to identify health population problems however the study of their “meanings” (the way people perceive their health problems and behave towards them) are important to identify socioeconomic and cultural values that influence the quality of life.

The aim of this study was to determinate the auto perception and oral health habits that elderly develop, locating then in a relational capital framework that allow to explore their life trajectory.

This study was made with a quantitatively-qualitative-methodology with the interface in the discussion. The quantitative phase of the research was carried out with a transversal analytic study to determinate the dentition status, oral hygiene, periodontal status, malocclusion, prosthetic needs, dental lesions and quality of life related to oral health in elderly two groups with different socioeconomic level. The qualitative phase was conducted through an interpretative study considering only the socioeconomic level to choose the interviewed.

The oral health status of both groups in the study showed:

Both groups: low socioeconomic level group (LSEL) and high socioeconomic level (HSEL) group presented high edentulism (21.8%), HSEL women presented periodontal disease (11.5%), DMFT (19.9±6.3) and bad oral hygiene (64.4) nonfunctional prosthesis (77.8%) and dental lesions (12.8%) HSEL women did not

show periodontal disease, they showed good oral hygiene (71.3%), less nonfunctional prosthesis (20%) and less dental lesions (2.2%). The 84.6% HSEL were in good health.

The different capitals (socioeconomic and cultural) along the lives of human beings influence their health easing the access to health services supporting prevention through social networks formal or informal improving social change and sharing information of health experiences.

The studies made with quantitatively-qualitative methodology are complementary and they allow a better approach to understanding reality.

INTRODUCCIÓN

El componente oral del proceso salud enfermedad de los individuos, familias y colectivos de una comunidad, representa un proceso complejo. En caso concreto, la salud y enfermedad oral es la resultante de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta, fluoruros, hábitos higiénicos, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas orales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, salud general, así como también, los aspectos psicológicos que representa para la población el componente oral.

En este sentido, el proceso salud-enfermedad oral, consiste en un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y producen la aparición de riesgos que se manifiestan en forma de perfiles epidemiológicos de salud bucal. Pudiendo comprender a esta, como un componente del estado de salud general del individuo o grupos sociales, que estarán determinados históricamente y socialmente. Aunque existe acuerdo que la salud bucal es un componente fundamental de la salud, hay una brecha entre la concepción y la manera de abordar la misma, ya que se tratan a los problemas orofaciales como patologías aisladas del resto del cuerpo. Si bien, en innumerables oportunidades se ha descrito que la boca es el espejo de la salud o enfermedad, o que actúa como un sistema de alarma de cualquier afección a nivel sistémico, se destaca de esta manera que la salud bucal no es sólo un problema dentario, sino más bien un problema de la salud integral del individuo y de la comunidad. Por ende, sin su conservación, recuperación y mejoramiento no es factible alcanzar niveles adecuados de salud general, ya que la patología oral está asociada con otras patologías generales.

A pesar que las Políticas de Salud tienen como prioridad la estrategia de Atención Primaria en Salud, ésta es ignorada por numerosas instituciones ya sean públicas o privadas, asumiendo como eje fundamental la curación, más que la prevención.

Ahora bien, en la actualidad se reconoce que la capacidad de la Salud Pública para mejorar las condiciones de la salud bucal es débil, ya que no se encuentra integrada a otros programas de Salud Pública, además que no existe un “Plan Nacional de Salud Bucal” efectivo que no posea características de una “odontología mutiladora”, sumándose las limitaciones en los recursos y la crisis que vive actualmente el sector salud.

La Organización Mundial de la Salud (1997), afirma que generalmente la salud bucal no se contempla como una prioridad indispensable en las políticas públicas, ni constituye parte de las acciones básicas de servicio, por lo que la atención bucal queda restringida al ámbito de la práctica privada, característica que se refleja con gran preponderancia en los perfiles epidemiológicos de salud bucal. Estos perfiles reflejan la condición de salud bucal como una problemática de Salud Pública dados por la presencia de un modelo hegemónico de atención de salud bucal que se caracteriza por ser curativo, biologicista y privado.

La práctica odontológica hegemónica consiste en actividades diagnósticas y terapéuticas que se realizan, por lo general, en consultas privadas y/o públicas, o en servicios de seguridad social de empresas, cooperativas o del Estado. Las consultas en servicios de salud públicos (que no necesariamente son gratuitos) generalmente ofrecen cuidados considerados como básicos, y su calidad depende de cada programa, los recursos y las leyes de cada país. Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, con algunas excepciones, no son contemplados en estos servicios y las personas se ven forzadas a utilizar servicios privados para terminar con su plan de tratamiento, incluyendo rehabilitaciones simples y complejas. La negociación entre profesional de la salud y paciente se basa en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo para acceder a ellos. De esta forma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales de la población, los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago.

En este contexto la población de adultos mayores, principalmente los que viven en situación de pobreza, han recibido muy poca atención por parte de los prestadores de servicios y diseñadores de políticas públicas.

En México, el envejecimiento se ha producido con gran velocidad; estadísticas recientes indican que en el 2016 somos 127,017,224 millones de pobladores. También encontramos que el número de personas de 65 años y más es de 6,47% del total de habitantes, lo cual representaría aproximadamente unos 8,218,014 pobladores. En la Ciudad de México, la proporción de adultos mayores pasó de 5.1% en el 2005 a 5.9% en el 2010 y se espera que esta proporción ascienda a 8.5% en el 2020 y 12.9% en el 2030.

Las inequidades del envejecimiento y el género están íntimamente vinculadas con la pobreza a través de una interrelación muy compleja. La complejidad de esta relación tridimensional (género, vejez y pobreza) debe ser entendida como el resultado de una secuencia de acciones y experiencias sociales diferenciadas por sexo, las cuales tienen una relación directa con la calidad de vida.

El estado de la cavidad bucal y la percepción del estado de salud bucal de los adultos mayores es importante e impacta su calidad de vida, porque tiene repercusiones en las áreas: física, social y psicológica, más frecuentemente en la funcionalidad (al comer) y en el confort.

Los estudios epidemiológicos son esenciales para identificar los problemas de la población, sin embargo, una carencia de un amplio número de estos estudios es la poca atención que se le da a la investigación de los significados de cómo las personas perciben sus problemas de salud y se colocan delante de ellos, para identificar valores sociales, culturales y económicos que influyen en su calidad de vida.

La autopercepción en materia de salud corresponde a la que la persona construye desde su experiencia de la salud y su situación de salud en el contexto de la vida

cotidiana. Este juicio se basa, en general, en la información y los conocimientos disponibles y modificados por la experiencia y las normas sociales y culturales.

Para intentar explicar el papel de la estructura social donde está inmerso el individuo y el objetivismo, el sociólogo francés Pierre Bourdieu, desarrolla dos conceptos *habitus* y campo, así mismo expande y reinterpreta el concepto de capital. Su teoría se basa en intentar superar la dualidad entre la estructura social y el objetivismo, esto es, las personas que son de clase baja, tienen poco ingreso, por lo que se les dificulta adquirir bienes y servicios, lo cual aporta elementos para hacer una explicación objetiva de su estado de salud, y entre la acción social y el subjetivismo, esto es, que las acciones que realizan las personas, los hechos sociales, son símbolos que han de interpretarse.

La categoría Trayectoria de Vida permite un acercamiento a la realidad de seres humanos en los que se tejen procesos psicológicos, sociales, biológicos y culturales en el paradigma de los sistemas complejos adaptativos que se definen proponiendo que la vida se describe como una compleja articulación de múltiples procesos de producción y reproducción de sí misma, a lo largo de los cuales surgen conflictos o tensiones que motivan las transformaciones históricas y aquellos procesos histórico-sociales se configuran de manera estratégica en diversos niveles de integración, ordenados como jerarquías estructurales y funcionales que van desde el organismo individual y las biocomunidades, pasando por las redes de familias hasta los Estados-nación, los bloques de naciones y la sociedad planetaria o globalizada.

Las trayectorias de vida se transforman de manera dinámica, algunas veces de manera impredecible para los sujetos, moldeadas por la manera como se ha vivido, lo que las hace históricas y cargadas de significado que en los relatos cobran vida.

Una forma de abordar el estudio de las trayectorias de vida es a través del *habitus* que es el resultado de la estructura estructurada y estructurante en la que se desarrollan los individuos. El concepto *habitus*, sirve para superar la oposición

entre objetivismo y subjetivismo. El *habitus* hace que personas que comparten un entorno social tengan estilos de vida parecidos. Por ejemplo, si nosotros practicamos algún deporte, nuestra manera de comportarnos en nuestro día a día será, aunque no igual, parecida dada la presencia de la disciplina deportiva. El *habitus* lo construimos a través de los sentidos, a través del propio cuerpo, es algo que tenemos y que vemos en los demás y lo introyectamos. Se hace presente en la forma en la que nos expresamos, entendemos el mundo, actuamos, etc. Este *habitus* está determinado por la estructura social en la que viven los individuos. Por ejemplo, una persona de bajo nivel socioeconómico que difícilmente tiene acceso al tratamiento odontológico, que, como resultado de la aplicación de políticas neoliberales, requiere un alto gasto del bolsillo, tendrá condiciones bucales diferentes a una persona con alto nivel económico que no tiene esta barrera para hacer visitas regulares al dentista. Es este entorno del modelo neoliberal en que vivimos, el *habitus* nos denota, y también denota la manera en que aparecimos el *habitus* en otras personas que pueden tener diferentes capitales. Para Bourdieu el concepto de capital no se liga únicamente al ser dueño de los medios de producción, como capital económico, modelo marxista, sino que se ocupa de otros tipos de capital que también se traducen en poder, como el capital cultural (interiorizado, objetivizado e institucionalizado), capital simbólico, capital social y capital físico.

Esta investigación busca desde la interioridad de los adultos mayores, las lógicas de pensamiento que guían sus acciones sociales. Apunta a la comprensión de la realidad como el resultado de un proceso histórico de construcción a partir de las lógicas de sus protagonistas. La tesis se apoya en el estudio de los capitales, se aborda la forma concreta en la que se manifiestan el capital económico, el capital social y el capital cultural. Se pretende conocer cómo conciben la salud bucal, las inquietudes y preocupaciones, para explicar sus interacciones en su vida cotidiana pretendiendo darles sentido e interpretarlas en términos de autopercepción, para brindar aportes que orienten las acciones políticas, sociales y los desarrollos disciplinares en el campo de la salud bucal de tal forma que se favorezca un

proceso de envejecimiento con mejores condiciones de vida que privilegie la dignidad humana y la garantía de los derechos.

El objetivo del estudio fue indagar la autopercepción y prácticas de salud bucal que construyen los adultos mayores posicionándose en un marco relacional de capitales que permita explorar su trayectoria de vida.

CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

1.1 Envejecimiento

El envejecimiento de la población es un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad. Es un reto que hay que afrontar.¹ La sociedad envejece rápidamente; el incremento del número de personas de más de 60 años es el factor poblacional que caracteriza los cambios demográficos actuales.

El envejecimiento es un proceso demográfico, universal e irreversible. Biológicamente es la última etapa de la vida donde se producen cambios a nivel celular que llevan a que el organismo vaya disminuyendo en su función de manera progresiva.

Envejecer significa reconstruir una identidad en las últimas etapas de la vida, readaptarse y aprender a vivir nuevamente, la vejez no es una etapa que se empieza cuando se cumplen los 60 años, es un proceso que involucra las dimensiones profundas del individuo, el papel de la familia, de la comunidad y de las instituciones.^{2, 3}

El envejecimiento es un proceso individual, la forma de afrontarlo depende de la manera de vivirlo y de donde se vive.⁴ La vejez constituye una etapa más de la experiencia humana y por lo tanto y debe ser positiva y de desarrollo individual y social.⁵

La vejez es un constructor social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, por ejemplo, en cuanto a la participación en actividades económicas y sociales, según el género y las normas socioculturales. La vejez debe 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 los años vividos.

Al envejecimiento hay que verlo como parte del desarrollo; la importancia del proceso de envejecimiento de la población se enmarca en que éste se está llevando a cabo en un contexto socioeconómico de gran inequidad.

Envejecer es un proceso demográfico, pero el envejecimiento individual y biológico es resultado de modificaciones orgánicas y funcionales que se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida de forma individual. El envejecimiento trae consigo cambios en las esferas biológica, social y psicológica que alteran la capacidad para hacer frente a las agresiones del medio ambiente, que afectan la vitalidad de las personas, así como sus funciones y aumentan proporcionalmente su vulnerabilidad. Cada persona vive el envejecimiento de forma diferente y a ritmos distintos, dependiendo de factores genéticos, estilos de vida y ambientales, sin embargo, todas las personas inevitablemente envejecen.

El envejecimiento poblacional no es un proceso aislado de los eventos que acompañan a nuestra sociedad. En cada región del mundo este proceso se vive de una manera diferente porque el contexto histórico en el que se presenta define sus características sociales.

1.2 Transición demográfica en México

El envejecimiento de la población representa hoy en día para muchos países en desarrollo, un problema latente. La creciente proporción de personas mayores comúnmente referida a las personas de más de 60 años de edad representa un cambio en la estructura por edad de la población desde hace ya varias décadas.

El envejecimiento poblacional como se le ha llamado, se encuentra enmarcado en un proceso denominado *transición demográfica* donde interactúan tres eventos demográficos: la fecundidad, la mortalidad y la migración. La transición demográfica es un término utilizado para hablar de la dinámica de la población, es decir, sus cambios y evolución en el tiempo.¹

México, como parte de los países que se encuentran en el pleno de la transición demográfica, está viendo incrementar su población de mayores de 60 años. Esto

significa que tendrá un grupo poblacional que se distribuirá de manera heterogénea en el país, con distintas necesidades que el resto de la población y que demandará servicios y acciones específicas que mantenga un nivel de vida adecuado que se vea reflejado en su salud.

La reducción en la tasa de mortalidad ha evolucionado de una manera gradual e importante, lo que ha reflejado en el aumento de la esperanza de vida al nacimiento y en la población adulta mayor, siendo que cada día más personas llegan a los 65 años y más.

De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en México somos actualmente 112 millones 336 mil 538 habitantes, de los cuales 54 millones 855 mil 231 habitantes son hombres y 57 millones 481 mil 307 mujeres, según los resultados definitivos del censo de población y vivienda 2010.⁶

La edad media en nuestro país es de 26 años, lo que continuamos siendo un país joven. Sin embargo, por múltiples factores como los avances en 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 2011 puede llegar a vivir 76 años en promedio, para las mujeres de 77.9 años y para los hombres 73.2. Pero un adulto a los 60 años tiene aún una esperanza de vida de 22.4 años (CONAPO).¹

Dentro de la población del adulto mayor las mujeres continúan siendo más numerosas que los hombres: 5 millones 375 mil 841 (4.9%) y los hombres 4 millones 679 mil 538 (4.2%).

Es importante observar que, dentro de la población envejecida, se encuentra un subgrupo de adultos mayores, de más de 80 años, grupo que se elevó en número de 975 mil en el año 2000 a un millón 502 mil 231 en el 2010 y que tiene una alta necesidad de atención médica, social, psicológica y económica, sin dejar a un lado la familiar.⁷

1.3 Determinantes sociales de la vejez

1.3.1 Desigualdad de género

El género debe de entenderse como una construcción social, refiriéndose al conjunto de características, oportunidades y expectativas que un grupo social asigna a las personas y que éstas asumen como propio, basándose en sus características biológicas, éste puede tener un efecto decisivo sobre factores como la condición social, el modo en que tienen acceso las personas mayores a la atención sanitaria, un trabajo gratificante y una alimentación nutritiva.^{8,9}

Se ha mencionado que las desventajas asociadas a la vejez son diferentes para hombres y mujeres, sobre todo por la conexión entre género y edad.¹⁰

En la longevidad se analiza desde este sentido como un conjunto de experiencias de desventajas acumuladas y diferencias por género, las cuales se visualizan como una limitada estructura de oportunidades.²

Debido a los roles de género tradicionales, las mujeres tienen menos probabilidad de trabajar para generar ingresos y ahorro que les permitan solventar sus necesidades económicas en la etapa del adulto mayor.⁸ Las mujeres mayores que viven solas son muy vulnerables a la pobreza y al aislamiento social; ya que las mujeres tienen respecto a los hombres más posibilidades de llegar a la vejez, periodo en el cual las discapacidades y los problemas de salud son más frecuentes; las mujeres por tanto tienen que afrontar en mayor proporción que los hombres, el trauma de la vulnerabilidad y pocos recursos económicos, situación que en ocasiones se prolonga durante décadas.¹¹

1.3.2 Desigualdad social

Cuando se habla de desigualdad social sabemos que la sociedad es la que dispone ésta característica entre los grupos de individuos que comparten rasgos culturales esenciales e interactúan entre sí. Ante la formación de una sociedad libre y soberana como la nuestra, surgen en ello una variada y compleja gama de grupos, que por unas u otras razones conllevan a la dominación de unos sobre los otros, configurándose así una multiplicidad de paradigmas de marginación social, basados en sexo, clases, raza, edades, preferencias, etcétera.^{3, 12}

El bajo nivel de educación y apoyo que se les brinda a los adultos mayores, pone a este grupo al margen de nuestra sociedad y los expone ante eminentes riesgos, trayendo consigo sentimientos de soledad e inutilidad; la soledad es una de las facetas en la personalidad, que cambia considerablemente con la edad, ya que para el adulto mayor representa una enfermedad muy grave que lo deprime y desampara. Otro de los problemas que enfrentan los adultos mayores son el abandono de sus familiares y la pobreza, puesto que el apoyo se encuentra más enfocado en la juventud, la modernización y la belleza, estereotipo propuesto por nuestros medios de comunicación y sociedad, lo que deja al adulto mayor como un grupo marginado.^{3,13,14}

Si existe el apoyo social como las oportunidades para la educación y el aprendizaje se podrán ir mejorando la salud y la productividad en los adultos mayores.

Cabe destacar que los individuos con mayor nivel de educación tienen menos probabilidades de estar desempleados y más oportunidades de obtener una ocupación con mayores ingresos y mejores condiciones de vida; en contraste, las clases sociales menos favorecidas, viven la peor epidemia de nuestro tiempo: la desigualdad social.^{15, 16}

Otro problema de tipo social es la baja autoestima que presenta el adulto mayor. La depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con

frecuencia en una persona, tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos de sueño o cambios drásticos de humor. En el caso del adulto mayor que se enfrenta al envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social en este grupo de personas, sintiéndose como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia. Se han encontrado alguna de las variables asociadas a la depresión en los adultos mayores como son: ser mujer, estar separado (a), la viudez, el nivel socioeconómico bajo y el insuficiente apoyo social.¹⁷

1.3.3 Desigualdad cultural

Las desigualdades entre hombres y mujeres han existido durante mucho tiempo en la mayor parte de las sociedades alrededor del mundo. Las características biológicas de los individuos, se han utilizado como base para atribuirles ciertos comportamientos, actitudes, roles, capacidades y posiciones en la sociedad; es decir, se han construido géneros, masculino y femenino, que implican formas diferenciadas de vivir para los hombres y mujeres. Estas atribuciones y diferentes formas de vivir se han llegado a justificar como “naturales” aunque en realidad no lo son.

Esto ha originado que en muchas sociedades se construyan de manera jerárquica y basada en las creencias sobre la superioridad de un sexo y la inferioridad del otro, son sociedades en donde las relaciones de poder son desiguales entre hombres y mujeres, y donde los hombres la mayor parte de las veces han ocupado una posición dominante. Estas desigualdades han propiciado que las mujeres ocupen un papel de subordinación.¹

Las desigualdades hacen difícil la situación de la mujer adulta actualmente en México, ya que es el producto acumulado de los años y la última etapa de la vida. El rol social de las mujeres, tienen características específicas que las orientan a realizar actividades dentro del espacio doméstico y prácticamente fuera del mercado laboral en una gran mayoría de los casos. Los roles de generaciones de

mujeres en edad avanzada estaban concentrados principalmente en la reproducción biológica y social.¹⁸ La desigualdad ha permanecido por un problema cultural en la que se menosprecia y se ve como un grupo vulnerable y frágil a la mujer. El género femenino en cuestión de la vejez se vuelve crónico cuando se le agrega los elementos de pobreza y enfermedad; aumentándole ese papel tradicional como “cuidadoras de la familia”.^{9, 19}

El envejecimiento en la población mexicana en la actualidad se considera tener rostro de mujer, pues tiene mucho que ver el rol fundado en el género, lo común era prepararse para ser madres, las cuidadoras del hogar y pasan a ser un término de olvido, maltrato o hasta de estorbo en la familia.¹⁸

1.3.4 Desigualdad económica

Los adultos mayores son víctimas de una condición de vulnerabilidad, reflejo de sus rasgos personales, del contexto de crisis económica y de una percepción social sobre lo que implica envejecer;² también la escasez de recursos económicos restringe muchas veces las posibilidades que tienen para afrontar y superar sus limitaciones.¹¹

Es de suma importancia mencionar que el estado de salud, los pocos recursos económicos y el envejecimiento, son tres elementos que se retroalimentan y son un impedimento para poder salir de la situación de pobreza.¹¹

La percepción de la desigualdad en ingresos por parte de los individuos en la peor situación conlleva en ellos la aparición de estrés, frustración, depresión, ansiedad; es decir, toda una serie de consecuencias psicosociales con gran riesgo para la salud.¹⁵ También hay que señalar que las pensiones son la primera manifestación de seguridad social.¹³

Muchas personas mayores (sobre todo mujeres que viven solas), no tienen suficientes ingresos garantizados, esto incide negativamente sobre su salud e independencia. Los más vulnerables son los que no tienen bienes, cuentan con

ahorros escasos o inexistentes, carecen de pensión o subsidios de seguridad social o simplemente pertenecen a familias con ingresos bajos o no garantizados.⁹

Durante la etapa del adulto mayor, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable desde el punto de vista económico. Dado que la vejez es una etapa de la vida caracterizada por la disminución de actividades y en gran medida las laborales, implican también una disminución de los ingresos.⁸

1.4 Salud en la vejez

Uno de los grandes problemas que se plantea el fenómeno de envejecimiento es la salud del adulto mayor. La salud es vista como un bien común, ésta ha sido y será uno de los grandes retos para la sociedad. La salud es un bien posible de poseer y cuidar, la salud es algo importante a tal grado que cuando ésta se pierde y se manifiesta en dolor, enfermedad o amenaza la muerte, la felicidad es imposible y todo lo demás se vuelve secundario o se torna insignificante.²⁰

A partir de 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), replanteó el concepto de salud de acuerdo a esta concepción. Su definición hace referencia a un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”.²¹ Ante este concepto existe controversia en lo que concierne al “completo bienestar”, esta definición es utilizada porque recupera el concepto integral de salud, donde diferentes actores (individuos, poblaciones e instituciones encargadas de brindar los apoyos y acciones necesarias) intervienen para mantener un nivel de salud adecuado.

La salud en los adultos mayores es un ámbito específico de la gran esfera de cambios que experimenta el individuo a nivel individual y como elemento poblacional. La salud como proceso dinámico guarda estrecha relación con el ambiente donde el individuo crece, se desarrolla y adapta. Esto permite ver en diferentes regiones del país diversas representaciones del proceso de salud y enfermedad.

La salud es, por consiguiente, uno de los elementos primordiales del bienestar de la población y constituye uno de los ámbitos susceptibles de modificarse durante el proceso de envejecimiento. En el adulto mayor implica una carga por morbilidad y comorbilidad importante que en consecuencia lleva a un deterioro funcional, lo que hace que la discapacidad acompañe al adulto mayor.

La salud del adulto mayor demanda no solo la acción de la familia, sino también de los prestadores de los servicios de salud. La aparición de las enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan al grupo de los adultos mayores empieza a incidir en la demanda de servicios de salud debido a su alto costo y plantean un cambio gradual en el perfil de los recursos físico y humanos.

Las diez enfermedades sistémicas más comunes observadas en adultos funcionalmente independientes son la artritis, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión, problemas de salud mental, osteoporosis, enfermedad de Parkinson y los accidentes cerebrovasculares.^{22, 23}

1.5 Salud bucal en la vejez

La boca no escapa a los efectos del envejecimiento y se ha tratado de establecer un vínculo con otros padecimientos. Datos epidemiológicos de este grupo poblacional muestran a través de su historia y salud el tipo de atención recibida a lo largo de las fases de su vida. Estos individuos presentan en general un gran número de dientes perdidos y necesidad de rehabilitación.

Los estudios epidemiológicos clásicos realizados en el área de la salud bucal han ofrecido información sobre las condiciones bucales y las necesidades de tratamiento de las diferentes poblaciones, apuntando a la caries y a las enfermedades periodontales como las enfermedades de mayor prevalencia en la cavidad bucal, siendo éstas las responsables de la pérdida dental entre los sujetos. Así mismo la práctica hegemónica favorece la extracción dentaria como solución para aliviar el dolor entre los grupos con bajo nivel socioeconómico.

Las generaciones que nos han precedido y que han sido los adultos mayores que hemos conocido tuvieron acceso muy limitado a los servicios de salud, crecieron en épocas de escaso desarrollo científico y tecnológico de la Odontología y cuya práctica estuvo en gran medida en manos de empíricos; lo anterior en unión a prácticas social y culturalmente arraigadas como la extracción indiscriminada de los dientes para ser reemplazados por prótesis principalmente totales, llevó a que normalmente se llegara a la vejez siendo desdentado. Alrededor de las condiciones de la boca de los adultos mayores se tejió entonces una serie de concepciones e interpretaciones erróneas como que el proceso de envejecimiento conlleva inevitablemente a la pérdida de los dientes.

Los aspectos bucales propios del envejecimiento y la ausencia de programas dirigidos a los adultos mayores contribuyen a la condición de salud bucal precaria en este grupo poblacional.

En la salud general del adulto mayor, influye mucho la cavidad oral, ya que ésta tiene utilidad como la puerta de entrada de los alimentos, emisora de sonidos, de transmisión verbal de símbolos, y guarda una praxis social incluyendo la autoestima.

La Asociación Dental de Canadá define a la salud bucal como “un estado de los tejidos orales y afines, y las estructuras que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, el bienestar y el disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza”.¹³

Así mismo la Federación Dental Internacional (FDI), en el 2016 propuso la siguiente definición para la salud oral: “La salud bucodental es polifacética e incluye, entre otros aspectos, la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial”.²⁴

La FDI menciona que la salud oral es un componente fundamental de la salud y el bienestar físico y mental, que se inserta en un continuo influido por los valores y actitudes de los individuos y comunidades. Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos esenciales para la calidad de vida y está influida por las experiencias, percepciones y expectativas cambiantes del individuo, así como por su capacidad de adaptarse a las circunstancias.

Los padecimientos bucales más frecuentes que los adultos mayores padecen son caries dental, enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis), pérdida dental, xerostomía, candidiasis, cambios en las mucosas bucales, prótesis mal ajustadas y por ende mala nutrición.

1.6 Autopercepción de salud

Hoy en día podemos conocer mucho sobre la salud de los adultos mayores a través de encuestas, registros e indicadores creados para este propósito. Sin embargo, muchos de ellos sólo toman en cuenta la parte objetiva de la salud y dejan de lado una parte importante de este proceso: el componente subjetivo (autopercepción) que al igual que el componente objetivo de la salud, también es influenciado por factores sociales, culturales y psicológicos que vive el adulto mayor y que los incorpora en el juicio que hace sobre su salud. Por lo tanto, al hablar del aspecto integral de la salud, donde intervienen una infinidad de factores, podemos ver que el componente subjetivo de la salud ha sido una medida importante y muy cercana al estado de salud objetivo de este grupo en particular.

El concepto de salud de los adultos mayores más que en otros grupos de edad, implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social.²⁵

El estudio epidemiológico del envejecimiento se ha abordado de manera convencional, utilizando en primer término, la información de mortalidad y morbilidad hospitalaria con un enfoque limitado a un ámbito de conocimiento

relativamente reducido y que no permite tener una idea clara e integral de las necesidades de salud de las personas mayores.²⁶

El objetivo de medir el estado de salud está relacionado con la evaluación de programas de salud y estas mediciones varían de acuerdo al patrón de salud que se está estudiando. Elaborar una medida del estado de salud bajo el criterio de multicausalidad es bastante difícil, ya que engloba distintos aspectos de la vida del individuo. Una de las técnicas para obtener información acerca del estado de la salud de los adultos mayores, es el autorreporte de salud.

Los estudios llevados a cabo sobre la autopercepción del estado de salud, toman en cuenta diferentes factores y formas de abordarlo, ya sea de manera cuantitativa a través de una encuesta, por medio de estudios de procesos de comparación social o por análisis cualitativo. Por ejemplo, algunos se enfocan en la influencia de experiencias y eventos del curso de vida en la autopercepción de salud.²⁷ Otros se enfocan en las enfermedades crónicas siendo una de las variables más utilizadas para el estudio de la autopercepción de los adultos mayores. Aunque la mayoría de los estudios se enfocan en enfermedades de prevalencia.

El concepto de autopercepción de salud se refiere a un proceso a través del cual los adultos mayores captan información acerca de su entorno y la transforman en experiencias. Algunas de éstas recuperadas del pasado y otras más actuales, se organizan para construir y al mismo tiempo describir una situación real, como es la salud. Dado que la salud medida a través de un autorreporte de salud implica subjetividad, los resultados de que es uno de los indicadores subjetivos más cercanos a la situación de salud entre los adultos mayores, tiene gran importancia y utilidad.

La autopercepción de la salud es la interpretación del estado de salud y las experiencias en el contexto de la vida cotidiana. Se basa en la información y el conocimiento acerca de la salud y la enfermedad, los cuales pueden estar influenciados por aspectos sociales, culturales, psicológicos, edad, ingresos, sexo y por los valores personales. La percepción es el proceso por el que cada

individuo connota de significado al ambiente, es decir, a la acción y al afecto de percibir; recibir por algunos de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones o conocer algo; puede hacer referencia a un conocimiento, una idea o una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos. La percepción de la salud bucal proporciona más información acerca de cómo una determinada enfermedad afecta la vida de un individuo, en lugar de las mediciones objetivas de esta enfermedad.^{28, 29,30}

La sensación de control, el apoyo social, el estrés crónico, y la satisfacción de vida son factores pronósticos de la autopercepción de la salud bucal.

No está fuera de contexto sugerir que estos factores pueden ayudar a explicar las diferencias socioeconómicas en la autopercepción de la salud bucal y por qué permanecen después de controlar los niveles de la enfermedad. Uno de los factores psicosociales que aún no se ha examinado con respecto a la autopercepción de la salud bucal es la autoestima. Marmot³¹ sugiere que las desigualdades de oportunidades, las oportunidades de vida y los logros, son acompañados por las desigualdades de respeto y autoestima.

Existe una relación entre la autoestima y la autopercepción de la salud bucal. Si se tiene una baja autoestima “causa” baja autopercepción de la salud bucal, y si no es así provoca una autopercepción de la salud bucal que contribuye a una baja autoestima.³¹

El uso de los servicios dentales y la educación recibida se asocia con la autopercepción de la salud bucal positiva, ya que como usan los servicios dentales tienen información de cómo prevenir los problemas asociados a la salud bucal.³⁰

1.7 Calidad de vida

La aparición del concepto de calidad de vida como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60's hasta convertirse hoy en un

concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.³²

Actualmente existe una falta de consenso sobre la definición de este constructo y su evaluación.

El término “calidad de vida” surge tras el fin de la segunda guerra mundial, fue utilizado para referirse al tipo de vida que condicionaban las minusvalías de las víctimas de la guerra. También se plantea que el vocablo fue popularizado en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial y donde hacía el análisis sobre los consumidores.³³ Desde entonces han suscitado interés científico y político el análisis del bienestar poblacional.

En un nivel teórico general, la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos, el cual incluye diferentes dimensiones como son: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno. De tal forma que la calidad de vida se ve modelada por la confrontación permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos o de deterioro para el desarrollo vital humano.³⁴

La complejidad conceptual para definir calidad de vida y las múltiples dimensiones que involucra conducen a que el término sea usado de formas diversas. El término ha cobrado importancia ya que el número de años de vida de la población ha aumentado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y de su tratamiento.³⁵

La OMS definió, la calidad de vida como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en

los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. Se trata de un concepto subjetivo propio de cada individuo, en el que influye en forma importante por el entorno en el que se vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores. Un término multidisciplinario y dinámico que requiere de aclaraciones constantes ya que puede ser analizado desde diversas posturas ya sea en el contexto social o situaciones propias de las ciencias biomédicas y en la práctica profesional de la atención de la salud, desde el punto de vista de necesidades básicas y sus correspondientes satisfactores.³⁶

Recientemente la calidad de vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, así como, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.³⁷

Los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero básicamente podrían englobarse en dos tipos: enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, actividades recreativas, etc); psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, enfoques cualitativos que adoptan una postura de escuchar a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas, cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

Así pues, la calidad de vida es una categoría multidimensional donde se concibe al ser humano inmerso dentro de sociedad enmarcada en un lugar determinado (físico e histórico) y un capital cultural que ha adquirido mediante socialización;

ambos elementos regulan e incluso limitan las concepciones del mundo del sujeto. Desde esta arista, el sujeto se ubica para evaluar en forma más o menos consiente lo que le acontece y, sin duda, no es sencillo, puesto que aquel proceso se encuentra mediado por una cantidad de factores anexos a los globales: el nivel evolutivo, la comparación con otros, su historia personal, el momento actual, las expectativas futuras, etc. Todo ello se conjuga y permiten que el sujeto a cada momento de la vida, la conciba de cierta forma, y lo experimente de acuerdo con dicha evaluación. Así mismo, la calidad de vida se ha planteado desde una evaluación mediada por una multiplicidad de factores, dentro de los cuales no se pueden obviar las características personales y la forma de concebir el mundo, que a la vez está mediada por el proceso de socialización y la cultura en la cual se desenvuelve y lo regula.³⁸

La calidad de vida en el adulto mayor significa tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él. A diferencia de los jóvenes y adultos, la pirámide de necesidades para el adulto mayor requiere una especial consideración o adecuación, reubicando las necesidades de amor y afecto, principalmente en el primer nivel, conjuntamente con la llamada necesidades básicas (alimento, amor, afecto, etc.).^{39,40}

La salud con respecto a la calidad de vida es un concepto multidimensional que representa una combinación de absoluta salud, percepción actual o potencial de salud y/o incapacidad y que contempla a la salud bucal, por lo que debe ser examinada como parte de la salud general. El concepto de salud tiene íntima relación con el de calidad de vida y éste con el concepto de salud bucal.⁴¹

En los últimos años la medición de la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en la medida estándar en ensayos clínicos para evaluar la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas

tradicionales de mortalidad y morbilidad. Además de ser un indicador útil para evaluar el resultado de programas de atención a la salud.⁴²

1.7.1 Calidad de vida y salud bucal

Las enfermedades orales figuran como un problema universal, sin embargo, su prevención y tratamiento no representan una prioridad para los encargados de formular políticas de salud, ya que rara vez ponen en peligro la vida de los individuos. Estas enfermedades pueden afectar el funcionamiento físico, social y la autoestima impactando significativamente en la vida de las personas tanto a nivel social como psicológico.

Cohen y Jago⁴³ sostienen que la mayor contribución de la odontología es la mejora de calidad de vida mediante la prevención y el tratamiento de las enfermedades orales.

El estado de salud bucal es tradicionalmente medido por indicadores clínicos que reflejan las condiciones en la que se encuentra la boca. Por ejemplo, el estado de la dentición se mide por el número de dientes cariados, perdidos y obturados. Este indicador, al igual que la mayoría de los demás indicadores se basa en un modelo médico que hace hincapié en el proceso biológico y patológico de la enfermedad. Una de las limitantes de estos indicadores es la omisión de las dimensiones sociales de la salud bucal.

La experiencia del dolor provocado por un absceso dental, problemas para comer y masticar, la pérdida dental, daños en el color o apariencia dental pueden afectar las actividades diarias, autoestima y bienestar de los individuos. La interrelación entre la salud bucal y la salud en general es particularmente más pronunciada entre el adulto mayor. La salud bucal deteriorada puede incrementar los riesgos de la salud en general y puede comprometer la masticación y las habilidades para comer que afectan el estado de la nutrición.⁴⁴ De manera similar las enfermedades sistémicas pueden incrementar el riesgo para las enfermedades orales, el flujo

salival disminuido, así como una alta prevalencia en las terapias de multi-medicación puede alterar el sentido del gusto y del olfato.⁴⁵

En la actualidad el porcentaje de edentulismo entre los adultos mayores ha disminuido considerablemente, esto se traduce en un incremento en la demanda de atención dental, especialmente entre las personas mayores, ahora hay una mayor necesidad de prevención, diagnóstico y necesidades de atención odontológica de tipo restaurativo, debido en gran parte a la combinación de aumento de la esperanza de vida y una mayor retención de dientes.

Los principales objetivos del cuidado dental son prevenir y tratar las enfermedades, restaurar los daños de tejidos y aliviar los síntomas, creando así las condiciones necesarias para mejorar la función y la calidad de vida. Aunque la evaluación clínica del paciente sigue siendo una importante consideración a evaluar, los resultados de la atención dental, también deben tratarse desde el punto de vista subjetivo de la salud, ya que resulta información valiosa para la comprensión y el impacto de los servicios dentales en el estado de la salud bucal.

El enfoque cualitativo de la salud relacionado con la medición de calidad de vida consiste en medir el sentido y el significado de la salud y la enfermedad de las personas sobre la calidad de vida.⁴⁶ Este enfoque explora, cómo un individuo hace construcciones de los fenómenos subjetivos sin una idea preconcebida de sus dimensiones o dominios. Esta escuela de pensamiento refleja las opiniones fenomenológicas que sostiene relación con la salud. La calidad de vida depende de la interpretación y la percepción del individuo y la inclusión de temas en escalas de medición es inapropiada porque no captura la subjetividad de seres humanos y los procesos de interpretación.

Algunos autores sostienen que el enfoque cuantitativo es inadecuado en el área de la salud bucal con relación a la calidad de vida porque a menudo los temas que se incluyen en las escalas son cuestionables.^{47,48} Se ha hablado sobre la validez del contenido. Así mismo, se ha sugerido que el empleo de baterías de preguntas

y respuestas puede sobreestimar el impacto del estado de salud en la calidad de vida.⁴⁹

¿Cómo llegaron estos investigadores a sus conclusiones, al evaluar una entidad intangible como lo es la calidad de vida?; sobre todo si cada individuo tiene distinta perspectiva sobre su calidad de vida; mientras algunos creen que una solvencia económica garantiza una “buena vida”, para otros la salud física es lo ideal, mientras que para muchas personas el afecto de sus seres queridos es suficiente, ¿Cómo fue posible medir la calidad de vida una persona?

La medición implica desde un punto de vista semántico asignar un valor a una observación de acuerdo con una escala de valores. Las mediciones físicas (altura, peso, profundidad de bolsa, etc) no exenta de errores inherentes, es cualitativamente diferente a la medición de entidades abstractas como la salud o el bienestar, que al no ser observables desde un punto de vista físico requieren el uso de indicadores que reflejen la entidad subyacente.

Existen algunos instrumentos que se han diseñado para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida. Entre las medidas genéricas de calidad de vida sin duda las dos que dominan el campo son el EuroQol⁵⁰ y el formato corto 36, mejor conocido como el SF-36⁵¹, el **índice ODP** diseñado por Leao ATT y Sheiham A en 1995,⁵² así como el The Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI).⁵³

1.7.2 Geriatric/ General Oral Health Assessment index (GOHAI)

Este instrumento fue desarrollado por Atchinson y Dolan de las Universidades de California y Florida, respectivamente.

Se basó en tres supuestos:

- 1) La salud bucal puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente.

- 2) Los niveles de salud varían entre los pacientes y que ésta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción del paciente.
- 3) La autopercepción ha sido identificada como predictora de la salud bucal.

Este instrumento puede ser aplicado por el personal sanitario no odontológico y ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad en la detección de necesidades del tratamiento bucodental, así como una excelente efectividad en pacientes adultos y también en edades más jóvenes.⁵⁴

Este utiliza un cuestionario de 12 preguntas que mide preocupación por la boca, dificultad al masticar, tragar, relaciones sociales y dolor e incomodidad.

Los reactivos han sido seleccionados para reflejar los problemas que afectan a las personas en tres grupos:

- 1) Función física: masticación, deglución y habla.
- 2) Función psicosocial: preocupación por su salud bucal, insatisfacción por su apariencia y limitación de su contacto con la sociedad.
- 3) Dolor e incomodidad: el uso de medicamentos para aliviar dolor o incomodidad en la cavidad oral.³¹

1.8 Trayectoria de vida

La trayectoria es una categoría con la cual se puede entender al envejecimiento como un proceso que tiene un curso variable y cambiante, que puede ser moldeado y manejado por el sujeto y expresa su propia historia, parte de la postura de que este hecho como proceso individual, social y colectivo, crea interacciones donde la construcción de identidad depende tanto de las racionalidades significativas que cada individuo ha configurado en el curso de su vida como de las influencias que le ha concedido el contexto, las cuales tienen que ver con condiciones socioeconómicas, culturales, religiosas y con la oferta de servicios o beneficios que el estado u otras instancias les brinda en grupos de apoyo formales e informales, de esta manera las trayectorias no están predeterminadas, ni se desvían de un curso conocido sino son construcciones que por ser históricas recogen la totalidad de eventos que los sujetos han experimentado en su ciclo vital con inclusiones o exclusiones y se configuran en un ahora.⁵⁵

Las trayectorias son múltiples, únicas e irrepetibles, estructuradas por la historia de cada sujeto en un contexto determinado, expresan lo que los adultos mayores son hoy, resultado o estructura consolidada de la causalidad de lo que se ha vivido y de la manera como se ha vivido.

La perspectiva del curso de vida aporta importantes elementos para explorar las relaciones recíprocas entre el cambio social y el cambio demográfico. Esta perspectiva incorpora el tiempo y la dimensión temporal como una expresión crucial de la vida social e institucional y como contenido central del proceso de socialización y de la construcción de las biografías, aportando valiosos elementos para comprender la interacción de los diferentes “relojes” que gobiernan el movimiento de los individuos y las familias a través de sus trayectorias de vida en una sociedad cambiante. Algunas de las premisas básicas de este enfoque: (1) ponen de manifiesto que el curso de vida es un proceso compuesto por un entrelazado de complejos dinamismos; (2) reconocen las relaciones recíprocas entre el individuo y el entorno institucional y social; (3) recuperan la historia de los

individuos, sus motivos y elecciones personales y sitúan estos elementos en el centro del análisis; y (4) cuestionan los modelos estáticos, enfatizando la enorme “plasticidad humana” y la capacidad que tienen los individuos para modificar sus comportamientos.⁵⁵

La perspectiva del curso de vida explora la sincronización entre el tiempo individual, el tiempo familiar y el tiempo histórico, buscando integrar los polos de las dicotomías clásicas (por ejemplo, estructura y acción, biografía e historia y procesos del nivel micro y macro). Este enfoque ofrece el potencial para conectar el desarrollo individual y familiar con las grandes estructuras y procesos macrosociales, cada uno operando con su propio marco temporal.

La dinámica del curso de vida emerge en parte del inter juego entre trayectorias y transiciones. Estos dos conceptos, dice Elder, “...representan la visión de largo y corto plazo de alcance analítico. La dinámica del curso de vida tiene lugar en un extenso lapso [una trayectoria de trabajo, de matrimonio, etc.] y evoluciona dentro de un intervalo corto marcado por la transición de eventos específicos [contraer matrimonio o divorcio, entrar o salir de un hogar, etc.]. Las transiciones siempre están articuladas a trayectorias que les dan significado y forma distintiva”. Cabe hacer notar que la noción de trayectoria no prejuzga necesariamente la secuencia o velocidad con que se realizan las transiciones. En consecuencia, la perspectiva del curso de vida reconoce que los individuos pueden evitar algunos estados (como el de la paternidad), dejar o regresar a otros (casarse en primeras o segundas nupcias) y permanecer un tiempo variable en cualquiera de ellos (tales como la duración del período reproductivo).⁵⁶

Desde la teoría de la práctica de Bourdieu, se considera que la posición de un agente en el espacio social, depende del capital global acumulado, entendido como la suma del capital económico, cultural y social.⁵⁷

No se puede entender la práctica social sin entender al mismo tiempo la estructura que la posibilita, y las peculiaridades de la persona que la realiza. Esta persona obra debido a un *habitus*, que es fruto de unas condiciones de existencia

objetivamente enclasables. El *habitus* es una estructura mental que está estructurada por las condiciones de existencia, pero al mismo tiempo estructura los esquemas mentales de las personas que condicionan las prácticas, así como los gustos de las personas que perciben o aprecian las prácticas tanto de su propia clase como de las otras clases, de donde resultan unas prácticas y unas obras que son perfectamente clasificables y dan lugar a estilos de vida diferenciados en base a las prácticas como signos distintivos.

Estos *habitus* reflejan las divisiones objetivas tanto de clases sociales como de grupos de edad y género. Es decir, el *habitus* varía en función de la posición que la persona ocupa en el mundo social, que viene dada por tales propiedades. Al mismo tiempo, los que tienen posiciones similares suelen tener *habitus* similares.

El *habitus* es lo que permite a las personas dar sentido al mundo social. Ahora bien, no se imponen a la persona desde una estructura cerrada y uniforme, sino que existen multitud de *habitus*, lo que significa que el mundo social y sus estructuras no se imponen de una forma predeterminada sobre todos los actores, sino que existe un margen de libertad.

El estilo de vida resultante de las distintas prácticas emanadas del *habitus* —eje en la dialéctica cruzada de radios entre comportamiento de clase objetiva/subjetiva. El estilo de vida, es el resultante de una serie de prácticas de las personas. Sin embargo, en lugar de centrarse en las prácticas, Bourdieu se centra previamente en los condicionantes de tales prácticas: las condiciones de existencia están condicionando un *habitus*, que a su vez induce a unos esquemas generadores de prácticas y unos gustos y éstos condicionan unas prácticas que equivalen a unos estilos de vida. Los estilos de vida ayudan a configurar la clase, al mismo tiempo que son condicionados por la clase.

Bourdieu analiza las prácticas relacionadas con la educación, la cultura, la política. Por cultura se refiere no sólo el denominado «saber culto» por los cultos que emplean éste saber como elemento de dominación, sino que dentro de cultura incluye las distintas formas de comer, divertirse, vestirse, etc., de las personas que

ocupan los distintos lugares de los distintos campos sociales, que van desde el gusto por los objetos más refinados al gusto por los alimentos más básicos para vivir. Además de las condiciones de existencia, un elemento fundamental para entender el estilo de vida es el gusto, pues éste unifica los estilos de vida de las clases, y más en concreto de las fracciones de clase. Al mismo tiempo que los unifica, les diferencia de otras clases y fracciones de clase.

Bourdieu considera que la clase social dispone a las personas a estar motivadas por ciertos tipos de prácticas y desconsiderar otras que para otra clase son lo fundamental, y ello está en relación con las condiciones sociales de existencia en general, consideradas en sentido histórico y no meramente estructural, que fueron configurando su *habitus*. La prueba más evidente de que con un cambio económico no se cambia totalmente, la posición de clase se manifiesta en que los advenedizos son diferentes de los que ya tienen solera: «teniendo millones no se hace a una persona “millonaria”». Esto se demuestra en personas que siendo de clase popular les tocó la lotería y siguen con el mismo estilo de vida que antes, si bien ahora satisfacen las necesidades sin tanta preocupación. Así, considera que la preocupación fundamental que diferencia a las clases dominantes es la distinción mediante el gusto estético-ético, que le sirve para diferenciarse de las demás y, al mismo tiempo, para diferenciarse entre las distintas fracciones. Lo mismo ocurre con las clases medias y la voluntad cultural; y con las clases populares y los bienes necesarios.

Una clase dominante «constituye un espacio relativamente autónomo cuya estructura se define por la distribución entre sus miembros de las diferentes especies de capital». Por diferentes se refiere a que dentro de la clase dominante existen distintas fracciones que se corresponden con el predominio del capital cultural o del capital económico. Estas diferentes fracciones poseen diferentes estructuras patrimoniales y trayectorias sociales, lo que conlleva diferentes *habitus* y, por lo tanto, diferentes sistemas de elecciones y gustos que se reflejan en diferentes prácticas y sus consecuentes estilos de vida.

Existen distintos capitales que poseen los diferentes grupos sociales y para

entender sus estilos de vida no basta con analizar la situación en el momento presente, es decir, realizar un análisis sincrónico, sino que es necesario realizar también un análisis diacrónico. En este contexto los individuos no se desplazan al azar en el espacio social, por una parte, porque las fuerzas que confieren su estructura a este espacio se imponen a ellos (mediante, por ejemplo, los mecanismos objetivos de eliminación y de orientación), y por otra porque ellos oponen a las fuerzas del campo su propia inercia, es decir, sus propiedades, que pueden existir en estado incorporado, bajo la forma de disposiciones, o en estado objetivo, en los bienes, titulaciones, etc.

De todos modos, puede existir un cambio, un paso de una trayectoria a otra, debido a acontecimientos colectivos como guerras, crisis, etc; o individuales como ocasiones, amistades, protecciones, etc; que comúnmente son descritos como casualidades (afortunadas o desafortunadas). Ahora bien, estas casualidades tampoco son fruto de un puro azar, sino que ellas mismas dependen de la posición social previa; así, la suerte con el capital sólo puede correrla quien ya tiene un capital, las relaciones que se pueden establecer con personas de poder también están mediadas por instituciones en las que pueden darse cuyo acceso es limitado (póngase el ejemplo de reuniones en clubes, familiares, etc.).

Se puede hablar de una trayectoria modal en la clase de origen que hace que los individuos se ajusten de antemano a un destino por dos motivos: sea porque se sientan como «hechos para los puestos que ocupan», es decir, una vocación anticipada al destino objetivo; sea «porque se presentan como tales a los ocupantes de estos puestos —es la cooptación fundada en la inmediata armonía de las disposiciones-».

Incluso más, en caso de existir desclasamiento, bien sea por arriba o por abajo, éste está orientado en las distintas clases en función del capital de origen. Lo cual no quiere decir que no exista un cierto margen para establecer diferencias en las prácticas sociales entre personas provenientes de la misma clase social, si resulta que por otros motivos han tenido inculcaciones educativo-morales distintas. Una práctica se puede explicar como resultado de dos efectos: «por una parte, el

efecto de inculcación ejercido directamente por la familia o por las condiciones de existencia originales; por otra parte, el efecto de trayectoria social propiamente dicho. Esta distinción se impone con evidencia en todos los casos en los que unos individuos originarios de la misma fracción o de la misma familia, y sometidos a unas inculcaciones morales, religiosas o políticas diferentes, se encuentran propensos a unas posturas divergentes en materia de religión o de política a causa de las diferentes relaciones con el mundo social».

Importa aclarar que no sólo se debe observar la trayectoria individual, la más fácilmente visible, sino que también se debe observar la trayectoria colectiva, la cual es más difícil de apreciar. La trayectoria colectiva se refiere al conjunto de una clase o a una fracción de clase que ocupan una posición idéntica. Incluso puede darse el caso de que algunos miembros de una clase pueden «estar embarcados en una trayectoria individual de sentido opuesto a la de la fracción en su conjunto», no estando, por tanto, sus prácticas marcadas por el destino colectivo de su clase de procedencia.

Los distintos campos, se mueven dentro de oposiciones, donde unos son los que dominan y otros son los dominados, y esta dominación se reproduce a través de las trayectorias de clase. Ahora bien, esta dominación y su reproducción, para que se pueda seguir dando de forma ordenada, sin alteración por parte de los dominados, necesita de algún tipo de legitimación, es decir, de creencia basada en el desconocimiento por parte de los dominados de la propia situación en que se encuentran. Para ello los dominantes despliegan un poder simbólico que está esparcido por los otros campos. El capital simbólico comúnmente llamado prestigio, reputación, renombre, «es la forma percibida y reconocida como legítima de éstas —se refiere a las otras formas de capital— diferentes especies de capital».

A lo largo de la vida los individuos pueden desarrollar diversas trayectorias sociales, trayectorias marcadas por la diferencia entre el capital de origen y el capital de llegada (posiciones original y actual en el espacio social). Además, pueden darse discordancias entre las condiciones de adquisición y las de

utilización, esto es, pueden darse malas adaptaciones a una determinada posición social por el *habitus* arrastrado de las posiciones anteriores. Los individuos no se desplazan al azar por el espacio social; su viaje está determinado por las fuerzas que confieren su estructura a este espacio y que se imponen a ellos, y por otro lado, por la inercia que los propios individuos oponen a esas fuerzas, a través de sus propiedades características, existentes en cada estado incorporado, bajo la forma de disposiciones, ya sea en estado objetivo (en los bienes) o culturales que se posean: a un volumen de capital heredado corresponde un haz de trayectorias más o menos equiprobables que conducen a unas posiciones, más o menos equivalentes, estando el cambio de trayectoria frecuentemente ligado a acontecimientos colectivos o individuales. Los agentes se identifican con sus trayectorias y se resignan o contentan con sus posiciones finales en un proceso psicológico inductivo de individualización alentado por la complicidad de los intereses colectivos.

Es posible construir un espacio cuyas tres dimensiones fundamentales estarían definidas por el volumen del capital, su estructura y la evolución en el tiempo de estas dos propiedades (puesta de manifiesto por la trayectoria pasada y potencial en el espacio social). Las diferencias primarias, entre las grandes clases y las condiciones de existencia, encuentran su principio en el volumen global del capital, como conjunto de recursos y poderes efectivamente utilizables, capital económico, capital cultural y capital social.

Debe entenderse como capitales a los poderes que definen las probabilidades de beneficio en un campo, es decir, el concepto de capital se refiere a todo aquello que pueda soportar las acciones que realizan los actores sociales en el campo de la dominación social, como instrumento de apropiación de las oportunidades teóricamente ofrecidas a todos convirtiéndose en una “energía social” susceptible de producir efectos en la competencia social. Pero el capital es, fundamentalmente y ante todo, un principio de jerarquización con dos dimensiones de actuación fundamentales, la económica y la cultural, que construyen un complejo sistema de diferencias y diferenciaciones, activas y pasivas, adquiridas o heredadas

conformadoras de estilos de vida como totalizaciones de las posiciones sociales y su prácticas.

El capital económico es el reconocido habitualmente como capital en su sentido estricto, como medio de apropiación, y se expresa a través del equivalente dinero, símbolo establecido para su representación, estando sujeto a la lógica de la escasez; es el medio para apropiarse de recursos que son vividos como escasos ante una demanda supuestamente infinita, pero existe una dimensión simbólica del capital que es utilizada para la apropiación de los recursos que fijan y definen el sentido de lo social: su lógica es la de la distinción, la diferenciación y su esencia es la desigualdad, la dominación, la violencia simbólica y la imposición de los códigos de la legitimidad. Esta dimensión se concreta en un sistema de capitales particulares como son el capital cultural (volumen de titulaciones y credenciales), el capital social (conjunto de relaciones socialmente útiles) y el capital simbólico (sistema de conocimientos implícitos, signos, rituales y prácticas de honor que producen respetabilidad social).

CAPITULO 2. ESTRATEGIA TÉCNICO-METODOLÓGICA

2.1 Planteamiento del Problema

El envejecimiento de la población es un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad. La sociedad envejece rápidamente; el incremento del número de personas de más de 60 años es el factor poblacional que caracteriza los cambios demográficos actuales. Siendo las mujeres mayoritarias, tienen más posibilidades de llegar a la vejez, periodo en el cual las discapacidades y los problemas de salud son más frecuentes; contribuyendo al aumento de la pobreza en este género.

Los sistemas informales de apoyo y atención a la salud son los más utilizados por los adultos mayores que viven en pobreza, principalmente, debido a la carencia de recursos personales, económicos y sociales para enfrentar las barreras de un sistema de salud que parece no ser sensible a las necesidades de los grupos más vulnerables.

Las personas de edad avanzada y en situación de pobreza son más sensibles a estados de salud precarios. Sus condiciones de vida son menos saludables ya que disponen de menos recursos económicos para cubrir sus necesidades básicas.

Aunque se ha descrito que la salud bucal es un componente fundamental de la salud, hay una brecha entre la concepción y la manera de abordar la misma, ya que se tratan a los problemas orofaciales como patologías aisladas del resto del cuerpo. La salud bucal no es sólo un problema dentario, sino más bien un problema de salud integral del individuo y de la comunidad. Por ende, sin su conservación, recuperación y mejoramiento no es factible alcanzar niveles adecuados de salud general, ya que la patología oral está asociada con otras patologías generales.

La Organización Mundial de la Salud, afirma que generalmente la salud bucal no se contempla como prioridad indispensable en las políticas públicas, ni constituye

parte de las acciones básicas del servicio, por lo que la atención bucal queda restringida al ámbito de la práctica privada.

Existen indicadores que han sido propuestos para medir la magnitud de las alteraciones reales que comprometen la autopercepción de la salud bucal e incluyen medidas subjetivas como el dolor, molestias, problemas estéticos, restricciones de comida, la comunicación, las relaciones afectivas, las actividades diarias y el bienestar psicológico de los individuos, todo esto en un intento para mejorar la salud.

La trayectoria de vida es una categoría con la cual se puede entender al envejecimiento como un proceso que tiene un curso variable y cambiante, la perspectiva del curso de vida aporta importantes elementos para explorar las relaciones recíprocas entre el cambio social y el cambio demográfico. Desde la teoría de la práctica de Bourdieu, se considera que la posición de un agente en el espacio social, depende del capital global acumulado, entendido como la suma del capital económico, cultural y social.

No se puede entender la práctica social sin entender al mismo tiempo la estructura que la posibilita, y las peculiaridades de la persona que la realiza. Esta persona obra debido a un *habitus*, que es fruto de unas condiciones de existencia objetivamente enclasables. El *habitus* es una estructura mental que está estructurada por las condiciones de existencia, pero al mismo tiempo estructura los esquemas mentales de las personas que condicionan las prácticas, así como los gustos de las personas que perciben o aprecian las prácticas tanto de su propia clase como de las otras clases, de donde resultan unas prácticas y unas obras que son perfectamente clasificables y dan lugar a estilos de vida diferenciados en base a las prácticas como signos distintivos.

A lo largo de la vida los individuos pueden desarrollar diversas trayectorias sociales, trayectorias marcadas por la diferencia entre el capital de origen y el capital de llegada (posiciones original y actual en el espacio social).

Los capitales (económico, cultural y social) y las condiciones de existencia objetivamente enclasables (*habitus*), que se han adquirido a lo largo de la vida, pueden influir en el estado de salud general, así como el estado de salud bucal y verse reflejado en su estado actual. Por lo anterior surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la construcción que hacen los adultos mayores sobre el estado de salud bucal, tomando en cuenta la estructura de capitales que se interrelacionan en sus trayectorias de vida y que se traducen en términos de prácticas de salud?
- ¿Cómo las diferentes dimensiones (gustos, prácticas, estilos de vida) experimentadas durante la trayectoria de vida construyen la autopercepción de salud bucal en los adultos mayores?

2.2 Justificación

En México existen muy pocos estudios que hablan sobre la trayectoria de vida y autopercepción de la salud bucal en adultos mayores; la mayoría se centra hacia el curso de las enfermedades, resultados de tratamiento, diagnóstico, desarrollo y tratamiento de enfermedades.

Es de suma importancia mencionar que la población de adultos mayores, principalmente los que viven en la pobreza, han recibido muy poca atención por parte de los investigadores, prestadores de servicios y diseñadores de políticas públicas.

Una forma de abordar el estudio de las trayectorias de vida es a través del habitus que es el resultado de la estructura estructurada y estructurante en la que se desarrollan los individuos.

Desde la interioridad de los adultos mayores, las lógicas de pensamiento que guían sus acciones sociales se pueden conocer los capitales que se encuentran involucrados (económico, social y cultural) y explicar sus interacciones en su vida cotidiana pretendiendo darles sentido e interpretarlas en términos de autopercepción, para brindar aportes que orienten las acciones políticas, sociales y los desarrollos disciplinares en el campo de la salud bucal, de tal forma que se favorezca un proceso de envejecimiento con mejores condiciones de vida que privilegie la dignidad humana y la garantía de los derechos.

Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Indagar la autopercepción y prácticas de salud bucal que construyen los adultos mayores posicionándose en un marco relacional de capitales que permita explorar su trayectoria de vida.

2.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Determinar el estado de salud bucal a través de indicadores clínicos para medir estado de la dentición, estado periodontal, edentulismo, uso de prótesis, estado de la articulación temporomandibular, maloclusiones y presencia de lesiones de la mucosa bucal.
- ✓ Determinar la autopercepción del estado de salud bucal a través del GOHAI.
- ✓ Identificar la contribución de los capitales (cultural, social y económico) que construye el adulto mayor en relación a la autopercepción de la salud bucal.

Recurso metodológico

Tomando como base los objetivos antes expuestos, este trabajo se apoya en una metodología que incluye una fase cuantitativa y otra cualitativa.

2.4.1 Fases para el desarrollo cuantitativo

2.4.1.1 Tipo de estudio

Transversal analítico

2.4.1.2 Universo de estudio

Población femenina de 60 años y más de la CDMX

2.4.1.3 Selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron dos muestras divididas por estrato socioeconómico:

Posición socioeconómica alta (PSEA)

Son residentes de un hogar para mujeres en soledad, ubicado en la Ciudad de México, el cual fue fundado desde 1964 por un grupo de ex alumnas del Colegio del Sagrado Corazón de la Ciudad de México. No hay una edad fija para que las mujeres ya sean solteras o viudas, puedan ser admitidas, ya que el requisito principal es que sean mujeres en soledad, las cuales deben acudir por su propia voluntad, la religión es católica sin embargo no es un requisito para ingresar.

Dentro de la residencia hay actividades recreativas, que se organizan entre la directiva y las religiosas, las cuales incluyen: gimnasia, cine los sábados, conferencias, convivencias y un jueves del mes se hace una reunión entre todas.

Posición socioeconómica baja (PSEB)

Son mujeres residentes de un centro de asistencia e integración social. En estos centros se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres adultos, así como a personas de la tercera edad en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad. En estos centros se brinda alojamiento, alimentación, atención médica, psicológica, psiquiátrica y gericultura, así como talleres de capacitación para el trabajo, educación, actividades recreativas, deportivas y culturales.

2.4.1.4 Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**

Residentes dentadas o desdentadas que quieran participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión**

Señoras cuya condición de salud, física o mental les impida contestar la entrevista o la realización del examen clínico bucal.

2.4.1.5 Definición operacional y escala de medición de las variables

Variables sociodemográficas

- **Edad:** Años de vida cumplidos hasta la fecha de la entrevista. La información será obtenida en forma directa a través del interrogatorio. Se registra en años.
- **Estado Civil:** Condición social. La información se registra como: casado, soltero/divorciado, Viudo.
- **Lugar de nacimiento:** Lugar donde nació. Se registra como: Ciudad de México, Interior de la República Mexicana, Extranjero.
- **Sabe leer y escribir:** Si el sujeto tiene la capacidad de leer y escribir: sí, no.
- **Nivel de escolaridad:** Grado máximo de estudios alcanzado. La información se registra como: Educación Básica, Media, Superior.
- **Fuente de ingreso:** Percepción de ingresos económicos. La información se registra como: sí, no.
- **Percepción de salud:** Apreciación del estado de salud. Se registra como: Excelente, Buena, Regular, Mala.

- **Utilización de los servicios de salud bucal:** Asistencia al dentista en el último año. Se registra como: sí, no.

Variables dentales

- **Edentulismo:** Ausencia de todos los dientes naturales por cualquier causa (caries, traumatismo, enfermedad periodontal, etc.) en ambas arcadas. La información fue obtenida al momento del examen clínico por el observador y se registra como sí, no.
- **Estado de la dentición:** Promedio de dientes cariados, perdidos y obturados. Se registra de acuerdo al índice CPOD (Anexo1).
- **Dientes sanos:** Promedio de dientes sin presencia de caries. Se registra de acuerdo al examen clínico.
- **Dientes funcionales:** Número de dientes sanos no indicados para extracción, que no presenten movilidad y que no sean causa de dolor a la persona. Información obtenida por observación directa.
- **Higiene oral:** Se entiende como la acumulación de placa y cálculo, usando las superficies vestibular y lingual de todos los dientes. Se registró la placa dentobacteriana según el índice de higiene oral simplificado, que considera seis dientes para representar toda la boca. (Anexo 2)
- **Enfermedad Periodontal.** Se entiende como estado de salud periodontal y se medirá a través del Índice Periodontal Comunitario. (Anexo 3)
- **Uso de prótesis removible:** Es la utilización de cualquier aparatología protésica que sustituya los dientes y estructuras asociadas en una arcada parcialmente edéntula y que puede ser removida de la boca por el usuario. Se indicó la presencia de ganchos en superficies radiculares. La información fue obtenida por observación directa del examinador. Se registra de acuerdo a la presencia o ausencia.
- **Uso de prótesis total:** Es la utilización de aparatología protésica que sustituya todos los dientes de una o ambas arcadas y los tejidos asociados. La información fue obtenida por observación directa del examinador. Se registra como superior, inferior o ambas.

- **Funcionalidad de las prótesis:** Es la correcta función de la(s) prótesis de acuerdo a la estabilidad, retención, defectos y oclusión. Se registra de acuerdo a la exploración clínica.⁵⁸ (Anexo 4)
- **Articulación temporomandibular:** Presencia de alguna alteración en la articulación temporomandibular y se registra como normal, chasquido, bloqueo autocorrectivo, dislocación, dolor relacionado con la articulación por exploración directa.
- **Maloclusiones:** Alguna alteración en la oclusión y se registrará como ninguna, leve, moderada, severa.
- **Presencia de lesiones:** Presencia de alguna lesión en tejidos duros o blandos y se registra como sí, no.

Calidad de vida

- **Calidad de vida en relación con la salud bucal:** Percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como el estado de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural. Esta variable se medirá a través del GOHAI .^{59, 60}(Anexo 5)

2.4.1.6 Recolección de la información

Se realizaron entrevistas a las residentes con la finalidad de recabar datos sociodemográficos, y de utilización de los servicios de salud bucal, y la autopercepción de salud bucal con el GOHAI. Posteriormente, se realizó el examen clínico con el sujeto sentado en una silla, espejo número 5 (reflexión frontal) y sonda IPC (tipo OMS).

2.4.1.7 Procesamiento de la información

La información se codificó y capturó para ser analizada con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 20.

2.4.1.8 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra estudiada a partir de los datos sociodemográficos, percepción de salud, asistencia al dentista, estado de salud bucal (estado de la dentición, estado periodontal, edentulismo, uso de prótesis, articulación temporomandibular, maloclusiones y presencia de lesiones) y auto percepción de salud bucal a través del GOHAI.

Se construyó un modelo de regresión logística con el GOHAI utilizando un punto de corte a 45 puntos, ajustando por edad, percepción de salud, salud, lugar de residencia, sabe leer y escribir, estado de la dentición, edentulismo y funcionalidad de las prótesis.

Análisis de la salud bucal como variable latente

El estado de salud bucal se consideró como una variable latente para los adultos mayores dentados debido a que es una variable integral que no puede ser medida directamente y debe ser inferida a partir de un conjunto de variables explicativas observadas (higiene oral, dientes sanos, experiencia a caries dental, dientes perdidos, dientes obturados, presencia de sangrado, presencia de cálculo y enfermedad periodontal) para estimar la variable latente. Se estableció el percentil 25 para un bajo número de dientes sanos (≤ 3 dientes). El percentil 75 como punto de corte definido para clasificar a las mujeres con alta experiencia a caries (≥ 2 dientes), perdidos (≥ 20 dientes) y obturados (≥ 11 dientes).

Para la determinación de la tipología del estado de salud bucal, no se incluyó a las mujeres adultas mayores edéntulas, considerando que por sí solas representan una clasificación.

Se utilizó el análisis de clases latentes debido a que es una técnica estadística que permite estudiar la existencia de una o más variables latentes a partir de un

conjunto de variables explicativas observadas y definir una clasificación o tipología (clases latentes) de los individuos analizados.⁶¹

El análisis de datos para los modelos de clases latentes se realizó mediante el programa Mplus versión 5. La elección del modelo en términos del número de clases para salud bucal se determinó aumentando progresivamente su número y contrastando los resultados con los de cada modelo posterior mediante el estadístico Lo, Mendel, Rubin (LMR), donde la presencia de una probabilidad no significativa ($p > 0.05$) sugiere que el modelo anterior (con un menor número de clases) es preferible. Para evaluar la bondad de ajuste del modelo se utilizó una combinación de Criterios de Información de Akaike (CIA) y el Criterio de Información Bayesiano (CIB), así como los valores de entropía para obtener más información sobre el ajuste del modelo. Aunque no existe un umbral estándar para evaluar la entropía, valores cercanos a 1.0 son los más deseables.⁶² Finalmente, los modelos se interpretaron en términos de su coherencia teórica y práctica, seleccionando al modelo que fuera lo más parsimonioso posible.

Se utilizó un modelo de mezclas múltiples de grupos para caracterizar la estructura de salud bucal de las mujeres adultas mayores con PSEA y PSEB. La opción Known-Class se utiliza para estimar un modelo de clases latentes con varios grupos. Esta opción toma su nombre del hecho de que se conoce la variable de agrupación (PSEA y PSEB), es decir, se ha observado. Una vez que se obtengan los umbrales en el modelo de cada uno de los grupos se estima si existe diferencia a través de la prueba de Wald ($p < 0.050$).

Fases para el desarrollo cualitativo

Se realizó un estudio interpretativo tomando como base la primera fase del estudio, para seleccionar a las mujeres entrevistadas.

2.4.2.1 Universo y acercamiento a la población

Se incluyó a seis mujeres de manera intencional tres de alta y tres de baja posición socioeconómica.

2.4.2.2 Recolección y análisis de la información

Para la recolección de la información, se utilizaron entrevistas semiestructuradas, con base en una guía diseñada para obtener la información.

Las entrevistas se desarrollaron en el domicilio de los sujetos 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 para luego ser transcrita y analizada.

Dentro de las preguntas guía para la entrevista se sugieren dos temas principales: identificación de capitales a través de la trayectoria y prácticas de autocuidado bucal.

Para explorar la identificación de capitales, las preguntas que incluyeron: ¿qué tan importante es la boca para su salud?, ¿qué significa para usted tener una buena salud bucal?, ¿cómo ha sido su salud bucal a lo largo de su vida?, ¿qué enfermedades bucales sufre o ha sufrido a lo largo de su vida?, ¿usted ha perdido algún diente?, ¿cómo lo o los perdió?, ¿a qué edad perdió sus dientes?, ¿usted cree que el envejecimiento conlleva a la pérdida dental?

Para explorar la práctica de autocuidado la pregunta fue: ¿a través de los años como ha cuidado usted su boca?

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

2.5 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 contó con el consentimiento informado de los sujetos a estudiar. Para seleccionarlos se utilizaron los criterios descritos, tomándose las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo a los sujetos que se examine, considerando que esta investigación se encuentra estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, inciso I: Investigación sin riesgo, ya que sólo se observará el estado de salud bucal de cada sujeto y aplicación de un cuestionario. Se solicitó el consentimiento informado a cada participante (Anexo 5) explicando claramente, que en caso de que no desee participar no tendrá ninguna repercusión, el objetivo del estudio, los procedimientos que se realizarán y que éstos no tienen algún efecto nocivo a su salud. 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...”.

Este trabajo cuenta con las consideraciones éticas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-013) del Sector Salud con relación al respeto por la dignidad humana, y los principios éticos de justicia, beneficencia, no maleficencia, solidaridad y respeto por la autonomía, teniendo en cuenta el consentimiento informado, el compromiso voluntario y consciente de los participantes, la transferencia de conocimientos de la Universidad, el manejo confidencial de la información y la utilización de la misma para los fines exclusivos del proyecto y la devolución de los resultados a los participantes del estudio.

CAPITULO 3. RESULTADOS

3.1 Análisis cuantitativo

3.1.1 Perfil de la población

Se revisó un total de 170 adultas mayores, 54.1% (n=92) correspondió a la PSEA y el 45.9% (n=78) a la PSEB. El promedio de edad fue de 77.3 (± 9.3) años, la edad fue mayor para la PSEA 81.8 ± 6.8 , en comparación con las mujeres de PSEB $71.9 (\pm 9.0)$ (t-Student=13.8, $p < 0.0001$).

En el grupo de PSEA, el 36.9% (n=34) eran mujeres solteras o divorciadas, el 60.8% (n=56) eran viudas y 2.1% casadas (n=2). El 69.6% (n=64) nacieron en zona urbana, el 100% sabe leer y escribir y el 75% (n=69) contó con educación media o superior. Así mismo, el total de estas mujeres tenía algún tipo de ingreso económico. En cuanto a la presencia de alguna enfermedad crónica el 63% (n=58) tenía el diagnóstico de algún padecimiento crónico, el 71.7% (n=66) dijo tener una salud excelente o buena.

En el grupo de PAEB, el 57.69% (n=45) eran divorciadas, el 32.05% (n=25) viudas y el 10.2% (n=8) casadas. El 55% (n=43) eran originarias del interior de la república mexicana. El 87.2% (n=68) tenía educación primaria o eran analfabetas. El 16% (n=13) de este grupo contaba con algún tipo de ingreso. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas el 71.8% (n=56) tenían el diagnóstico y el 47.4% (n=37) mencionaron tener una salud excelente o buena.

La Tabla 1, presenta la frecuencia y distribución porcentual de las características sociodemográficas, presencia de enfermedades crónicas y autopercepción de salud de las mujeres que conformaron el grupo en estudio. Podemos observar que existen diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$) entre PSEA y PSEB en la frecuencia y distribución por grupos de edad, estado civil, lugar de nacimiento, sabe leer y escribir, educación, fuente de ingresos y autopercepción de salud.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, presencia de enfermedades crónicas y auto percepción de salud por posición socioeconómica.

	PSEA (n=92)	PSEB (n=78)	Total (n=170)	valor de p*
	n(%)	n(%)	n(%)	
<i>Edad</i>				
60-74 años	13(14.1)	44 (56.4)	57 (33.5)	<0.001
75-84 años	44 (47.8)	27(34.6)	44 (41.8)	
85 años y más	35 (38.0)	7 (9.0)	27 (24.7)	
<i>Estado civil</i>				
Casado	2(2.2)	8 (10.3)	10 (5.9)	<0.001
Soltero/Divorciado	34 (37.0)	45(57.7)	79 (46.5)	
Viudo	56 (60.9)	25 (32.1)	81 (47.6)	
<i>Lugar de nacimiento</i>				
Urbano	64 (69.6)	35 (44.9)	99(58.2)	0.001
Rural	28 (30.4)	43 (55.1)	71 (41.8)	
<i>Sabe leer y escribir</i>				
Sí	92 (100)	48 (61.5)	140 (82.4)	<0.001
No	0 (0.0)	30 (38.5)	30 (17.6)	
<i>Educación</i>				
Educación primaria	23 (25.0)	68 (87.2)	91 (53.5)	<0.001
Educación media y Superior	69 (75.0)	10 (12.8)	79 (46.5)	
<i>Fuente de ingresos</i>				
Sí	92 (100)	13 (16.7)	105 (61.8)	<0.001
No	0 (0)	16 (83.3)	65 (38.2)	
<i>Enfermedades crónicas</i>				
Sí	58 (63.0)	56 (71.8)	56 (32.9)	0.22
No	34 (37.0)	22 (28.2)	114 (67.1)	
<i>Auto percepción de Salud</i>				
Excelente/buena	66(71.7)	37 (47.4)	103 (60.6)	<0.001
Regular/mala	26 (28.3)	41 (52.6)	67 (39.4)	

*Chi cuadrada de Pearson

PSEA= posición socioeconómica alta.

PSEB= posición socioeconómica baja.

3.1.2 Estado de salud bucal

En la Tabla 2 se pueden observar las condiciones de salud bucal de las mujeres de PSEA y PAEB. La prevalencia de edentulismo fue del 21.8% (n=37) en la población, el porcentaje más alto fue para las mujeres de PSEB con un 67.6% (n=25) en comparación con las de PSEA con un 32.4% (n=12), (p=0.002).

En cuanto al estado de la dentición se observaron diferencias estadísticas significativas en la media de dientes funcionales, dientes perdidos y dientes obturados por posición socioeconómica, siendo la PSEA la que presenta el mayor promedio de dientes funcionales 15.7 (± 8.1), (p<0.001); menos dientes perdidos 10.3 (± 8.0), (p<0.001); y mayor número de dientes obturados 8.4 (± 5.3), (p<0.001).

El índice de higiene oral fue bueno para el 47.0% (n=62) de las mujeres, sin embargo, en la PSEA la higiene fue mucho mejor, el 71.3% (n=57) tuvo una higiene buena en comparación con el 64.4% (n=34) de las mujeres de PSEB que presentaron una deficiente higiene oral (p<0.001).

El estado periodontal de las residentes de PSEA fue mejor, el 55.0% (n=44) de las mujeres presentó un estado sano, en comparación las de PSEB donde el 48.1% (n=25) presentó cálculo, el 5.8% (n=3) bolsas periodontales de 3 y 4 mm y el 11.5% (n=6) bolsas periodontales de hasta 6 o más mm (p<0.001).

Aunado a esto, sólo el 38.2% (n=65) del total de la población utiliza prótesis removibles siendo más frecuente entre las mujeres de PSEA (64.8%, n=59), el 14.1% (n=24) utiliza prótesis totales superiores, 1.2% (n=2) inferiores y 11.2% (n=19) ambas dentaduras, no encontrando diferencias estadísticas significativas entre las dos poblaciones. Sin embargo, en cuanto a la funcionalidad, del total de prótesis revisadas sólo el 40.0% (n=68) eran funcionales, de las cuales el 80% (n=64) de las prótesis removibles funcionaban y 22.2% (n=4) de las mujeres de PSEB cumplían con esta condición (p<0.001).

En cuanto al estado de la ATM el 57.1% (n=97) de la población presentaba una condición de normalidad, el 34.7% (n=59) chasquido y en menor porcentaje

bloqueo autocorrectivo (2.4%, n=4), dislocación (4.7%, n=8) y dolor (1.2%, n=2), no se observaron diferencias estadísticas significativas ente los grupos.

El 66% de la población presentó algún tipo de maloclusión encontrando diferencias significativas entre los grupos de mujeres. No se observó una alta frecuencia de lesiones (7.1%, n=12), sin embargo, las mujeres de PSEB (12.8%, n=10) presentaron mayor cantidad de lesiones, (p=0.007).

Tabla 2. Condiciones de salud bucal por posición socioeconómica.

	PSEA n=92 n(%)	PSEB n=78 n(%)	Total n=170 n(%)	valor de p
Edentulismo				
Sí	12(32.4)	25 (67.6)	37 (100)	0.002*
No	80(60.2)	53 (38.9)	133 (100)	
Estado de la dentición				
	n=80	n=52	n=132	
Dientes sanos				
Media (DE)	7.3(5.5)	9.2(7.3)	8.0(6.3)	0.300**
Mediana (cuartil 25-75)	7.0(3.0-11.0)	6.0(3.0-15.0)	6.5(3.0-12.0)	
Dientes funcionales				
Media (DE)	15.7(8.1)	10.2(7.8)	13.6(8.4)	<0.001**
Mediana (cuartil 25-75)	17.0(8.0-22.0)	9.0(3.3-16.0)	14.5(6.0-20.8)	
Dientes cariados				
Media (DE)	2.0(3.8)	2.0 (3.2)	1.98 (3.5)	0.164**
Mediana (cuartil 25-75)	0.0(0.0-3.0)	1.0(0.0-2.0)	0.0(0.0-2.0)	
Dientes perdidos				
Media (DE)	10.3(8.0)	15.8(7.9)	12.4 (8.3)	<0.001**
Mediana (cuartil 25-75)	10.0(3.0-17.0)	16.5(9.0-23.8)	12.0(1.0-20.0)	
Dientes obturados				
Media (DE)	8.4(5.3)	1.0(2.2)	5.4(5.6)	<0.001**
Mediana (cuartil 25-75)	9.0(3.3-12.0)	0.0(0.0-1.0)	0.0(3.0-10.8)	
CPOD				
Media (DE)	20.6(5.5)	18.8 (7.3)	19.9 (6.3)	0.317**
Mediana (cuartil 25-75)	21.0(17.0-25.0)	22.0(13.0-25.0)	21.0(16.0-25.0)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p
IHOS				
Bueno	57 (71.3)	5(9.6)	62 (47.0)	<0.001*
Regular	17(21.3)	13 (25.0)	30 (22.7)	
Deficiente	6(7.5)	34 (64.4)	40(30.3)	

*Chi cuadrada de Pearson, **U de Mann-Whitney

PSEA= posición socioeconómica alta.

PSEB= posición socioeconómica baja.

Continuación... Tabla 2. Condiciones de salud bucal por posición socioeconómica.

	n (%)	n (%)	n (%)	valor de p
IPC				
Sano	44(55.0)	8 (15.4)	52 (39.4)	<0.001*
Sangrado	12(15.0)	10 (19.2)	22 (16.7)	
Cálculo	23(28.8)	25 (48.1)	48 (36.4)	
Bolsas periodontales (3-4mm)	1(1.3)	3 (5.8)	4 (3.0)	
Bolsas periodontales (6 o más mm)	0 (0)	6 (11.5)	6 (4.5)	
Uso de prótesis parcial removible				
Sí	59(64.8)	6 (7.7)	65 (38.2)	<0.001*
No	32(35.2)	72 (92.3)	104(61.2)	
Uso de prótesis total (Sí)				
Superior	16(53.3)	8 (53.3)	24 (14.1)	0.57*
Inferior	2(6.7)	0 (0)	2 (1.2)	
Ambas	12(40.0)	7 (46.7)	19 (11.2)	
Funcionalidad de las prótesis				
Sí	64(80.0)	4 (22.2)	68 (40.0)	<0.001*
No	16(20.0)	14 (77.8)	30 (17.6)	
Estado de la ATM				
Normal	50 (54.3)	47 (60.3)	97 (57.1)	0.30*
Chasquido	36 (39.1)	23 (29.5)	59 (34.7)	
Bloqueo autocorrectivo	3 (3.3)	1 (1.3)	4 (2.4)	
Dislocación de la ATM	2 (2.2)	6 (7.7)	8 (4.7)	
Dolor relacionado con la ATM	1 (1.1)	1 (1.3)	2 (1.2)	
Maloclusiones				
Ninguna	49 (53.8)	9 (26.5)	58 (34.1)	<0.001*
Leve	36 (39.6)	11 (32.4)	47 (27.6)	
Moderada	4 (4.4)	7 (20.6)	11 (6.5)	
Severa	2 (2.2)	7(20.6)	9 (5.3)	
Presencia de lesiones				
Sí	2 (2.2)	10 (12.8)	12 (7.1)	0.007*
No	90 (97.8)	68 (87.2)	158 (92.9)	

*Chi cuadrada de Pearson, **U de Mann-Whitney
PSEA= posición socioeconómica alta.
PSEB= posición socioeconómica baja.

3.1.3 Salud Oral Relacionada con la Calidad de Vida (GOHAI)

En las Tablas 3 y 4 se puede observar la frecuencia y distribución del GOHAI por posición socioeconómica y dimensión del instrumento. Así mismo, en la Tabla 5 se observa el porcentaje de satisfacción del GOHAI y sus dimensiones, donde podemos ver que las mujeres de PSEA perciben un mejor estado de salud bucal (85.90, DE±14.94) en comparación con las mujeres de PSEB (76.5, DE±11.24), (p<0.001).

En este mismo sentido podemos observar que la función física (p<0.001) y psicosocial (p=0.001) tienen un mayor grado de satisfacción entre las mujeres de

PSEA en comparación con las mujeres de PSEB, sin embargo, estas diferencias no se perciben en la dimensión de dolor e incomodidad.

Tabla 3. Frecuencia de respuesta a las 12 preguntas del GOHAI para las mujeres de posición socioeconómica alta (PSEA).

Dimensión	Pregunta	Siempre n (%)	Frecuentemente n (%)	A veces n (%)	Rara vez n (%)	Nunca n (%)
Función física	1	4 (4.3)	4 (4.3)	5 (5.4)	8 (8.7)	71 (77.2)
	2	9 (9.8)	8 (8.7)	11 (12.0)	8 (8.7)	56 (60.9)
	3	17 (18.5)	4 (4.3)	10 (10.9)	5 (5.4)	56 (60.9)
	4	4 (4.3)	3 (3.3)	5 (5.4)	4 (4.3)	76 (82.6)
Función psicosocial	6	2 (2.2)	1 (1.1)	6 (6.5)	1 (1.1)	82 (89.1)
	7	24 (26.1)	10 (10.9)	9 (9.8)	8 (8.7)	41 (44.6)
	9	8 (8.7)	6 (6.5)	15 (16.3)	10 (10.9)	53 (57.6)
	10	3 (3.3)	2 (2.2)	10 (10.9)	5 (5.4)	72 (78.3)
	11	4 (4.3)	5 (5.4)	5 (5.4)	5 (5.4)	73 (79.3)
Dolor e incomodidad	5	6 (6.5)	4 (4.3)	10 (10.9)	6 (6.5)	66 (71.7)
	8	8 (8.7)	6 (6.5)	15 (16.3)	10 (10.9)	53 (57.6)
	12	1 (1.1)	5 (5.4)	3 (3.3)	7 (7.6)	76 (82.6)

Tabla 4. Frecuencia y distribución de las 12 preguntas del GOHAI para las mujeres de posición socioeconómica baja (PSEB).

Dimensión	Pregunta	Siempre n (%)	Frecuentemente n (%)	A veces n (%)	Rara vez n (%)	Nunca n (%)
Función física	1	10 (12.8)	10 (12.8)	6 (7.7)	4 (5.1)	48 (61.5)
	2	19 (24.4)	11 (14.1)	11 (14.1)	1 (1.3)	36 (46.2)
	3	50 (64.1)	3 (3.8)	11 (14.1)	10 (12.8)	4 (5.1)
	4	9 (11.5)	3 (3.8)	4 (5.1)	1 (1.3)	61 (78.2)
Función psicosocial	6	4 (5.1)	3 (3.8)	6 (7.7)	2 (2.6)	63 (80.8)
	7	54 (69.2)	7 (9.0)	8 (10.3)	4 (5.1)	5 (6.4)
	9	9 (11.5)	12 (15.4)	7 (9.0)	2 (2.6)	48 (61.5)
	10	2 (2.6)	3 (3.8)	8 (10.3)	3 (3.8)	62 (79.5)
	11	3 (3.8)	3 (3.8)	4 (4.1)	3 (3.8)	65 (83.3)
Dolor e incomodidad	5	8 (10.3)	7 (9.0)	11 (14.1)	4 (5.1)	48 (61.5)
	8	0 (0)	1 (1.3)	7 (9.0)	0 (0)	70 (89.7)
	12	4 (5.1)	2 (2.6)	7 (9.0)	2 (2.6)	63 (80.8)

Tabla 5. Media y desviación estándar del porcentaje de satisfacción del GOHAI y sus dimensiones por posición socioeconómica.

	PSEA n=92	PSEB n=78	p*
GOHAI			
Media (DE)	85.9±14.9	76.5±11.2	<0.001
Mediana (cuartil 25-75)	88.3(81.6-97.9)	80.0(68.3-86.6)	
<i>Dimensiones</i>			
Función física			
Media (DE)	84.7±17.50	67.1±14.5	<0.001
Mediana (cuartil 25-75)	90.0(80.0-100.0)	70.0(55.0-80.0)	
Función psicosocial			
Media (DE)	84.5±17.6	76.8±12.5	0.001
Mediana (cuartil 25-75)	88.0(77.0-100.0)	84.0(72.0-84.0)	
Dolor e incomodidad			
Media (DE)	89.6±15.0	88.5±15.2	0.641
Mediana (cuartil 25-75)	100.0(86.0-100.0)	100.0(80.0-100.0)	

***Mann Withney, p<0.05**

PSEA= posición socioeconómica alta.

PSEB= posición socioeconómica baja.

Se compararon las medias del GOHAI por posición socioeconómica y las variables sociodemográficas y se encontraron diferencias estadísticas significativas en el lugar de nacimiento, sabe leer y escribir y escolaridad entre las mujeres de PSEB, así mismo, entre la escolaridad y en la percepción de salud entre las mujeres de PSEA (Tabla 6).

Así mismo, se compararon las medias del GOHAI por posición socioeconómica y las condiciones de salud bucal (Tabla 7). Para las mujeres de PSEA se observó que el promedio fue mayor para aquellas que tenían más de 20 dientes funcionales, menos de 11 dientes obturados, menos de 20 dientes perdidos, once o menos dientes obturados, las que no son edéntulas totales y entre aquellas que sus prótesis son funcionales.

Para las mujeres de PSEB también se observaron diferencias estadísticas significativas, fue mayor el promedio del GOHAI para aquellas no eran edéntulas, y aquellas que presentaban ambas prótesis totales (superior e inferior).

Tabla 6. Media y desviación estándar del GOHAI de acuerdo a las características sociodemográficas y posición socioeconómica.

	PSEA		PSEB	
	GOHAI Media(DE) 51.5 (8.9)	valor de p	GOHAI Media(DE) 45.9(6.7)	valor de p
Edad				
60-74 años	49.0 (13.7)	0.94**	46.1 (6.8)	0.81**
75-84 años	52.0 (7.)		45.7 (7.0)	
85 años y más	51.7 (8.9)		45.1 (5.7)	
Estado civil				
Casado	53.5 (5.6)	0.97**	44.0 (10.5)	0.65**
Soltero/Divorciado	51.4(9.2)		46.7 (6.4)	
Viudo	51.4(9.0)		45.5 (6.4)	
Lugar de nacimiento				
Urbano	51.1(9.2)	0.84*	44.5(6.0)	0.04*
Rural	52.5(8.4)		47.0(7.1)	
Sabe leer y escribir				
Sí	51.5(8.9)	--	44.5(7.1)	0.02*
No	--		48.0(5.4)	
Escolaridad				
Educación primaria		0.01*		0.02*
Educación media y Superior	55.0(6.4) 50.9(9.4)		46.5 (6.5) 41.6 (6.8)	
Fuente d ingresos				
Si	51.5(8.9)	--	43.8(7.8)	0.22*
no	--		46.3(6.4)	
Enfermedades crónicas				
No	51.7(10.0)	0.46*	47.0(4.5)	0.76*
Sí	51.4(8.3)		45.4(7.4)	
Autopercepción de salud				
Excelente/buena		0.005*		0.40*
Regular/mala	50.4 (7.2) 46.7 (11.0)		46.7 (6.7) 45.1 (7.3)	

*Mann Withney, $p < 0.05$

** Prueba de Kruskal-Wallis, $p < 0.05$

PSEA= posición socioeconómica alta.

PSEB= posición socioeconómica baja.

Tabla 7. Media (DE) del GOHAI de acuerdo a las condiciones de salud bucal y posición socioeconómica.

	PSEA GOHAI		PSEB GOHAI	
GOHAI				
Media (DE)	51.54 (8.96)		45.91 (6.75)	p<0.001
Mediana (cuartil 25-75)	53.00(49.00-58.75)		48.00(41.00-52.00)	
Estado de la dentición	Media (DE)	valor de p	Media (DE)	valor de p
Dientes sanos				
>3	53.24(7.42)	0.30*	46.57(7.02)	0.75*
≤3	50.00(10.32)		47.40(6.10)	
Dientes funcionales				
< 20 dientes	49.96(9.68)	0.006*	45.91 (6.69)	0.98*
≥20 dientes	55.14 (5.72)		45.84 (7.67)	
Dientes cariados				
<2	52.27(9.02)	0.62*	46.27(63.95)	0.43*
≥2	52.52(6.91)		47.70(6.41)	
Dientes perdidos				
<20	53.59(7.23)	0.01*	47.77(6.37)	0.18*
≥20	46.50(10.96)		45.45 (7.13)	
Dientes obturados				
<11	50.47(9.47)	0.02*	46.73(6.77)	0.79*
≥11	55.15(5.40)		51.00(0)	
Edentulismo				
Sí	46.16(11.15)	0.018*	43.92 (6.38)	0.03*
No	52.35(8.37)		46.90 (6.76)	
IHOS				
Bueno	53.07(7.33)	0.80**	50.50 (4.37)	0.23*
Regular	52.47 (10.27)		46.53 (8.10)	
Deficiente	52.93 (8.03)		46.69 (6.76)	
IPC				
Sano	52.54 (7.87)	0.22**	46.75 (8.68)	0.64**
Sangrado	55.00 (3.91)		51.00 (0)	
Cálculo	55.13 (6.66)		46.20 (7.47)	
Bolsperiodontales (3-4mm)	47.00(0)		49.66 (4.93)	
Bolsas periodontales (6 o más mm)	0 (0)		50.50 (2.81)	
Usuaría de prótesis removible				
Sí	51.77 (8.06)	0.92*	42.00 (8.50)	0.17*
No	50.90 (8.98)		46.23 (6.54)	
Usuaría de prótesis total				
Superior	47.68 (8.65)	0.99**	40.50 (7.92)	0.07**
Inferior	49.50 (3.53)		0 (0)	
Ambas	46.66 (11.47)		47.42 (5.02)	

Continuación... Tabla 7. Media (DE) del GOHAI de acuerdo a las condiciones de salud bucal y posición socioeconómica.

Estado de la dentición	Media (DE)	valor de p	Media (DE)	valor de p
Funcionalidad de las prótesis				
Sí	53.70(5.85)	<0.001*	44.00 (11.31)	0.72*
No	40.00(11.84)		43.78 (6.20)	
Estado de la ATM				
Normal	51.30 (9.09)	0.56**	45.29 (7.21)	0.13**
Chasquido	52.58 (8.24)		47.08 (5.18)	
Bloqueo autocorrectivo	53.00 (4.58)		38.00 (0)	
Dislocación de la ATM	46.50 (19.09)		50.17 (3.06)	
Dolor relacionado con la ATM	32.00 (0)		30.00 (0)	
Maloclusiones				
Ninguna	51.69 (8.82)	0.37**	47.44 (7.03)	0.95**
Leve	51.05 (8.27)		46.27(6.98)	
Moderada	57.50 (3.0)		46.57 (9.60)	
Severa	40.50 (26.16)		47.00 (4.08)	
Presencia de lesiones				
Sí	40.50 (12.02)	0.10*	44.30 (6.60)	0.19*
No	51.78 (8.81)		46.14 (6.74)	

*Mann Withney, $p < 0.05$

PSEA= posición socioeconómica alta.

** Prueba de Kruskal-Wallis, $p < 0.05$

PSEB= posición socioeconómica baja.

En el modelo de regresión logística se incluyó a las variables: edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, sabe leer y escribir, escolaridad, dientes funcionales, dientes perdidos, dientes obturados y funcionalidad de las prótesis. El GOHAI fue recodificado para obtener una variable dicotómica usando como punto de corte el cuartil 25 de su puntaje (GOHAI; mediana=51.0, cuartil 25-75=44.0-55.0).

El modelo regresión indica que la probabilidad de que una mujer de la muestra presente mala percepción de salud bucal aumenta con el incremento de la edad, el lugar de nacimiento y posición socioeconómica, así como con la funcionalidad de las prótesis.

La interpretación de los coeficientes del modelo en términos de Razón de Productos Cruzados (RPC) en la Tabla 8 podemos inferir que: (1) cuando una mujer de la muestra presenta una edad de entre 75 y 84 años aumenta 15.46 veces la probabilidad de presentar una mala percepción de salud bucal y sólo 6.4

veces cuando se es mayor de los 85 años; (2) cuando las mujeres nacieron en una zona urbana tienen 0.21 veces la probabilidad de tener mala percepción de salud bucal; (3) cuando se vive en condiciones de bajos recursos la probabilidad de que presente mala percepción de salud bucal es de 0.091; y (4) cuando se usan prótesis mal ajustadas, la probabilidad de percibir una mala salud bucal aumenta 0.12. En todos los casos, controlado por las variables del modelo.

Tabla 8. Modelo de Regresión Logística.

Variables	B	Error Estándar	Wald	p	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
Edad							
60-74 años	2.738	1.165	5.657	.059			
75-84 años			5.521	.019	15.458	1.575	151.737
85 o más años	1.858	.999	3.457	.063	6.408	.904	45.413
Lugar de nacimiento							
Urbano							
Rural	-1.562	.786	3.949	.047	.210	.045	.979
Posición socioeconómica							
PSEA	1.211	1.598	.574	.083	.091	.006	1.369
PSEB							
Funcionalidad de las prótesis							
Sí	-2.110	.814	6.715	.010	.121	.025	.598
No							
Constante	-2.205	.939	.048	.827	.815		

3.1.4 Análisis de clases latentes

El modelo de clases latentes para salud bucal en mujeres dentadas (n=133) permitió identificar tres grupos: Clase 1 “Desfavorable” 15.8% (n=21), Clase 2 “Poco Favorable” 25.6% (n=34), y Clase 3 “Favorable” 58.6% (n=78). La bondad de ajuste del modelo con la combinación de Criterios de Información de Akaike (CIA) fue de 1046.169 y el Criterio de Información Bayesiano (CIB) fue de 1121.319, así como la entropía de 0.947.

No se consideró la PSE para clasificar a la salud bucal de las mujeres adultas mayores, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que nos indicara que la PSE estableciera diferencia en la clasificación de la salud bucal (Prueba de Wald=2.329, G.L.=1, p=0.1270).

En la Tabla 9 se presentan las probabilidades condicionales correspondientes a cada componente de la salud bucal entre las mujeres y las pruebas realizadas de bondad de ajuste para la obtención del modelo final de tres clases.

Tabla 9. Bondad de ajuste del modelo y probabilidad condicional asociada con la membresía de clase latente de salud bucal.

Número de clases	CIA	CIB	Entropía	Estadístico LMR
1	1139.387	1162.510	-	-
2	1077.299	1126.435	1.000	<.00001
3	1046.169	1121.319	0.947	.0002
4	1046.741	1147.903	0.967	.0585

Componentes de salud bucal	Probabilidad condicional		
	Clase 1 Desfavorable 15.8% (n=21)	Clase 2 Poco Favorable 25.6% (n=34)	Clase 3 Favorable 58.6% (n=78)
Higiene deficiente	1.000	0.560	0.000
Dientes sanos <=3	0.000	0.620	0.188
Cariados >=2	0.445	0.238	0.358
Perdidos >=20	0.134	0.920	0.000
Obturados >=11	0.000	0.000	0.428
Sangrado Sí	0.101	0.000	0.117
Cálculo Sí	0.991	0.156	0.335
Enfermedad periodontal	0.101	0.113	0.064

CIA: Criterio Información de Akaike, CIB: Criterio de información Bayesiano, LMR: Lo, Mendel, Rubin.

En la Tabla 10 se muestra la frecuencia y distribución del estado de salud bucal, así como las diferencias de acuerdo a las variables en estudio. Con esta clasificación se construyó la variable de estado de salud bucal, la cual incluye cuatro categorías: Edéntulas (21.8%, n=37), Clase 1 “Desfavorable” (12.4%, n=21), Clase 2 “Poco favorable” (20.0%, n=34) y Clase 3 “Favorable” (45.9%, n=78). Se observó diferencia entre la clasificación del estado de salud bucal por PSE ($p < 0.001$), grupo de edad ($p < 0.001$), estado civil ($p = 0.006$), sabe leer y escribir ($p = 0.007$), educación ($p = 0.002$) y fuente de ingresos ($p < 0.001$).

Tabla 10. Frecuencia y distribución del estado de salud bucal de acuerdo a las características sociodemográficas, presencia de enfermedades crónicas y autopercepción de salud.

	Edéntulas	Desfavorable	Poco Favorable	Favorable	p-value*
	21.8% (n=37)	12.4% (n=21)	20.0% (n=34)	45.9% (n=78)	
Posición socioeconómica	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Alta	12(32.4)	0 (0)	14 (41.2)	66 (84.6)	<0.001
Baja	25 (67.6)	21 (100)	20 (58.8)	12 (15.4)	
Edad					
60-74 años	18 (48.6)	12(57.1)	13(38.2)	14(17.9)	<0.001
75-84 años	12(32.4)	7(33.3)	14(41.2)	38(48.7)	
85 años y más	7(18.9)	2(9.5)	7(20.6)	26(33.3)	
Estado civil					
Casado	0(0.0)	1(4.8)	4(11.8)	5(6.4)	0.006
Soltero/Divorciado	15(40.5)	4(19)	21(61.8)	39(50)	
Viudo	22(59.5)	16(72.1)	9(26.5)	34(43.6)	
Lugar de nacimiento					
Urbana	18(48.6)	9(42.9)	19(55.9)	53(67.9)	0.88
Rural	19(51.4)	12(57.1)	15(44.1)	25(32.1)	
Sabe leer y escribir					
Sí	38(81.1)	15(71.4)	23(67.6)	72(92.3)	0.007
No	7(18.9)	6(28.6)	11(32.4)	6(7.7)	
Educación					
Educación primaria	20(54.1)	17 (81.0)	23 (67.6)	31 (39.7)	0.002
Educación media o superior	17 (45.9)	4 (19.0)	11 (32.4)	47 (60.3)	
Fuente de ingresos					
Sí	16(43.2)	3(14.3)	18(52.9)	68(87.2)	<0.001
No	21(56.8)	18(85.7)	16(47.1)	10(12.8)	

Continuación Tabla 10. Frecuencia y distribución del estado de salud bucal de acuerdo a las características sociodemográficas, presencia de enfermedades crónicas y auto percepción de salud.

	Edéntulas	Desfavorable	Poco Favorable	Favorable	p-value*
	21.8% (n=37)	12.4% (n=21)	20.0% (n=34)	45.9% (n=78)	
<i>Auto percepción de la salud</i>					
Excelente/buena	20(54.1)	12(57.1)	18(52.9)	53(67.9)	0.338
Regular/mala	17(45.9)	9(42.9)	16(47.1)	25(32.1)	
<i>Enfermedades crónicas</i>					
Sí	24 (64.9)	19 (90.5)	21 (61.8)	50 (64.1)	0.110
No	13 (35.1)	2 (9.5)	13 (38.2)	28 (35.9)	

*Chi cuadrada de Pearson

3.2 Análisis cualitativo

Para entender la percepción que tienen las adultas mayores, los resultados fueron organizados de acuerdo a las siguientes categorías: identificación de capitales dentro de las trayectorias de vida respecto a la salud bucal y prácticas de autocuidado bucal.

Para explorar la identificación de capitales, se preguntó: ¿qué tan importante es la boca para su salud?, ¿qué significa para usted tener una buena salud bucal?, ¿cómo ha sido su salud bucal a lo largo de su vida?, ¿qué enfermedades bucales sufre o ha sufrido a lo largo de su vida?, ¿usted ha perdido algún diente?, ¿cómo lo o los perdió?, ¿a qué edad perdió sus dientes? y ¿usted cree que el envejecimiento conlleva a la pérdida dental?

Y para explorar la práctica de autocuidado la pregunta fue: ¿a través de los años como ha cuidado usted su boca?

Para el análisis cualitativo se analizó la narrativa de seis mujeres: tres de PSEA y tres de PSEB. A continuación, se presentan algunas de las características generales de cada una de las mujeres incluidas en este análisis. Así mismo, se incluye la clasificación del estado de salud bucal del modelo de clases latentes, (Tabla 11).

3.2.1 Descripción de la población

Caso 1. Posición Socioeconómica Baja: Guadalupe (edéntula)

Mujer de 72 años de edad, soltera, nacida en Veracruz y residente del Distrito Federal. Sin estudios básicos completos, ya que los abandonó al poco tiempo de haber ingresado, aunque sí sabe leer y escribir. Su madre se dedicaba al hogar y su padre fue obrero. Ella se dedicó al hogar y vivía con su hermano. Dentro de sus gustos, su pasatiempo favorito es ver la televisión y ver películas. En la música, le gusta Pedro Infante, José Alfredo Jiménez y Cuco Sánchez. Le gustaría vivir en un lugar confortable de estilo conservador, sin embargo, no tuvo la posibilidad de elegir el sitio, ni los muebles que tiene. No acostumbra a realizar ningún tipo de ejercicio, tampoco realiza ninguna actividad artística, no gusta de los juegos de azar y tampoco le gusta leer.

En cuanto a su estado de salud, ella considera que es mala, y que se encuentra en peores condiciones en comparación con la gente de su edad, pues su estado de salud le afecta para realizar sus actividades diarias. Su estado de salud se ve comprometido con epilepsia e hipertensión y se controla con carbamazepina y metoprolol. Sin embargo, ella refiere que no es suficiente porque a pesar de que sólo acude con el médico a visitas de rutina, no se siente del todo bien.

Su estado de salud bucal tampoco es favorable, perdió los dientes a los 15 años, por decisión de su hermano, que fue quién pagó las “*placas*” que le colocaron, ya que la mayoría de sus dientes estaban dañados y “*no tenía caso ir arreglando sector por sector*”. Le colocaron las prótesis totales superior e inferior, las cuales al momento del examen clínico no fueron funcionales. Refiere que no se limita en cuanto a comer, ya sea blando o duro, que aprendió a utilizarlas y que desde aquél día no le ha dolido nada. Sin embargo, se vio afectada su apariencia física y su autoestima.

Caso 2. Posición Socioeconómica Baja: Teresa (desfavorable)

Mujer de 79 años de edad, soltera, nacida en el Estado de México y residente del Distrito Federal. Contó con estudios básicos de primaria, sin embargo, menciona tener mejores conocimientos para la lectura que para la escritura. Durante su etapa laboral trabajó como empleada doméstica. Su madre se dedicó a las labores del hogar y su padre a la jardinería. Menciona un distanciamiento grande con sus padres. Gusta de la música ranchera y le hubiera gustado tener un hogar propio, pero nunca tuvo esa oportunidad. Acostumbraba caminar porque así ahorra dinero, no realiza ninguna actividad recreativa, tampoco acostumbra leer.

Considera tener una buena salud que le permite realizar todas sus actividades diarias a pesar de presentar cataratas.

En cuanto a su estado de salud bucal no es bueno, empezó a perder sus dientes a partir de los 30 años, menciona que nadie le enseñó a lavarse los dientes y que empezó a cepillarse cuando tenía alrededor de 10 años, esto sólo cuando contaba con pasta y cepillo. Presenta 8 restos radiculares, 5 dientes perdidos, 3 dientes cariados y 16 dientes sanos. Su higiene oral es mala con presencia de cálculo, no usa prótesis y presenta un chasquido en la articulación temporomandibular. Hoy día no se cepilla los dientes ya que no cuenta con pasta y cepillo.

Caso 3. Posición Socioeconómica Baja: Amalia (favorable)

Mujer de 73 años de edad, soltera, originaria del Distrito Federal. Terminó la primaria y sabe leer y escribir. En su etapa laboral realizó labores domésticas, su madre se dedicó al hogar y su padre trabajaba como administrador en el Banco de México. Durante su niñez su abuela (“*Mamá Mariquita*”) estuvo al cuidado de ella y de siete hermanos más, siendo “*Mamá Mariquita*” la encargada de enseñarles los hábitos de higiene oral. Siempre vivió en casa de sus abuelos hasta la edad adulta, después rentaba un cuarto y nunca tuvo oportunidad de comprar sus muebles, aunque le hubiera gustado tener muebles grandes de madera fina. Gusta de los boleros y la música romántica. Le gusta ver telenovelas y platicar con la gente.

Considera tener una buena salud a pesar de tener epilepsia. Ella identifica a esta enfermedad como la causa principal para perder sus dientes, ya que piensa que su salud bucal siempre ha sido buena pues su abuela le obligaba a lavarse los dientes todos los días con bicarbonato de sodio en caso de no contar con pasta dental. Actualmente, tiene 6 dientes sanos, ausencia de 8 dientes, 4 dientes obturados, 2 dientes cariados y 12 restos radiculares. Presenta buena higiene bucal, presencia de poca placa dentobacteriana y no se observó cálculo durante la inspección bucal.

Caso 4. Posición Socioeconómica Alta: Josefina (favorable)

Mujer de 74 años de edad, divorciada de un hombre de origen alemán, estudió una licenciatura que le permitió desarrollarse como terapeuta en aprendizaje y lenguaje. Originaria de Guanajuato con residencia en Oaxaca. Refiere no haber tenido hijos. Abandonó el estado de Oaxaca porque su derechohabencia al Seguro Social le brinda los medicamentos que necesita, sólo tiene contacto con una hermana a quién visita esporádicamente. En el ambiente familiar, indica que su madre se dedicó al hogar, mientras que su padre ejerció la carrera de ingeniero de caminos. Ella es actualmente activa como narradora; recibe una pensión que le sirve para pagar el lugar en el que vive, así como sus necesidades personales, los cuales a veces resultan insuficientes pues requiere de pagar taxi, mismos que utiliza para desplazarse ya que padece artritis. En cuanto a sus gustos, en la música refiere gustar de la clásica y la ópera, gusta de vivir en un ambiente confortable y posee muebles de estilo moderno, su pasatiempo favorito es leer y prefiere las obras de autores clásicos como los de la cultura griega, le gusta el género dramático en el cine y al ver la televisión gusta de los programas de variedades y telenovelas. Usa vestimenta cómoda y práctica.

Su estado de salud se encuentra deteriorado, aunque ella considera que su salud es “regular” ya que cuenta con los cuidados pertinentes, mantiene su enfermedad controlada y sólo frecuenta al médico para revisiones de rutina.

En cuanto al estado de salud bucal, presenta 14 piezas dentales, perdió 10 las cuales 3 pertenecen al sector anterior, 2 piezas son pilar de un puente fijo y 8 piezas se han restaurado por medio de coronas, 2 dientes más se encuentran obturados sin caries. En cuanto a su higiene bucal, no es del todo buena, tiene presencia de placa. Además de que sus restauraciones tienen mucho tiempo en boca y ya requieren ser renovadas.

Caso 5. PSEA: Martha (poco favorable)

Mujer de 82 años de edad, originaria de Ciudad Obregón, Sonora; viuda, estudió diseño y alta costura, aunque nunca realizó ningún trabajo remunerado. De madre mexicana y padre alemán, oficial de la marina refugiado en México y dedicado hasta sus últimos días a la agricultura. Realizó los estudios básicos en Alemania enviada por su padre, el cual era un hombre pudiente en ese país. Residente del Distrito Federal, viuda con dos hijas. Recibe ingresos de la renta de un departamento y apoyo de sus hijas.

Gusta de la música cristiana y clásica, su cantante favorito es Plácido Domingo, también gusta de la limpieza, de los lugares prácticos y fáciles de mantener. Pocas veces hace ejercicio, gusta de leer textos religiosos y de salud, aunque con frecuencia ve televisión de preferencia noticias. Gusta de la comida fina y en abundancia. Usa vestimenta cómoda.

Menciona tener una salud regular, la que le impide realizar sus actividades diarias, sin embargo, menciona que la demás gente de su edad se encuentra en las mismas condiciones. Presenta cataratas en el ojo izquierdo, problemas en la tiroides y fibromialgia bajo tratamiento.

En cuanto a las condiciones bucales, ha perdido 26 dientes, sólo presenta dos coronas totales en los premolares inferiores y rehabilitación con prótesis desde hace más de 15 años, las cuales ya no son funcionales. La higiene oral es buena, presenta un grave problema en la articulación temporomandibular provocada por una mala manipulación dental, la cual le ocasiona dolores frecuentes.

Caso 6. Posición Socioeconómica Alta: Alicia (edéntula)

Mujer de 85 años de edad, originaria del Distrito Federal. Su madre se dedicó al hogar y su padre fue importador. Ella estudió una licenciatura en Administración de Empresas, sin embargo, nunca ejerció. Se casó con un reconocido médico, actualmente es viuda y tiene 2 hijos. Pensionada por su esposo.

Gusta de hacer ejercicio, leer historias sentimentales, biografías y el periódico; también gusta de ver telenovelas y filmes dramáticos y románticos. Prefiere escuchar música clásica, entre sus cantantes favoritos se encuentran Plácido Domingo, Fernando de la Mora y Pavarotti. Le agradan los ambientes sobrios, discretos, prácticos y funcionales. Su vestuario es elegante y distinguido.

Considera que su salud es buena, aunque a veces le afecta un poco. Padece hipertensión, pero está controlada.

En cuanto a su salud bucal es edéntula total desde hace 20 años en la arcada inferior y desde hace cinco años en la superior. Usa prótesis dental en ambas arcadas, aunque la prótesis inferior no es funcional. Presenta muchos problemas con la retención de las prótesis ya que presenta hiposalivación. Sin embargo, no presenta ninguna lesión asociada al uso de prótesis y tampoco presenta algún problema en la articulación temporomandibular.

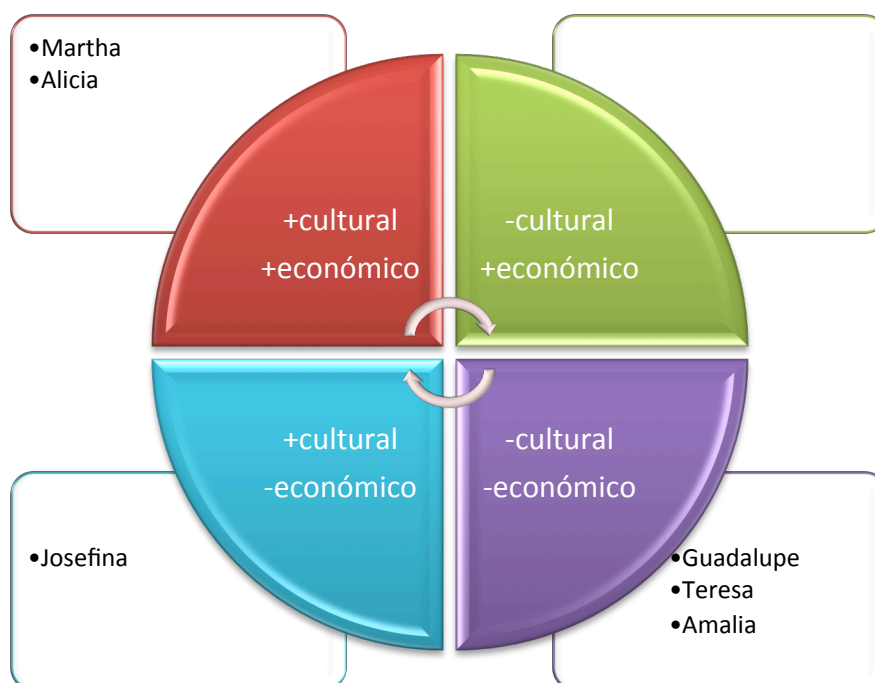
Tabla 11. Identificación de capitales entre las mujeres entrevistadas.

Tipo de capital	1 Guadalupe 72 años	2 Teresa 79 años	3 Amalia 73 años	4 Josefina 74 años	5 Martha 82 años	6 Alicia 85 años
Económico	Trabajadora doméstica Sin ingresos actuales	Trabajadora doméstica Sin ingresos actuales	Trabajadora doméstica Sin ingresos actuales	Actualmente se desempeña como narradora	Percepción de ingresos de renta inmueble y apoyo familiar	Pensionada por esposo
Cultural	Originaria de Veracruz Educación básica Sabe leer y escribir	Originaria del Edo. de México Educación básica Mejores conocimientos de lectura que de escritura	Originaria del DF Educación básica Sabe leer y escribir	Originaria de Guanajuato Licenciatura en terapia de aprendizaje y lenguaje	Originaria de Sonora Licenciatura en diseño y alta costura en Alemania	Originaria del DF Licenciatura en administración de empresas
Social	Soltera Sin hijos	Soltera Sin hijos	Soltera Sin hijos	Divorciada Sin hijos	Viuda 2 hijas	Viuda 2 hijos
	Redes sociales nulas Creció acompañada de hermano Mala percepción de salud	Redes sociales nulas Distanciamiento de padres a temprana edad Buena percepción de salud	Redes sociales nulas Creció bajo el cuidado de la abuela Buena percepción de salud	Redes sociales familiares (hermana) Creció y se desarrolló bajo el seno familiar Regular percepción de salud	Redes sociales familiares y de amigos Creció y se desarrolló bajo el seno familiar Percepción de salud regular	Redes sociales familiares y de amigos Creció y se desarrolló bajo el seno familiar Buena percepción de salud
Clasificación del estado de salud bucal de acuerdo a clases latentes	Edéntula	Desfavorable	Favorable	Favorable	Poco favorable	Edéntula

3.2.2 Identificación de capitales

Con la finalidad de poder clasificar a las mujeres entrevistadas se incluyó la división de clases de Bourdieu para su mayor comprensión, (Figura 2).

Figura 1. Enclasmamiento de las entrevistadas con base en capital cultural y económico.



A través del discurso de las entrevistadas se identificó la importancia de la boca y se puede observar el valor que le dan a la salud bucal y a la boca específicamente. Aunque cabe destacar, que el capital económico es un punto importante que diferencia los conocimientos, las actitudes y las prácticas.

La señora Martha (82 años, PSEA), destaca que la boca tiene gran importancia en la alimentación y en la producción del bolo alimenticio, además de destacar que la boca es un medio de comunicación, colocando a este sentido, en el mismo lugar de importancia que el de la visión. “...a través de la boca yo me alimento, a través de la boca yo hablo, yo me comunico con la gente, para mí la boca es una de las cosas más importantes al igual que los ojos”.

La salud bucal se entiende como las actividades que se deben tener para cuidar la salud bucal. La señora Martha hace énfasis en el cepillado dental como eje fundamental para mantener una buena salud. *“la salud bucal es cepillarse...”*. Para esta mujer, la salud bucal tiene un gran peso, sus capitales culturales y económicos le han permitido identificar la importancia que tiene el estado de su salud bucal.

En contraste la señora Teresa (73 años, PSEB), no tiene clara la importancia de la boca para la salud, no diferencia lo que es la boca de sus funciones. Al preguntar específicamente *¿qué es la boca?*, ella lo hace contestando la función de esta, *“para platicar, reír, contar cuentos, chistes, para comer...”*, en esta frase se ve reflejado el bajo capital cultural de Doña Teresa.

Para Alicia (85 años, PSEA), la boca va más allá de esto, ella reconoce a la boca como un elemento que brinda felicidad, pues les da importancia a las relaciones sociales, *“... para cantar, jugar y gritar, para ser feliz”*; aunque este aspecto no siempre es en sentido positivo, *“...para enseñar la lengua, para insultar...”* como lo menciona Amalia (73 años, PSEB).

Los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida respecto a la importancia de la boca y los cuidados que se deben tener para mantener un buen estado de salud determinan la toma de decisiones asertivas en la curación o rehabilitación oral, *“Y fui al dentista, y yo le dije que me dejara hablar con mi marido, pero no lo encontré, y no supe tomar una buena decisión, y nada, me los sacó. Luego, luego me puso la placa. Estaba muy joven y me sentí bien, pero ahora estoy vieja, es la cuarta dentadura que me hacen y no puedo comer, todo se me pega... me da pena imagínese eso de tratar de barrer el alimento. Fui a misa y la ostia se me pegó, que pena...”* Alicia (85 años, PSEA).

Las mujeres entrevistadas mencionaron que el estado de salud bucal tiene un gran impacto en la capacidad de comer, *“...y luego dan así de fruta y se las doy a mis compañeras las otras de allá... se las doy... el plátano sí lo puedo comer porque como es blandito sí me lo como... pero la carne ya tampoco la puedo*

comer... lo único que como es el arroz y cuando trago el agua y ya con eso hasta la hora de la cena...” Teresa (79 años, PSEB).

Así mismo la boca resulta ser una parte muy importante del cuerpo que tiene relación con las enfermedades. *“Ah... pues la boca 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”,* inclusive menciona algunas de las partes que constituyen la cavidad bucal, *“importantísimo bueno, todo lo oral, oral significa la lengua, la mejilla, los dientes, el paladar...”* Josefina (74 años, PSEA).

Los conocimientos que tienen las mujeres sobre la salud bucal permite vincularlos con los cuidados necesarios para mantener una boca sana, *“la salud oral... pues todo el conjunto, todos los dientes implantados, cuidarse de las caries... visitar al dentista por lo menos dos veces al año...”* Josefina (74 años, PSEA).

En las narraciones de las entrevistadas se detecta la dialéctica de la relación de la problemática de la salud bucal que han vivido, por una parte, lo que corresponde a lo objetivo introyectado y por la otra lo subjetivo (la precepción, las emociones).

“La muela, me la sacaba porque ya estaba picada, íbamos al dentista y nos decía: es que ya no te sirve la pieza y le decían a mamá... hacer favor de sacársela...” (Amalia, 73 años, PSEB). Para Amalia, esta es la información que su estructura social le ha permitido conocer, dadas sus desventajas socioeconómicas. La información que tiene, le indica que las muelas picadas se extraen. Esta es la misma situación narrada por Guadalupe (72 años, PSEB), donde a los 15 años perdió todos sus dientes ya que su hermano le dijo que tenía una boca muy fea con muchos dientes picados y que era mejor que se los quitaran, *“se me cayeron todos... no más me quedaron 2 colmillos entonces ¿cómo que veía?”, “...luego mi hermano dijo... que te quiten todos y que te pongan una dentadura”*. Esta narración de Guadalupe muestra la violencia simbólica a la que están sometidas las mujeres y es claro cómo ella acepta esta dominación.

Martha (82 años, PSEA) narra que una mala práctica odontológica fue la razón por la que perdió sus dientes e inclusive le provocó un daño en la articulación temporomandibular que le ocasiona mucho dolor: *“perdí mis dientes por un mal doctor, él no me puso una pistola para quitarme los dientes, sino que yo como son médicos pues caí en sus garras... y ahí empezaron mis problemas...”*. El continuo salud-enfermedad que se da entre los adultos mayores podría tener una posible explicación en la accesibilidad a los servicios de salud de acuerdo con los ingresos económicos. Para Martha dado sus capitales y capacidad económica, pudo tomar una opción diferente a lo que su dentista le ofreció y decidir de manera mucho más asertiva, conservando sus dientes y su salud dental: *“los dientes se me empezaron a mover y fui a ver a un dentista que había en Polanco, que era un judío que decían que era lo mejor del mundo, lo fui a ver y me dijo: sabe que tengo que sacárselos, dije ¡no!, yo vengo para que me los salve, no para que me los saque...”*.

La práctica odontológica debería desarrollarse a partir de las necesidades de las personas, en que oponiéndose a la lógica del mercado rompa por lo tanto con el *status quo*, caracterizado principalmente por la mercantilización de los servicios y por mantener el acceso a los servicios odontológico para las elites y aun así la calidad de los servicios puede ser cuestionable: *“...el doctor, por ponerme una porcelana me zafó la mandíbula...”* Martha, (82 años, PSEA).

La odontología actual está cambiando, ahora existe una práctica con mayor tecnología y especialización que permite una rehabilitación más integral, cosa que en el pasado parecía no ser así: *“antes te dolía una muela y para pronto te lo sacaban...”* Alicia, (85 años, PSEA).

Para Josefina (74 años, PSEA), una buena práctica odontológica resulta ser cuestión de suerte; sin embargo, parecería ser que la mala práctica es un común denominador entre las mujeres entrevistadas: *“también he tenido mala suerte, porque a los profesionistas que visité unos eran buenos y otros no eran buenos...”*; un mal diagnóstico y la rehabilitación protésica sobre una dentadura enferma la llevaron a perder dinero y algunos órganos dentarios: *“me puso unos*

puentes que me cobró carísimo... me lo quitó con todo y muelas, entonces quiere decir que me puso el puente en piezas que no estaban fuertes... debió haberlo sabido...".

Para Josefina (74 años, PSEA) a pesar de ser una persona pensionada, con una licenciatura, y de reconocer la importancia de la salud bucal, identifica que los servicios de salud bucal son costosos y que no están al alcance de todos: *"visitar al dentista... pero ahí está la cuestión... también el transporte es importante, yo necesito taxi... ya no puedo manejar... todo interviene, cuando no hay una buena economía pues la salud se deteriora, incluyendo la bucal".*

En las entrevistas se manifiestan aspectos subjetivos derivados del propio *habitus*, entre las mujeres existen creencias arraigadas que han pasado de generación en generación, como es el caso del embarazo: *"perdí mis dientes porque ya estaban muy desgastados, pues yo no sé si fue la forma de masticar o me faltó calcio porque tuve varios embarazos... y eso es un desgaste también en la dentadura..."* (Alicia, 85 años, PSEA).

Muchas veces el estado de salud se ve reflejado en creencias equivocadas. Envejecer no debe ser sinónimo de pérdida dental: *"los dientes se desgastaron con el tiempo y con la edad, la edad cuenta muchísimo"* (Amalia, 73 años, PSEB), *"dicen que se caen los dientes por que a uno les faltan vitaminas, no comen bien... que por eso pasan esas cosas"* Teresa, (79 años, PSEB).

Así mismo, existen otras creencias y/o conocimientos con respecto a lo que determina el estado de salud bucal, poniendo de manifiesto su capital cultural: *"pues yo creo que la salud bucal no nada más depende 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... y ahí hay gente indígena tienen su dentadura completísima y sus dientes muy blancos y... no se lavan los dientes muy seguido... se limpian con hojas o con algún tipo de hierbas...también depende de la alimentación. Ahora entre los indígenas hay varias etnias no todos*

tienen buenos dientes, es decir, los grupos indígenas son muy diferentes unos a otros, en alimentación, en hábitos, en costumbres...” Josefina (74 años, PSEA).

La estética socioculturalmente es un punto importante, proporciona seguridad en los individuos, una mala apariencia estética es un impedimento para el desarrollo social.

Teresa (73 años, PSEB) refleja su capital simbólico en su relatoría, mencionando sentimientos de vergüenza, y tristeza ante el hecho de no tener su dentadura completa: *“por ejemplo... voy hacer mi primera comunión... y me va a dar pena sentarme con mi padrino... sentarme ahí en la mesa... me pone de nervios...”*. A pesar de la desventaja económica y de educación que ha tenido Doña Teresa, resalta el aspecto estético como un elemento esencial para poder establecer relaciones sociales: *“... muchas de mis compañeras... dile a Hugo (el dentista), pero... no me viene a ver nadie...entonces ¿para qué?”, “...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....”*.

En este sentido, el *habitus* también se ve involucrado al referirse a las precepciones, las sensaciones que le produce ir al dentista: *“y así me quede, yo le tenía mucho miedo al doctor, le tenía pánico...”*. En esta narración se detecta la violencia simbólica, lo cual también constituye una barrera para obtener la atención necesaria, Teresa (73 años, PSEB).

Para Alicia (85 años, PSEA), la cuestión estética denota un punto muy importante, y dada su condición económica pudo resolver este problema: *“yo tuve una dentadura muy mala... no comía dulces, pero por alguna razón se me picaron desde pequeña... se me empezaron a ver huequitos entre los dientes... me puse unos jackets enfrente, como fundas muy bonitas”*.

3.2.3 Prácticas de autocuidado

La promoción de la salud propone una serie de medidas que debemos tomar en cuenta a lo largo de la vida para combatir las consecuencias negativas del envejecimiento. Una de las estrategias más importantes para obtener cambios es la participación del individuo con responsabilidad, mediante el autocuidado.

El autocuidado de la salud consiste en todas las medidas y decisiones que adopta un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, además del comportamiento personal dedicado a mejorar y mantener la salud, utilizando tanto los servicios de salud informales como los formales.⁶³

El cambio hacia hábitos más saludables en etapas más tempranas de la vida favorece a llegar a las últimas etapas de la vida de manera más saludable y lograr un envejecimiento exitoso.

En la relatoría de las entrevistadas se muestra el capital heredado, que forma parte del capital cultural, al preguntar quién le enseñó a lavarse los dientes.

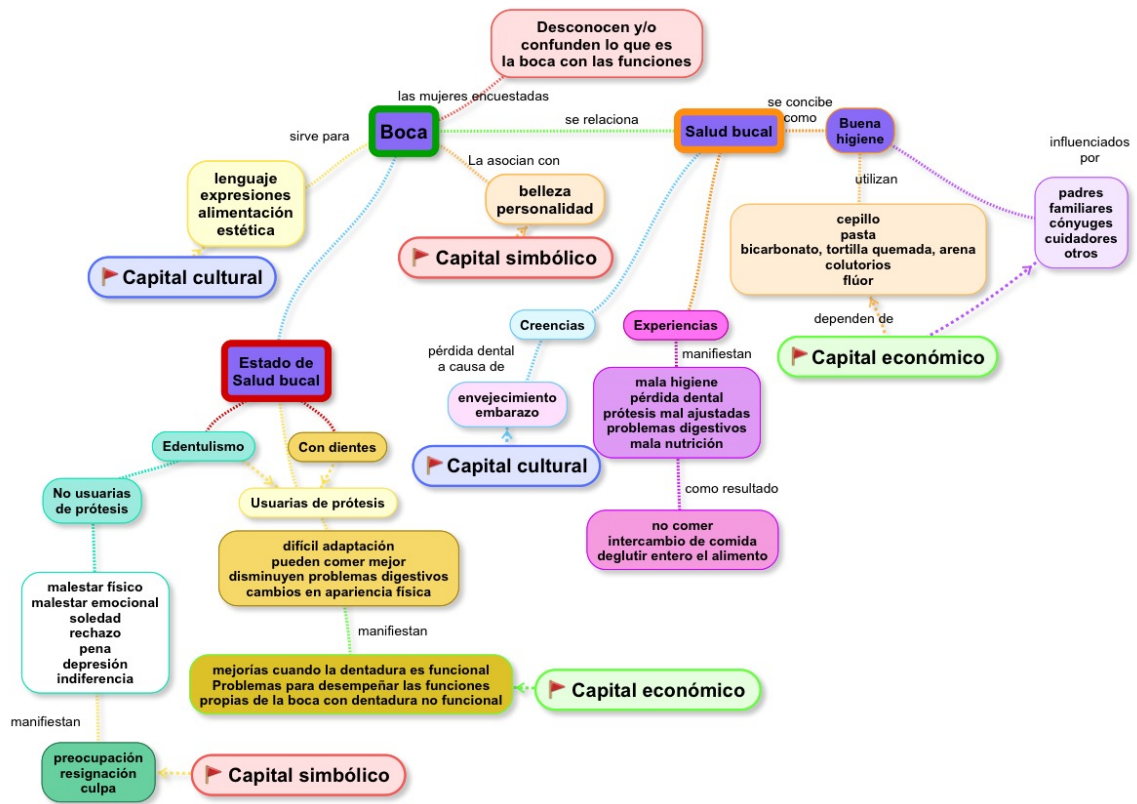
En la mayoría de los casos, el hábito de la limpieza bucal fue adquirido dentro del seno familiar: *"mi mamá Mariquita fue la que nos enseñó a mis hermanos y a mí a tener lavada la boca..."* (Amalia, 73 años, PSEB); *"desde chiquita teníamos en casa una monjita que pasaba temporadas con nosotros y ella nos decía niños cepíllense los dientes y nos veía como lo hacíamos..."* (Alicia, 85 años, PSEA); *"mi papá era una persona mucho muy exigente, era como una especie de gendarme, él estaba al pendiente de nosotros, luego en Alemania estábamos mi hermana y yo a cargo de personas igual de exigentes"* (Martha, 82 años, PSEA).

Excepto para Teresa (79 años, PSEB) y Guadalupe (72 años, PSEB) el hábito de higiene oral no fue inculcado, ellas lo adquirieron cuando ya eran mayores y cuando su boca ya se encontraba deteriorada: *"empecé a cepillarme los dientes como a los diez años, yo solita aprendí"*. (Teresa, 79 años, PSEB); *"no había para cepillos, pero además comía muchos dulces y churritos..., me cepillé como hasta los 15 ó 16... ya tenía muchos dientes picados..."* (Guadalupe, 72 años, PSEB).

Entre las mujeres entrevistadas existen conocimientos sobre los cuidados que se deben tener para mantener una buena salud bucal. El uso de pastas, cepillos y colutorios son elementos que se encuentran entre los conocimientos de cada una de las entrevistadas, siendo el reflejo de todo ese capital heredado.

Sin embargo, también existen ideas erróneas en cuanto a la higiene oral que pueden dañar las estructuras dentales como lo es el uso de ciertos químicos como lo es el bicarbonato de sodio que suele utilizarse para limpiar las prótesis y los dientes, quitar el mal sabor y mal aliento: *“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...”* (Teresa, 79 años, PSEB); *“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”* (Guadalupe, 72 años, PSEB).

Figura 2. Identificación de capitales en la narrativa de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Directa

CAPITULO 4. DISCUSIÓN

Durante muchos los ancianos constituyeron una pequeña minoría dentro de un mundo que no estaba interesado en el estudio y solución de sus problemas, hecho que ha cambiado a través del tiempo obligando a encontrar soluciones sobre los problemas que aquejan a la vejez. La vejez no es una enfermedad, pero un hecho indiscutible es que características específicas a lo largo de la vida del anciano, conllevan a una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida; además, en esta etapa adquieren particular importancia los factores psicológicos, sociales y médicos ya que disminuye su capacidad para adaptarse al medio.⁶⁴

El envejecimiento de la población y la salud bucal son un reto para los servicios de salud. Las mujeres conforman la mayoría de entre los adultos mayores en casi todos los países del mundo, encontrándose en un estado de vulnerabilidad por las condiciones culturales, económicas y sociales en las que se encuentran.⁶⁵ Los diferentes factores que determinan la calidad de vida en la vejez, son el apoyo familiar, la salud, la economía, las relaciones afectivas, la viudez, etcétera. El apoyo familiar es vital en el proceso de envejecimiento ya que éste ayuda a los adultos mayores a lidiar con sus enfermedades y problemas emocionales.⁶⁶

El envejecimiento desde la perspectiva de género es importante. El acceso limitado a medios de comunicación, el apego a las tradiciones, las escasas oportunidades de trabajo y el bajo nivel de educación, son algunos factores que condicionan los roles tradicionales de género. La importancia del género estriba en que orienta la percepción de lo político, lo social, lo religioso y, en general, lo cotidiano, de manera que la experiencia de vida en esta etapa, no es otra cosa que el reflejo de lo aprendido a través de la cultura, con repercusiones en todos los aspectos de la vida en general. Así mismo, las desigualdades sociales en salud han proliferado en las últimas décadas, y han puesto de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material denotan una peor situación de salud.⁶⁷

En este sentido, las mujeres examinadas en este estudio deben ser consideradas de acuerdo a lo anterior, como un grupo vulnerable, ya que ellas se encuentran institucionalizadas, en su gran mayoría solteras, divorciadas o viudas (96%) y las de PSEB con recursos económicos nulos (83.3%).

El género como variable estratificadora de la situación socioeconómica en la vejez tiene su origen en la división sexual del trabajo, debido a que el rol de las mujeres en la reproducción social les limita las oportunidades de emplearse remuneradamente; y por consiguiente, los logros educacionales y la adquisición de conocimientos prácticos son deficientes, y cuando se insertan en el mercado laboral lo hacen en puestos con bajas remuneraciones y poco valorados, provocando desventajas económicas y sociales que se traducen en desigualdades durante la vejez.^{68,69} Así que en este estudio, se encontró que las mujeres con estrato social alto contaban con algún tipo de apoyo o solvencia económica proveniente de las pensiones del esposo o propias, de los hijos, de sus ahorros o de rentas; contrario de las mujeres de estrato social bajo, donde estas mujeres en su gran mayoría no tenían algún tipo de apoyo económico, ya sea por parte de algún familiar, pensión o por el propio gobierno.

En México, todos los adultos mayores de 68 años, residentes de la Ciudad de México pueden gozar de una pensión alimentaria que es una pensión de tipo económico. El gobierno de la CDMX deposita la cantidad de \$1,049.25 mensuales en una tarjeta plástica, con la cual el beneficiario puede comprar diferentes productos y bienes en los principales centros comerciales autorizados en la CDMX, así como en pequeños comercios. Los requisitos para adquirirla son: identificación oficial (INE, pasaporte, cartilla militar, INAPAM), comprobante para acreditar la edad (acta de nacimiento, CURP, pasaporte, acta notarial, cartilla) y comprobar residencia permanente en la CDMX como mínimo tres años (recibo de agua, predial, teléfono, de renta, contrato de arrendamiento).⁷⁰ Algunas mujeres en estado de vulnerabilidad o abandono no cuentan con esta documentación y por ende no pueden gozar de este beneficio.

El promedio de edad de la población estudiada fue de 77 años, sin embargo, entre las mujeres de PSEA el promedio de edad fue casi 10 años más que entre las mujeres de PSEB, este dato no es de asombrarse, ya que se sabe que el estrato económico y nivel de educación son un factor importante en la calidad de vida, y por lo tanto en la edad que puedas llegar alcanzar. Generalmente las personas de escasos recursos no cuentan con acceso a los sistemas gubernamentales de apoyo y atención a la salud. La carencia de recursos económicos y sociales para enfrentar las barreras de un sistema de salud que parece no ser sensible a las necesidades de los grupos más vulnerables, incrementa las desigualdades sociales.⁶⁹ 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.⁷¹

En este estudio pudimos observar que el total de las mujeres de estrato alto saben leer y escribir, contrario a esto, sólo un poco más de la mitad (62%) de las mujeres de PSEB sabían hacerlo. Según datos de la Encuesta sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (ESEDEM 2008), una persona adulta mayor experimentará cierta situación económica en función de su historia laboral, de la accesibilidad que haya tenido a los sistemas de protección social, de los ahorros y bienes acumulados a lo largo de su vida, del nivel de escolaridad, del contexto económico, político y social en el que le toque desenvolverse y, evidentemente del grado de conocimientos adquiridos a lo largo de su vida, que se verán sustentados en el nivel y calidad de vida de cualquier persona, por lo que las desventajas que se hayan experimentado en cualquiera de estos ámbitos se reflejarán en el grado de salud y seguridad económica que se posea.⁷²

Bourdieu usa el concepto de capital económico, cultural y social, además del simbólico. El concepto de capital económico tiene en Bourdieu una acepción prioritaria que coincide con el tradicional concepto de capital económico, patrimonial o adquirido, que está al origen de la distribución social. El capital cultural en particular concierne a lo escolar y el cultural heredado es el transmitido

por la familia. El capital social definido esencialmente como el conjunto de relaciones sociales, es decir, es la suma de recursos actuales o virtuales de un individuo o grupo por el hecho de la posesión de una red durable de relaciones, de conocimientos y reconocimientos mutuos más o menos institucionalizados. Y el capital simbólico es la forma en que una u otra de las especies de capital precedente reviste cuando son percibidas reconociendo su lógica específica por ejemplo de posesión y acumulación. Por tanto, no es un capital diferenciado. Los mecanismos de acceso al capital simbólico son la escuela y las ideologías, que son dimensiones y funciones de simulación y ocultación, como conjunto de representaciones deformadas de las relaciones sociales producidas por un grupo o una clase que legitima así explícitamente sus prácticas.^{73,74}

Antes de focalizar nuestra discusión hacia la boca, debemos comprender que la experiencia corporal en el contexto terapéutico no es más que una serie de características normativas que diferencian al sujeto y su cuerpo de lo sano y enfermo; por consecuencia será la práctica médica u odontológica para el caso concreto las que revertirán o modificarán las formas patológicas encontradas en cada agente.

Como una transición importante en la vida de las mujeres, el matrimonio modifica las relaciones existentes y redefine un nuevo círculo social. La edad al matrimonio y los roles desempeñados con anterioridad son factores importantes para determinar el grado en el cual el ingreso a la unión cambia los círculos de relaciones de la mujer y su auto-definición. Los roles familiares desempeñados por las mujeres como cónyuges han tendido a cambiar históricamente y también varían con la edad, la clase social de pertenencia, el lugar de residencia y la escolaridad de las mujeres. Si una mujer desempeña únicamente el rol de ama de casa, su vida e identidades se van diferenciando cada vez más de las de su esposo, quien permanece generalmente vinculado a la esfera pública, dejando a la mujer en el estereotipo de la mujer sumisa, abnegada y sufrida. En muchos sentidos, las transformaciones recientes en la identidad de género de los hombres pueden ser atribuidas a las iniciativas de las mujeres. En este caso Alicia no pudo

tomar una “buena decisión” al permitir que le quitaran todos sus dientes ya que su esposo no estuvo en ese momento para apoyarla y tomar la decisión correcta. Así mismo para Guadalupe quien perdió los dientes a muy temprana edad porque su hermano decidió que era lo mejor. Lo anterior se asocia a la dimensión praxeológica del *habitus*. “Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurales, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ sin ser el producto de la obediencia a reglas, y a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta.”⁷⁵

Aunque no se excluye de ningún modo que las respuestas del *habitus* vayan acompañadas de un cálculo estratégico que trata de realizar conscientemente la operación que el *habitus* realiza de otro modo, a saber, una estimación de las probabilidades suponiendo la transformación del efecto pasado en el objetivo anticipado, esas respuestas se definen en primer lugar fuera de todo cálculo, en relación con potencialidades objetivas inmediatamente inscritas en el presente, cosas por hacer o no hacer, decir o no decir, en relación con un porvenir probable que, al contrario del futuro como ‘posibilidad absoluta’ (Absolute Möglichkeit) de Hegel (o Sartre), proyectado por el puro proyecto de una ‘libertad negativa’, se propone con una urgencia y una pretensión de existencia que excluye la deliberación. Para la práctica, los estímulos no existen en su verdad objetiva de detonantes condicionales y convencionales; sólo actúan a condición de reencontrar a los agentes ya condicionados para reconocerlos.”⁷⁵

A medida que las sociedades se vuelven más diferenciadas se desarrollan en ellas esos mundos diversificados que son los campos. Existe por tanto una solicitud mutua y una complicidad práctica entre *habitus* y campo. El campo impone al

deseo una inversión específica, una ilusión determinada en cada caso por la estructura del espacio de posibles. A partir de esto se puede afirmar que el campo es por tanto un espacio de fuerzas donde los agentes intervienen dotados de un desigual capital específico, pero también se trata de un ámbito de luchas donde los agentes pugnan para intentar conservar o cambiar los precios, esto es, lo que vale como capital específico, lo que funciona como principio de jerarquización.⁷³

Dentro del análisis cualitativo se diferenciaron a las mujeres en estos campos: +cultural, +económico a Martha y Alicia; +cultural, -económico a Josefina; y – cultural, -económico a Guadalupe, Teresa y Amalia.

Sin embargo, en el discurso de las dos mujeres (Alicia y Guadalupe) a pesar de contar con un capital económico diferente, las dos muestran una dominación masculina en su *habitus*. Como describe Bourdieu en la Nobleza de Estado, los dominados se privan de su libertad, en la violencia simbólica hay una complicidad activa (lo que no implica que sea consciente y voluntaria) que no están determinados sino en la medida en que se privan de una libertad fundada en la toma de consciencia.⁷⁶

Si es conveniente recordar que los dominados contribuyen siempre a su propia dominación, hay que recordar de inmediato que las disposiciones que los inclinan a esta complicidad son también el efecto, incorporado, de la dominación. Del mismo modo, hay que recordar de paso, que aquellas disposiciones que hacen que, según las palabras de Marx, “los dominantes estén dominados por su dominación”. La violencia simbólica es esa forma particular de coacción que no puede ejercerse más que con la complicidad activa –lo que no significa consciente y voluntaria- de los que la sufren y que no están determinados sino en la medida en que se privan de la posibilidad de una libertad fundada en la toma de consciencia. Esta coacción táctica consentida se ejerce necesariamente siempre que las estructuras objetivas se encuentran con las estructuras mentales que están ajustadas a ellas. Sobre la base de la complicidad originaria entre las estructuras cognitivas y las estructuras objetivas de las que las primeras son el producto es como se instaura la sumisión absoluta e inmediata que es la propia de

la experiencia dóxica del mundo natal, mundo sin sorpresas donde todo puede ser percibido como yendo de suyo porque las tendencias inmanentes del orden establecido vienen continuamente a anticiparse a las expectativas espontáneamente dispuestas a anticiparlas.⁷⁶

La aptitud para entender, identificar y expresar los mensajes corporales varía según la capacidad para verbalizarlos y aumenta si se pasa de las clases populares a las clases superiores, porque las sensaciones mórbidas no tienen el extraordinario privilegio, que les suele atribuir frecuentemente el sentido común, de expresarse sin lenguaje. La percepción y la identificación de las sensaciones mórbidas, “acto de desciframiento que se ignora como tal”, exige por ello un aprendizaje específico o general, implícito o no consciente.⁷⁷

La práctica terapéutica médica u odontológica busca determinar la relación entre el sujeto con su cuerpo y comportamiento; por ejemplo, cuando se llena la anamnesis en la historia clínica se incluye y se excluye de manera subordinada al paciente del universo simbólico, sin tener en cuenta su propia representación social de lo sano, de lo enfermo y de la misma práctica terapéutica. Es así como las incongruencias manifestadas por estudios cualitativos sobre modelos de atención en salud han demostrado la tensión existente entre la oferta sanitaria y las características y necesidades de los demandantes.

El dolor no constituye una respuesta automática a los estímulos mórbidos, sino que su percepción está determinada por las expectativas del sujeto, por sus experiencias pasadas y, más profundamente, por todo su aprendizaje cultural. La percepción y la identificación de sensaciones mórbidas, por lo tanto, dependen principalmente del número y de la variedad de categorías de percepción del cuerpo de que dispone el sujeto; vale decir que dependen de la riqueza y la precisión de su vocabulario, de la sensación y de su capacidad, socialmente condicionada, para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas y sintomáticas, es decir, provienen de las experiencias que los sujetos sociales tienen de la enfermedad al mismo tiempo que la expresa. Los sujetos poseen conocimiento en función de la distancia social que los separa del mundo

intelectual, y depende del nivel de instrucción. La adquisición de estas taxonomías también tiene relación con las visitas al médico, lecturas de artículos u obras de divulgación.⁷⁷

Lo anterior también se asocia a la percepción de salud, las mujeres de PSEA, en su mayoría dijeron tener una salud excelente/buena, dato contrario a las mujeres de PSEB donde la mayoría percibe su salud como regular/mala.

Este dato también tiene relación con las enfermedades sistémicas que se presentan en este grupo de la población. Hoy México enfrenta una compleja problemática de salud pública, sufrimos enfermedades como diabetes, cardiopatías, neoplasias, entre otras. Estas enfermedades representan un tema relevante a nivel mundial ya que tienen una estrecha relación con el estado de salud bucal, principalmente para el desarrollo de la caries dental y enfermedad periodontal.⁷⁸ Las necesidades asistenciales que presentan los adultos institucionalizados son complejas y de diferentes orígenes. Esencialmente si se trata de un grupo con aislamiento social, de limitados recursos económicos y con bajo nivel cultural, donde la presencia frecuente de multipatologías, la presentación atípica o silenciosa de enfermedades, el deterioro más rápido en la enfermedad y una menor capacidad de respuesta ante situaciones de estrés, determinan una mayor vulnerabilidad, aunado a una mayor frecuencia de complicaciones y de iatrogenias en la evolución de las enfermedades, así como a la respuesta homeostática retardada.⁷⁹

A diferencia de un sistema de medicina con igualdad social, los sistemas privados de salud, dependen de la capacidad adquisitiva y su énfasis es más terapéutico que preventivo. El resultado es que personas con más recursos tienen menos riesgo de enfermar y de que sus enfermedades se agraven. Por otro lado, quienes viven en la pobreza no solamente son más vulnerables a padecer enfermedades, sino que tienen menos acceso a los servicios de salud y al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades se agravan aunado a la poca importancia que se le da. Esta situación es similar en temas de salud bucal, estudios recientes demuestran que la prevalencia de enfermedades orales es

mayor en personas que viven en la pobreza. La OMS reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades orales y en la posibilidad de recibir tratamientos.⁸⁰

Esto concuerda con el nivel de satisfacción del GOHAI donde en las mujeres con desventaja socioeconómica reportaron menor nivel de satisfacción para las funciones físicas y psicosociales, parecería que el acostumbrarse al dolor y la incomodidad es un hecho que tienen que asumir con resignación al no contar con otra posibilidad para resolver el problema.

Así pues, en las narraciones de las entrevistadas al cuestionarles sobre la importancia de la boca, se puede identificar el valor que le dan a la salud bucal y a la boca específicamente. Aunque cabe destacar, que el capital económico es un punto importante que diferencia los conocimientos, las actitudes y las prácticas.

La salud está influenciada por el medio ambiente, por un lado, el ambiente físico (clima, geografía, recursos naturales, urbanismo, higiene, contaminación, condiciones laborales, etc) y, por otro lado, el ambiente social. Este último resulta en una sociedad dada, en un momento determinado, de la interacción que se establece entre la estructura simbólica, es decir, los valores y la cultura de esa sociedad y sus modalidades de organización.⁸¹

De la sociología de acción de Bourdieu con respecto al concepto de *habitus* el cuerpo es una dimensión de lo social, es el escenario de la interpelación normativa, pero también tienen una dimensión individual, al ser el requisito de acceso a la existencia de los sujetos individuales. La *hexis* corporal es, al mismo tiempo, un esquema singular y sistemático. Esto es denominado por Csordas como “incorporación”, es decir, “una condición existencial en la cual el cuerpo es la fuente subjetiva o el terreno intersubjetivo de la experiencia”.⁸²

La salud bucal y la importancia que le dan los adultos mayores al aspecto bucal casi siempre se ven relacionados con el aspecto de la alimentación. En este sentido la diferencia de clases también tiene un peso. Los gustos alimenticios de

los miembros de clases superiores prefieren alimentos sanos y livianos, legumbres verdes, comidas asadas, alimentos crudos que nutren, pero no engordan, se basan en buena medida en la voluntad de cuidar la silueta, evitar la gordura, la celulitis, mantenerse delgados o adelgazar.⁷³

Es importante reiterar que el hecho de no tener dientes no sólo significa “no poder comer”, sino que también es sinónimo de una mala nutrición, ya que, al comer alimentos suaves, no llevan la cantidad de nutrimentos esenciales para el organismo. En el centro de asistencia social, procuran que las residentes tengan sus tres alimentos diarios, pero no discriminan entre las mujeres que tienen una buena función masticatoria y las que no. Al no tener una buena dentadura que permita elaborar el bolo alimenticio, propicia el ingerir el alimento en trozos o intercambiar su comida por algún alimento que si sea capaz de masticar, pudiendo provocar a la larga problemas en el sistema digestivo.

El 57% de la población de PSEA contaba con una higiene oral buena, por el contrario, en las mujeres de estrato social bajo solamente el 5% tuvo la misma condición, esto parece estar influenciado por el nivel de educación y estrato socioeconómico, ya que las mujeres de estrato bajo no tienen acceso a los servicios de salud, aunado a que la higiene oral no es una prioridad en su vida. Las clases sociales privilegiadas hablan el mismo lenguaje que los médicos porque incluso pueden pertenecer al mismo círculo social, existe un diálogo fácil. Entre los miembros de las clases populares las visitas al médico resultan muy rápidas, escasas o nulas, ya que muchas veces el médico utiliza palabras incomprensibles para este tipo de pacientes. Existe una distancia social duplicada por la distancia lingüística originada por las diferencias lexicológicas y sintácticas que separan el lenguaje de las clases cultivadas con las de la clase popular. Al existir una clara asimetría en la relación enfermo-médico, éste último tiende a transformar la relación terapéutica en una simple relación de autoridad y a no explicar, resaltando la transacción comercial cuya transacción comercial son sus servicios.⁷³

Este hallazgo se observó a través del estudio cualitativo, cuando una mujer de PSEB menciona que para qué consultar al Odontólogo si ella no tiene ninguna razón para verse y sentirse bien.

Parecería que estas mujeres institucionalizadas dejaron de preocuparse por su apariencia, dejando en un lugar prioritario el comer, tener donde pasar la noche, así como gozar de un poco de compañía. El capital económico, social, cultural y heredado son determinantes para tener hábitos de higiene desde la infancia y continuarlos hasta la vejez para favorecer la conservación de un buen estado de salud bucal.

Las mujeres de PSEB no contaban con cepillo dental, pasta o aditamentos esenciales para la limpieza oral. Aunque los Centros de Asistencia Social cuentan con servicio odontológico, éste se limita a tratamientos básicos (limpiezas y obturaciones con resina o amalgama), sin embargo, no toda la población de este centro acude al servicio dental, por las razones antes mencionadas.

Otro factor que debe ser considerado es el envejecimiento dependiendo de si se está solo o acompañado (pareja o familia). Los casos de adultos mayores viudos y solos, que no tienen a nadie que los cuide, suelen ser aquéllos donde se identifican los testimonios más negativos, con una carga emocional de tristeza y decepción. Las redes sociales de apoyo han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen su estado de salud y bienestar, y un importante factor restaurador cuando su salud está comprometida, particular importancia en la tercera edad en la que el individuo necesita ser reconocido como ser humano, útil y productivo. Dichas redes pueden ser formales o de participación, correspondientes a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado; las informales pueden ser primarias conformada por familiares y convivientes, y secundarias conformadas por vecinos y amigos, que le permiten la incorporación en la gestión colectiva, el protagonismo, la construcción de la sociedad civil, la realización individual y mecanismos para el desarrollo humano. Dentro del apoyo informal primario se encuentra, como principal sistema, la familia. La familia del adulto

mayor brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas, aun cuando la gran mayoría son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales. Algunos estudios mencionan al cónyuge y los hijos como los principales actores. La familia cumple con el papel de transferir recursos a nivel intergeneracional, es decir, la población femenina adulta joven ayuda a la población adulta mayor en los quehaceres del hogar, cuidado físico, elaboración de la comida, entre otros, mientras la población masculina apoya con dinero. Después de la familia, las redes de los amigos, vecinos, ex compañeros de trabajo, pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda.

El contexto de pobreza es un factor que condiciona la debilidad de las redes sociales de estos adultos mayores. La pobreza está relacionada con la privación y exclusión de las personas de los sistemas sociales, económicos, políticos y culturales que determinan su integración en la sociedad. Los adultos mayores con menores ingresos son quienes tienen menor oportunidad de participar en los programas de apoyo, autoayuda y recreación institucionales. Esta exclusión empobrece, por tanto, las redes sociales, que en el ámbito de la salud recobran importancia porque constituyen una fuente potencial de protección para los individuos y representan una parte importante del capital social que contribuye a mejorar la calidad de vida. El empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, los órganos de los sentidos, las funciones intelectuales, etc., desencadenan inestabilidad y sentimientos de indefensión en el anciano, y es que la soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud en el plano físico, psicológico y social. En el plano físico se muestra con: debilidad del sistema inmunológico, dolor de cabeza, algunos problemas de corazón y digestivos, dificultades para dormir, etc. En el plano psicológico con: baja autoestima, depresión o alcoholismo, ideas suicidas. La consecuencia de la pérdida de la pareja es la que más aumenta, especialmente, la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis. Por último, en el plano social presenta conductas con prejuicios sociales y otros.⁸³

La salud deteriorada conlleva un mayor apoyo familiar, sobre todo con los hijos e hijas. Las personas sanas conviven en proporciones parecidas en compañía que las que viven solas (o en pareja), pero cuando las personas se sienten enfermas, éstas viven en compañía en mayor proporción que las que viven solas. Este hecho hace que las personas mayores piensen que enfermar es una solución para su soledad. Las propias molestias se convierten en el centro de su atención y es la estrategia para atraer a sí a las personas queridas o a los cuidadores profesionales.

La soledad y la salud, por tanto, son itinerarios bidireccionales que implican aumentar la vulnerabilidad frente a la enfermedad, y la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad o la causa de que la situación de la persona que está sola empeore por no contar con los apoyos necesarios.⁸⁴

La trayectoria es una categoría que se entiende como única e irrepetible, estructurada por la historia de cada sujeto en un contexto determinado, expresa lo que los adultos mayores son hoy, resultado o estructura consolidada de la causalidad de lo que se ha vivido (condiciones socioeconómicas, culturales, religiosas y con la oferta de servicios o beneficios que el estado u otras instancias les brinda en grupos de apoyo formales e informales) y de la manera como se ha vivido. En este sentido el *habitus* tiene un papel esencial en la trayectoria de vida.

En las narraciones de las entrevistadas se detecta la dialéctica de la relación de la problemática de la salud bucal que han vivido, por una parte, lo que corresponde a lo objetivo introyectado y por la otra lo subjetivo (la percepción, las emociones).

Es bien sabido que las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son las de mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos.⁸⁵ Los resultados de este estudio, coinciden en este sentido, ya que uno de los principales problemas de salud bucal fue la pérdida dental para la población de estrato bajo, y por el contrario entre las mujeres de PSEA donde se cuenta con un mayor y mejor ingreso económico, se ve reflejado el cuidado e

importancia de la salud bucal a través de una dentición que ha sido rehabilitada, ya sea con obturaciones o prótesis. Del mismo modo, este grupo poblacional, mostró no tener problemas periodontales, por el contrario, entre el PSEB, esto puede suponerse debido a la deficiente higiene oral que presentaron.

De manera general, se sabe que la salud bucal de los adultos mayores presenta un gran deterioro.^{52,86,87} Sin embargo, si a esto se le suma la desigualdad social el problema se hace mayúsculo.

El índice de caries CPOD tuvo un promedio de 20.6 dientes para las mujeres de PSEA y 18.8 para las mujeres de PSEB, este dato es similar a otros estudios en población mexicana en personas de 60 años y más.⁵² Entre los adultos mayores existe una alta predisposición al desarrollo de caries dental principalmente en raíces, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo poblacional. La prevalencia del edentulismo en este estudio fue del 13% para las mujeres de PSEA y 32% para las de PSEB. A pesar de que la salud bucal de los individuos está determinada por varios factores, es necesario mencionar que los cuidados odontológicos que hayan recibido a lo largo de su vida, se verán reflejadas en su vejez, ya que una de las condiciones que más se presentan en esta población es la pérdida dental.

52, 80

La odontología tiene otros recursos además de la extracción para resolver los problemas de caries o enfermedad periodontal, pero dadas las limitaciones en el capital cultural y económico de las mujeres entrevistadas, lo objetivo, lo inevitable es la pérdida dental. Más aún, el propio profesional es quien indica que se debe hacer la extracción, no ofrece otra alternativa, lo que se relaciona con las limitaciones económicas, pero también por la actitud del dentista quien no le proporciona información sobre otros posibles tratamientos, lo que reproduce las diferencias y las desigualdades en oportunidades para la atención.

El capital simbólico y cultural son parte fundamental para conservar los dientes, la necesidad de asistir al médico, depende de la capacidad de expresar sensaciones

mórbidas. Los miembros de las clases inferiores critican al que escucha demasiado al cuerpo, ellos valoran la resistencia al dolor, para consultar al médico esperan a menudo hasta que la sensación mórbida haya alcanzado tal grado de intensidad que les impida hacer uso normal de su cuerpo, porque las obligaciones cotidianas impiden o dificultan el abandono de las tareas diarias o del trabajo. Los miembros de las clases superiores adoptan respecto a la enfermedad una actitud previsor, ya sea buscando en el presente los signos precursores de enfermedades que todavía no se han manifestado claramente o sometiéndose a un número determinado de normas dirigida a evitar el ataque de la enfermedad.⁷³

A medida que se sube en la escala social, que aumenta el nivel de instrucción y disminuye la importancia del trabajo manual en beneficio del trabajo intelectual, esto promueve a establecer una relación sistemática entre el cuerpo y a entrenar sistemáticamente la percepción de sus sensaciones y a expresar estas sensaciones.

La práctica odontológica debería desarrollarse a partir de las necesidades de las personas, en que oponiéndose a la lógica del mercado rompa por lo tanto con el *status quo*, caracterizado principalmente por la mercantilización de los servicios y por la manutención del acceso a los servicios para las elites.⁸⁸

En el grupo de PSEB, el edentulismo podría suponerse debido a la falta de atención odontológica, y por el contrario en las mujeres de PSEA la cuestión estética tiene un peso muy importante. Es sabido que un diente que fue rehabilitado, con el pasar de los años se verá debilitado, ya sea por un mal sellado marginal de la obturación o por una mala técnica de higiene, todo esto aunado a el deterioro normal del organismo, repercutirá en la dentadura de la persona, terminado con la pérdida del mismo. Y es así como pudimos observar también, que no todas las mujeres con una PSEA presentan una dentadura funcional, muchas de ellas ya se acostumbraron a manipular las prótesis no funcionales o simplemente presentan molestias con las cuales terminan por acostumbrarse.

Debido a los cambios fisiológicos, psicológicos y eventualmente patológicos que experimentan las personas mayores, es necesaria la adaptabilidad, en este caso la implementación de prótesis dentales que lleven a cabo de la mejor manera las funciones del aparato estomatognático. Una gran desventaja de las prótesis dentales es el costo, por lo cual la gran mayoría de la población no cuenta con acceso a este medio. En este estudio se observó que las mujeres de PSEA eran portadoras de algún tipo de prótesis, en la mayoría de las mujeres de PSEB portadoras de alguna prótesis, estas prótesis no se encontraban en condiciones funcionales, sin embargo, por el elevado costo de una prótesis nueva, prefieren seguir usando una prótesis no funcional.

Así mismo se observó que tanto las mujeres de PSEA como la mayoría de las mujeres de PSEB, eran portadoras de algún tipo de prótesis y éstas no se encontraban en condiciones funcionales, sin embargo, por el elevado costo de una prótesis nueva, prefieren seguir usando una prótesis no funcional.

El uso de prótesis no funcionales puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación, factores que conjuntamente con otros (higiene deficiente y/o malos hábitos), pueden provocar el desarrollo de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico. Una incorrecta higiene de las prótesis favorece el desarrollo de microorganismos e infecciones oportunistas en la boca como *Cándida albicans*.⁸⁹ En este estudio, se observó la presencia de úlceras por irritación de prótesis o algunas ocasionadas durante la masticación, aunque cabe destacar que las lesiones fueron muy escasas.

En las entrevistas se manifiestan aspectos subjetivos derivados del propio *habitus*, entre las mujeres existen creencias arraigadas que han pasado de generación en generación, como es el caso del embarazo, muchas veces el estado de salud se ve reflejado en las malas creencias. En la actualidad se sabe, que es posible mantener una buena salud bucal hasta la edad avanzada y que la dentadura no se pierde a causa del envejecimiento, sino debido a enfermedades bucodentales asociadas con diversos factores, así que envejecer no debe ser sinónimo de pérdida dental.

El interés y la atención que los individuos atribuyen a su cuerpo, es decir, por una parte, a su apariencia física, agradable o desagradable y, por otra, a sus sensaciones físicas, de placer o displacer, aumentan a medida que se sube en la escala social. Esto puede reflejarse en las normas de decoro, que definen la manera de caminar, vestirse, comer, lavarse o maquillarse. Esto depende de la edad y del sexo.⁷⁷

La estética socioculturalmente es un punto importante, proporciona seguridad en los individuos. La odontología 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; en una mujer con solvencia económica, la cuestión de la estética es un impedimento para su desarrollo social.

Las mujeres parecen más atentas a sus sensaciones mórbidas, se escuchan más, del mismo modo que los miembros de las clases superiores, y mantienen más fácilmente que los hombres una relación confortable con su cuerpo. La relación que los individuos mantienen con su cuerpo determina su consumo médico, porque dejan de lado el principio generador y unificador de las conductas que es el *habitus corporal* (conjunto de normas profundamente interiorizadas).^{75,77}

El nivel de consumo médico se genera por la disponibilidad de los servicios, el enfermo al divulgar el lenguaje con el cual pueden ser expresados los signos físicos y la sensación corporal. Se trata de una necesidad cultural o cultivada.

Para poder medir la salud bucal y sus repercusiones, se cuenta con diversos indicadores; sin embargo, la salud bucal se entiende como una variable integral que no puede ser medida directamente y debe ser inferida a partir de un conjunto de variables explicativas observadas (higiene oral, enfermedad periodontal, estado de la dentición, entre otros).

Diferentes estudios han mostrado cómo el análisis de clases latentes puede resumir las variables dentro de un grupo en la salud y cómo pueden asociarse estos con la calidad de vida, identificando las poblaciones de mayor riesgo.⁶¹

En este estudio se obtuvo un modelo con tres clases latentes que describían de mejor manera las variables. Las mujeres con mayor nivel socioeconómico y con acceso a los sistemas de salud contaban con una mejor salud bucal. Las que tienen menor nivel socioeconómico, son viudas y no sabían leer y escribir, presentaban una salud bucal desfavorable y conductas de riesgo que predisponen al edentulismo. Diferentes autores han demostrado que el bajo nivel económico, acompañado de un bajo nivel de educación son factores predisponentes para el desarrollo de enfermedades bucales. Tal es el caso de Mc Grath y col, quienes reportaron que los grupos de nivel socioeconómico más alto declaran que su salud bucal tiene un gran impacto en su calidad de vida, especialmente para mejorarla.⁹⁰ Esto puede deberse, también, a que el paciente de alto nivel socioeconómico está más preocupado por su salud bucal y su aspecto ante la sociedad, así mismo tienen mayor acceso a la atención dental que el paciente de bajo nivel socioeconómico. La salud bucal tiene una gran importancia en las relaciones sociales de las personas en especial cuando éstas se rigen por un estrato socioeconómico alto, muchos de ellos, argumentando que por perder una pieza dental entran en depresión, no obstante, para otros, generalmente los de bajo nivel socioeconómico, la pérdida de dientes es una realidad inevitable y atribuible a causas naturales del paso de los años.⁹⁰

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas. Las poblaciones con bajos recursos tienden a presentar peores resultados sanitarios en comparación con aquellos que tienen una mejor posición económica, además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria, a los bajos ingresos y al analfabetismo. De este modo, las personas con bajo nivel socioeconómico se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza genera mala salud y la mala salud mantiene la pobreza, así mismo se destaca que las personas de escaso recursos tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de

morbilidad que quienes tienen más dinero. Un claro ejemplo de esto es que normalmente los niños de familias con buen ingreso tienen una gran probabilidad de tener visitas al médico, estar vacunados a edades tempranas y que el tipo de nutrición sea el adecuado mejorando la calidad de vida a través de los años y por ende asegurando una mayor y mejor longevidad.⁹¹ Así mismo, las poblaciones con altos niveles de capital social tienen menos efectos negativos en la salud, se ha encontrado que las comunidades con mayor capital social presentarán una mayor expectativa de vida, una mejor percepción de su salud, son menos violentos, así como menores tasas de morbilidad y mortalidad.⁹²

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

La salud bucal debe entenderse como un derecho fundamental, identificando a la salud bucal como un componente de la salud general del individuo y del grupo social al cual se inserta, desde el entendido que los problemas bucales no representan causas de muerte inmediata para los individuos, pero sí menoscaban la calidad de vida de los individuos prolongando los estados de dolor y sufrimiento, y creando limitaciones y desventajas sociales y funcionales, involucrando el componente estético y el psicológico. Por ello, la salud bucal colectiva asume no sólo una responsabilidad técnica y biológica, sino también una responsabilidad donde influyen múltiples determinantes como los sociales, los culturales y los económicos y que al articularse desde la óptica social de la salud general debe plantearse como un reto a la salud pública.

El 75.0% de las mujeres de PSEA tenían educación media y superior y el 100% recibía ingresos. Las mujeres de PSEB el 87.2% tenía estudios de básicos y el 83.3% no recibía ningún tipo de ingreso.

El estado de salud bucal de las mujeres que conformaron el estudio no es el óptimo. Tanto las mujeres de PSEB como las de PSEA presentaron edentulismo (21.8%) y CPOD elevado (19.9 ± 6.3). Las mujeres de PSEB presentaron enfermedad periodontal (11.5%), higiene deficiente (64.4%), prótesis no funcionales (77.8%) y presencia de lesiones (12.8%) en contraste con las mujeres de PSEA que no presentaron enfermedad periodontal, higiene buena (71.3%), prótesis no funcionales (20%) y presencia de lesiones (2.2%).

De acuerdo con la clasificación que se realizó con el análisis de clases latentes de la salud bucal, 45.9% de ellas presentó una salud bucal favorable. Sin embargo, la salud bucal está asociada con la posición socioeconómica, la edad, el estado civil, y el nivel de educación, ya que las mujeres con PSEB, presentaron mayor frecuencia de edentulismo (32.1%) y salud desfavorable (26.9%) en comparación con las mujeres de PSEA, las cuales en su mayoría presentaron un estado de salud favorable (71.7%).

Las calidades de vida relacionada con la salud bucal entre los adultos mayores registraron mayor impacto en la función psicológica, dolor físico y limitación funcional; lo cual indica implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas.

Este estudio permitió identificar los diferentes capitales (económicos, culturales, sociales y heredados) que determinan las condiciones de salud bucal en la que se encuentran estas mujeres.

Las mujeres adultas mayores reconocen a la salud bucal como un componente de la salud general, así mismo entienden la salud bucal en términos de ausencia de dolor o tener todos los dientes en la boca, y sus visitas al profesional de la salud bucal en su gran mayoría se hacen cuando aparece el dolor, cuando se afecta la apariencia personal (estética) y muy pocas veces se hacen para un control o un adecuado mantenimiento de la salud bucal.

Los diferentes capitales (económico, cultural, social) a lo largo de la vida de los seres humanos puede influenciar a la salud por varios medios: facilitando el acceso a servicios de salud, sosteniendo la prevención por redes sociales formales e informales, impulsando un cambio social, y transmitiendo información de experiencias pasadas en salud. Si bien estos capitales han surgido como un concepto atractivo como un posible aporte en la salud pública, su aceptación como herramienta influyente en el desarrollo de programas de salud, requiere implementar medidas apoyadas en resultados generados localmente.

El modo y estilo de vida de la población depende directamente del sistema socioeconómico imperante, el cual también determina cambios en la calidad de vida y en el proceso salud-enfermedad. Las ancianas estudias están sometidas a diferentes tipos de violencia simbólica y ellas no reconoce claramente las condiciones de violencia y arbitrariedad, pese a que manifiestan su descontento o el sufrimiento que padecen. Las diferencias que establece el sistema y las exclusiones que perciben las ancianas son aceptadas como si derivaran del orden

natural, lo cual se traduce en una actitud pasiva ante la discriminación que son objeto y la falta de servicios de salud bucal que experimentan.

Finalmente podemos decir que los estudios con una metodología cuali-cuantitativa son complementarios y permiten un mayor acercamiento a la comprensión de la realidad. Al triangular dichas metodologías permiten direccionar el mismo problema de investigación asegurando una aproximación más comprensiva en la solución del problema de investigación. Es necesario realizar más estudios que permitan conocer mejor esta problemática y fortalecer los planteamientos curriculares, incrementando las acciones preventivas dirigidas a las funciones profesionales en la formación de odontólogos.

Se requiere mayores esfuerzos para que los odontólogos desde su formación cuenten no sólo con conocimientos técnico-científicos; es también necesario que integren la dimensión social a su praxis y reconozcan las representaciones sociales y la coexistencia de diferentes racionalidades en el encuentro educativo entre la y los profesionales, en el ámbito de los servicios de salud. Ello les permitirá relativizar sus propios conceptos e incursionar en propuestas educativas que reconozcan las diferencias culturales, permitan un diálogo con "el otro" y construyan propuestas acordes a la realidad de los sujetos sociales. Ello supone rupturas paradigmáticas, más que esfuerzos metodológicos, para el logro de una educación fundamentada en el respeto y en la práctica de relaciones más horizontales y democráticas, que parta de reconocer al otro como sujeto responsable y actor de su propio destino. El logro de tal ruptura en los procesos de formación profesional contribuiría a la superación de una educación que promueve la adopción de nuevos comportamientos para combatir los diferentes determinantes que causan la enfermedad.

CAPITULO 6. PERPECTIVAS

La Odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas. A pesar de los avances conceptuales, tecnológicos y científicos, cuyo cambio se ha visto más acelerado después de la segunda mitad de siglo XX, hoy aún persiste un enfoque individual donde resalta el desarrollo de servicios de salud bajo un modelo ecológico del proceso salud-enfermedad, mismo que no ha mostrado resultados sostenibles en materia de salud y calidad de vida.

La Odontología actual debe considerarse de carácter social la cual debe adquirir un compromiso ético con el bienestar de las personas ya que reconoce la influencia de factores sociales, políticos y económicos en los ámbitos locales y nacionales como determinantes de la situación de salud y, por ende, de la salud bucal.

Esta compleja problemática requiere acciones por lo que surgen la siguiente propuesta:

1. Fomentar la cultura de la prevención y autocuidado a nivel individual y poblacional. Se deben jerarquizar las acciones en relación con la salud bucal donde el principal objetivo debe ser mantener la salud de las familias, comunidades e individuos, a través de acciones de prevención, muy bien dirigidas y planificadas.
2. La Odontología debe ofrecer enfoques y estrategias para los diferentes individuos y las comunidades, a través de programas de educación, estrategias de información y comunicación, y acciones de atención primaria en salud. Por ello, la salud bucal debe entenderse desde una visión colectiva donde se busque proponer formas novedosas de entender y explicar la salud bucal y la enfermedad, para poder emprender nuevos es-

fuerzos que resulten en beneficio para las personas y comunidades que requieren los servicios de los expertos en salud bucal.

- 3.** Lograr políticas públicas más efectivas para mejorar la salud bucal de nuestra población; a través de políticas racionales y programas efectivos de salud bucal, involucrando a todos los prestadores de atención sanitaria que puedan contribuir a mejorar la salud bucal, trabajando de manera inter y multidisciplinaria para ofrecer mejores soluciones a los problemas de salud de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Perspectivas del envejecimiento en México. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/index.php?op=envejecimiento>

² Montes de Oca V. Buena hija; buena madre y esposa. Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM 2003; núm 8: 94-103 Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/hija.pdf>

³ Montes de Oca V. La tercera edad. Situaciones sociales de los viejos. Instituto de investigaciones sociales UNAM. Pp 35-35. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/situaciones.pdf>

⁴ CUAED. Envejecemos con dignidad, ¿Cómo se envejece en México? Espacio para material educativo, 2007. Disponible en: [http://mediacampus.cuaed.unam.mx/videos/983/\(2007\)-%22%C2%BFc%C3%B3mo-se-envejece-en-m%C3%A9xico?%22](http://mediacampus.cuaed.unam.mx/videos/983/(2007)-%22%C2%BFc%C3%B3mo-se-envejece-en-m%C3%A9xico?%22)

⁵ ¿Qué es la vejez? Perspectivas del envejecimiento en México. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/index.php?op=vejez>

⁶ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI (2010). Disponible en: http://mapserver.inegi.gob.mx/geografia/espanol/datosgeogra/basicos/estados/jal_geo.cfm.

⁷ Girón JM. Envejecimiento en México. Énfasis. Abril 2011. Disponible en: <http://enfasiscomunicaciones.com/miscelanea/envejecimiento-en-mexico/>

⁸ Salgado de Snyder VN, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública en México, 2007; vol. 49, Suppl 4 S515-521.

⁹ Salud y Envejecimiento: un documento para el debate. Organización mundial de la salud, 2001.

¹⁰Montes de Oca V. Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, Renglones. 2010. No. 62. Pp 159-181

¹¹Mateu Gil, M.L.; PaniselloChavarria, M.L.; LasagaHeriz, M.A.; BonfillAccensi, E. Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. Rincón científico, comunicaciones breves. GEROKOMOS 2007; 18 (1): 30-33.

¹² Romero YM. La salud bucal en el marco de las políticas públicas en Venezuela. ODOUS Científica. Vol. VI, No 2, Julio - Diciembre 2005. Pp 58-69

¹³ Michael I. Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People. JADA. 2007;138(1): 47S-52S.

¹⁴Gomes da Conceicao MC. Condiciones socioeconómicas de la tercera edad. Desigualdad social de la vejez.:13-15

¹⁵ Estébanez P. Desigualdad y salud. Medicina Humanitaria. Ed. Díaz de SANTOS 2005 Pp. 709-723 disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=kH9WmAqs_FMC&pg=PA710&lpg=PA709&ots=OxrrnWz2F7&dq=desigualdades++salud+oral+ancianos&lr=#v=onepage&q&f=false

¹⁶Benach J. Muntaner C. Diferencia no es desigualdad. Aprender a mirar la salud: como la desigualdad social daña nuestra salud. Ed. Intervención Cultral/El Viejo Topo, 2005. Pp 15-20. disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=AWkYnHyqau0C&pg=PA13&lpg=PA14&ots=IN84zRR8gv&dq=desigualdades++sociales+salud+oral+ancianos&lr=#v=onepage&q&f=false>

¹⁷ Adulto Mayor: Una nueva etapa de vida. Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada. Disponible en: http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf

¹⁸ Montes de Oca V. Mujeres mexiquense. Pasado y presente de las voluntades que transforman. Ed. Nuevo pensamiento.

¹⁹ Montes de Oca V. Cuerpos siempre ajenos que estorban a la modernidad. Vejez, una verdad excluida en la moral colectiva. Enero 1997. Disponible en: http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/VMO_vejez.pdf

²⁰Ham Chande R. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. El colegio de la Frontera Norte. 2003:97-122.

²¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud del mundo. Capitulo I: Salud mundial: retos actuales. 2003.

²² Crispian S, et al. La influencia de las enfermedades sistémicas en la salud bucal en adultos mayores. J Am Dent Assoc, Septiembre 2007, vol 138, no suppl 1, 7S-14S

²³ Ronald LE. Oral health and the aging population. The Journal of the American Dental Association 2007; 138; 5-6S.

²⁴ Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. JADA. 2016; 147(12):915-7.

²⁵ Gallegos CK, García PC, Durán MC, et al. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. RevSaude Pública. 2006; 40(5):792-801. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n5/08.pdf>

²⁶Gutierrez RLM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento, en La situación demográfica en México. 2004:53-70. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm26.pdf>

²⁷ Benyamini Y, Leventhal E, Leventhal H, et al. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. Psychosomatic Medicine. 2000;62:34-364. Disponible en: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10845349>

²⁸Alvim de Souza EH. Et al. Impacto de saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e ão institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). *Ciencia y Saúde Coletiva*. Río de Janeiro Sept 2010, vol. 15 no. 6.

²⁹ Werner CW, et al. Impacto sobre la vida diaria dental, el índice para la evaluación de la salud bucal geriátrica (GOHAI). *Rev. Odontología Geriatric* 1998, 11 (1), 62-70

³⁰ De Barrrios LAM, et al. Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo Octubre 2010 vol. 44, no. 5.

³¹ Borges YA; et al. Relación entre el estado de salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrientes en ancianos de tres localidades en México. *Nutrición clínica* 2003; 6 (1): 9-16. Disponible en: http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/revista_Nutricion_clinica.pdf

³²Gómez-Vela M, Sabeh, Eliana N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Disponible en: [http://www.usal.](http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm)

[es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm](http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm)

³³ Gonzales U, Grau J. La calidad de vida como problema de la bioética, Acosta JR ed. La Habana 1997; 279-285

³⁴Blanco GJ, López AO. Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción. En: Jarillo SEC, Guinsberg E. *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial. 2007:103-125

³⁵ Montero Martín Javier. *Calidad de vida oral en población general*. Editorial de la Universidad de Granada, España, 2006, pp 25-27

³⁶ Duran AL y col. La salud del adulto mayor temas y debates. IMSS 2004, México:157-189

-
- ³⁷ Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 2013;9(1): 150-162.
- ³⁸ Palacios RD, Castro OC, Reygadas ED. Calidad de Vida: Una Perspectiva Individual. Disponible en: [http://www. \Calidad de Vida Una Perspectiva Individual - Monografias_com.htm](http://www.Calidad de Vida Una Perspectiva Individual - Monografias_com.htm)
- ³⁹ Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *AnFacMed Lima* 2007; 68(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>
- ⁴⁰ Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud®*. 2004;1(1)Dsiponible en: http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULOMONICAMORA_017.pdf
- ⁴¹ Gift HC, Atckinson KH, Dayton M. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *SocSci Med* 1997; 5: 601-608
- ⁴² Abrams MA. Subjective social indicators. *Social Trends* 1973;4:35.
- ⁴³ Cohen L. K. and Jago J. D. Toward the formulatioa of sociodental indicators. *Int. J. Hlth Serv.* 6, 681, 1!)76
- ⁴⁴ Sheiman A, Steele JG, Marcenes W et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001;80:408-13.
- ⁴⁵ Ship JA. The influence of aging on oral health and the influence of aging on oral health and consequences for taste and smell. *Physiology & Behavior*. 1999; 66(2):209–215.
- ⁴⁶ Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CR, McDonald NJ, O'Malley K. Individual quality of life in the healthy elderly. *Qual Life Res* 1994;3:235–44.

-
- ⁴⁷Waldron D, O'Boyle CA, Kearney M, Moriarty M, Carney D. Quality-of-life measurement in advanced cancer: assessing the individual. *J Clin Oncol* 1999;17:3603–11.
- ⁴⁸ O'Boyle CA, McGee H, Hickey A, O'Malley K, Joyce CR. Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet* 1992;339:1088–91.
- ⁴⁹ Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995;41:1447–62.
- ⁵⁰ Jiménez FJ, Esquivel HR. La percepción de salud bucodental como medida de calidad de vida en ancianos. *Revista ADM* 2003; 60(1) 19-24
- ⁵¹Lyons RA, Fielder H, Littlepage NC. Measuring health status with the SF-36: The need for regional norms. *J Public Health Med* 1995; 17:46-50.
- ⁵² Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Reyes-Morales, H., de la Fuente-Hernández, J., Solórzano-Santos, F., & García-Peña, C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Pública de México*. 2007; 49(3), 173-181.
- ⁵³ Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54:680-687
- ⁵⁴ Locker D, Mater D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2001;29(5):373-381.
- ⁵⁵ Varela Londoño LE. Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores. *Invest Educ Enferm*. 2008; 26(1): 48-58.
- ⁵⁶ Tuirán R. Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México. Rabell C, y Zabala M. (comps.), *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión*

internacional, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2002.

⁵⁷ Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid. Editorial Taurus. 1991.

⁵⁸ Ettinger, R.L., Jakobsen, J.R. A comparison of patient satisfaction and dentist evaluation of overdenture therapy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:223-7.

⁵⁹ Gift HC, Atkinson KH, Dayton M. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Soc Sci Med* 1997; 5: 601-608.

⁶⁰ Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54:680-687

⁶¹ Jiang Y, Zack MM. A Latent Class Modeling Approach to Evaluate Behavioral Risk Factors and Health-Related Quality of Life. *Prev Chronic Dis.* 2011 Nov;8(6):A137.

⁶² Kendzor DE, Caughy MO, Owen MT. Family income trajectory during childhood is associated with adiposity in adolescence: a latent class growth analysis. *BMC Public Health* 2012;12:611.

⁶³ Ganso H, Berezin S, Scarímbolo G. Envejecimiento activo: Cuidado y autocuidado del adulto mayor en respuesta a la problemática social del envejecimiento. En III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2011. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-052/293>

⁶⁴ De la Pedraja García, E. L., González, E. A. M., Jimenez, A. R., Castro, A. I., & González, M. M. H. Evaluación funcional, cognitiva y biomédica de ancianos de 90 años y más. *Acta Médica del Centro.* 2015;9(2): 1-11.

⁶⁵ Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. México: SSA, 2006.

⁶⁶ Snyder, V., González-Vázquez, T. T., Jáuregui-Ortiz, B., & Bonilla-Fernández, P. " No hacen viejos los años, sino los daños": envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*. 2005; 47(4), 294-302.

⁶⁷ Borrell, C., García-Calvente, M. D. M., & Martí-Boscà, J. V. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*. 2004; 18, 02-06.

⁶⁸ Barrantes Monge, M. Género, vejez y salud. *Acta bioethica*. 2006;12(2), 193-197.

⁶⁹ Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*. 2007; 49, s515-s521.

⁷⁰ Secretaría de Desarrollo Social. Programa de Pensión para adultos mayores. Fecha de publicación 30 de noviembre de 2015. Disponible en:

<http://www.gob.mx/sedesol/acciones-y-programas/pension-para-adultos-mayores>

⁷¹ Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*. 1996; 38(6), 409-418.

⁷² Madrigal-Martínez, M. Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*. 2010; 16(63), 117-153.

⁷³ Bourdieu P. La distinción: criterio y bases sociales del gusto. Taurus, 2016.

⁷⁴ Bourdieu, Pierre; Inda, Andrés García; Benítez, María José Bernuz. Poder, derecho y clases sociales. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001.

⁷⁵ Bourdieu P. El sentido práctico. Siglo XXI de España Editores, 2008:92,93.

⁷⁶ Bourdieu P. La nobleza de estado. Educación de elite y espíritu de cuerpo, Buenos Aires, Siglo XXI, 2013.

⁷⁷ Boltanski, Luc. *Los usos sociales del cuerpo*. Ediciones Periferia, 1975.

⁷⁸ Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud pública de México*. 2007; 49, s436-s447.

⁷⁹ Gutiérrez-Robledo, L. M. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. *Salud pública de México*. 1996;38(6), 487-500.

⁸⁰ Abadio B. C. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral, *Acta bioética*. Santiago , Enero 2006.

⁸¹ Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, et al. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cuadernos de Saúde Pública*. 2011;3:460-470.

⁸² Borda NC. La incorporación y los límites de la conciencia. Nuevas rutas de diálogo entre la fenomenología de MERLEAU_PONTY y la filosofía de acción de Pierre Bordieu. *Desacatos. Revista de Antropología Social*. 2009; 30 (mayo-agosto).

⁸³ Huenchuan S, Guzmán JM, Monte de Oca ZV, Redes de apoyo social de las personas mayores:marco conceptual. *Notas de población*, 2003; 12: 36-70. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12750>

⁸⁴ Balazs G. La soledad. En Bourdieu, P. *La miseria del mundo*. Ediciones Ákal, 1999.

⁸⁵ Medina S. E. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *RevBiomed* 2006; 17:269-286.

⁸⁶ Carlos JP, Wolfe MD and Kingman A. The extent and severity index: a simple method for use in epidemiologic studies of periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1986;13:500-5.

⁸⁷ Medina S. E. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. *Unadescrición.RevBiomed* 2006; 17:269-286.

⁸⁸ Narvai CP. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*, 2006;40:141-7.

⁸⁹Yensi Diaz M. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatognáticas. Scielo. Habana Cuba, julio-septiembre 2007

⁹⁰ McGrath, C., & Bedi, R. A study of the impact of oral health on the quality of life of older people in the UK-findings from a National Survey.*Gerodontology*. 1998; 15(2), 93-98.

⁹¹ Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista panamericana de salud pública*. 2002; 11(5-6), 316-326.

⁹² Pattussi, M. P., Hardy, R., & Sheiham, A. (2006). Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. *American journal of public health*,96(8), 1462-1468.

ANEXOS

Anexo 1. INDICE CPOD

ESTADO DE LA IDENTACIÓN

C	Raíz	SITUACIÓN
0	0	Satisfactoria
1	1	Cariado
2	2	Obturado, con caries
3	3	Obturado, sin caries
4	--	Perdido, como resultado de la caries
5	--	Perdido, por cualquier otro motivo
6	--	Fisura obturada
7	7	Soporte de puente, corona especial o funda/implante
8	8	Diente sin brotar (corona) o raíz cubierta
10	--	Traumatismo (fractura)
9	9	No registrado

Los criterios para el diagnóstico y codificación son:

0- Diente sano. Un diente sano es considerado sano si no muestra evidencia de caries clínica tratada o sin tratar. Las etapas de la caries que preceden a la cavitación, así como otras condiciones similares a las primeras etapas de la caries, se excluyen, porque no pueden diagnosticarse con precisión. Así los dientes con los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, deben ser codificados como sanos:

- Manchas blancas o blanquecinas;
- Decoloración o manchas rugosas;
- Cavidades pigmentadas o / surcos y fisuras del esmalte, pero no presentan una base reblandecida perceptible, esmalte socavado, o reblandecimiento de las paredes;
- Áreas oscuras, brillantes, duras y fisuras del esmalte de un diente con fluorosis moderada a severa.

En caso de lesiones dudosas se registrará el diente como sano.

- 1- Diente cariado. Se considera que la caries está presente cuando una lesión en un surco, o fisura o sobre una superficie lisa (vestibular, lingual) presenta tejido reblandecido perceptible en la base, esmalte socavado o una pared reblandecida. También deben ser incluidos en esta categoría los dientes con restauración temporal. En las caries proximales el examinador debe asegurarse de que la sonda penetre en la lesión. Cuando exista alguna duda, no debe registrarse la caries como presente.
- 2- Diente obturado con caries. Un diente es catalogado como obturado con caries cuando contiene una o más restauraciones permanentes y una o más áreas cariadas. No se hace distinción alguna entre caries primaria y secundaria, (esto es, aunque una lesión cariosa esté o no asociada físicamente con la(s) restauración (es)).
- 3- Diente obturado sin caries. Los dientes son considerados como obturados sin caries cuando están presentes una o más restauraciones definitivas y cuando no hay caries secundarias (recurrentes) u otras áreas del diente con caries primaria. Se consideran también en esta categoría los dientes con corona colocada debido a caries previa. Un diente al cual se le ha colocado una corona por otras razones, no relacionadas a caries, por ejemplo, por trauma o por soporte de prótesis, se codifica como soporte de prótesis o corona especial, con el número 7.
- 4- Diente perdido debido a caries. Esta categoría es usada tanto para dientes temporales como permanentes, extraídos por caries. Para la dentición temporal este código debe ser aplicado sólo en sujetos, que están en una edad en la que la exfoliación normal no explica su ausencia.

En algunos grupos de edad, puede ser difícil distinguir entre dientes no erupcionados (código 8) y dientes extraídos. El conocimiento básico de la cronología de la erupción dentaria, el estado del diente contralateral correspondiente, la apariencia de la cresta alveolar en el área del espacio dentario en cuestión, y el estado de caries de otros dientes en relación a la

caries dental, pueden proporcionar pistas útiles para hacer un diagnóstico diferencial entre los dientes no erupcionados y los extraídos. Se debe enfatizar que el código 4 no deber ser usado para los dientes considerados ausentes por cualquier otra razón que no sea caries.

- 5- Diente permanente perdido por otras razones. Este código se usa para dientes permanentes considerados como ausentes por razones congénitas o extraídos por razones ortodónticas, o debido a un trauma, etc. Esta clasificación también se usa para dientes permanentes considerados como extraídos debido a enfermedad parodontal.
- 6- Fisura obturada. Se usa este código para dientes en los que un sellador de fisura ha sido colocado en la superficie oclusal, o para dientes en los que la fisura oclusal ha sido preparada para resina. Si un diente con sellador está cariado, debe ser codificado con el código 1 (cariado).
- 7- Soporte de puente o corona especial. Se usa este código para indicar que un diente forma parte de una prótesis fija, es decir es un soporte de prótesis. Este código también puede usarse para coronas colocadas por otras razones que no sean caries. Los dientes faltantes sustituidos por un puente se codifican con los códigos 4 ó 5, como otros dientes perdidos.
- 8- Diente no erupcionado. Esta clasificación se restringe a dientes permanentes y se usa sólo para un espacio dental con un diente permanente no erupcionado pero sin presencia del diente temporal. Desde luego, los dientes clasificados como no erupcionados se excluyen de todas las estadísticas relacionadas con caries.
- 9- Dientes excluidos. Se usa este código para cualquier diente que no pueda ser examinado.

Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D). Los datos sobre el índice CPO-D se calculan de la siguiente manera:

1. Componente cariado, incluye todos los dientes clasificados con el código 1 y/o 2.

2. Componente perdido, comprende los dientes con el código 4 en individuos menores de 30 años de edad y los dientes codificados 4 y 5 para individuos de 30 años y mayores.
3. Componente obturado, incluye solo los dientes con código 3.

La base para los cálculos de CPO.D es 32 dientes, incluyendo terceros molares.

Anexo 2. **ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)**

Greene y Vermillion crearon el índice de higiene oral simplificado. Este permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal. Para ello se miden dos aspectos: 1. La extensión coronaria de residuos o índice de residuos, y 2. La extensión coronaria de cálculo supragingival.

Se examinan seis dientes: el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y dos primeros molares inferiores.

DIENTE	16v	11v	26v	36L	31v	46L	TOTAL	PROMEDIO
Placa								() . () ()
Cálculo								() . () ()
								Total () . () ()

Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los residuos y cálculo.

VALOR	CRITERIO
0	No hay presencia de restos o manchas.
1	Restos blandos y/o cálculo que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada o presencia de manchas extrínsecas sin restos a pesar del área cubierta.
2	Restos blandos y/o cálculo que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.
3	Restos blandos y/o cálculo que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

Los datos de cada persona o de una comunidad pueden obtenerse al calcular las medias del índice, y los resultados se valoran según la siguiente escala:

- 0.0-1.2 Buena higiene bucal.
- 1.3-3.0 Higiene bucal regular.
- 3.1-6.0 Mala higiene bucal.

Anexo 3. Índice Periodontal Comunitario

Conocido por sus siglas en inglés (COMMUNITY PERIODONTAL INDEX OF TREATMENT NEEDS: CPITN), y también como Índice Periodontal de la Comunidad (IPC) como aparece en el Manual de Encuestas de la OMS. Fue desarrollado por un grupo de trabajo a petición de la FDI/OMS, en 1979, como método de encuesta para investigar condiciones periodontales. Finalmente fue analizado y descrito en 1982 por Ainamo y colaboradores.

Para su realización se diseñó la Sonda de la OMS, la cual tiene como características ser de poco peso, con una punta esférica de 0.5 mm, con una banda negra de 2 mm, ubicada entre los 3.5-5.5 mm, y anillos a 8.5 y 11.5 mm de la punta esférica. Sus ventajas son simplicidad, rapidez en el examen y uniformidad internacional. Registra las condiciones periodontales más comunes y tratables: sangramiento e inflamación gingival, bolsa periodontal y cálculos. Nos da necesidades de tratamiento en las poblaciones.

Divide la boca en seis sextantes definidos por los dientes: 17-14, 13-23, 24,27 37-34, 33-43, 44,47

Un sextante sólo se debe examinar si hay dos o más dientes presentes que no están indicados para extracción. Los dientes que se consideran para la obtención del Índice son: En los adultos de 20 años o más: 17 16 11 26 27 47 46 31 36 37

Los molares se examinan en pares, y solo se registra una calificación (la más altas) solo se registra una calificación para cada sextante. Los dos molares en cada sextante posterior se aparean para la anotación y, de faltar uno, no se realiza una sustitución. Sí no existe en el sextante los dientes índices que ameriten el examen, se examinan el resto de los dientes presentes en ese sextante y se anota la puntuación más alta como la correspondiente al sextante.

En el caso de las personas menores de 20 años, sólo se examinan seis dientes índices: 16 11 26 . 46 31 36

PUNTAJE CRITERIOS Código 0. Tejido sano. Si no hayan necesidades de

tratamiento (Bolsas, Cálculo, Sangrado)

Código 1. Sangramiento observado durante o después del sondaje. Nota: Si no se observan bolsas patológicas o cálculos pero aparece sangrado después del sondaje suave, se registra el código 1 para el sextantes

Código 2. Cálculos u otros factores retentivos de la placa tales como coronas Mal adaptadas o bordes deficientes de obturaciones. Nota. Si no hay profundidad de bolsas que lleguen o pasen al área coloreada de la sonda INTPC pero es detectado cálculo supra o subgingival u otros factores retentivos de placa, se asigna el código 2.

Código 3. Bolsas patológicas de 4 ó 5, o sea cuando el margen gingival se encuentra en el área negra de la sonda. Nota: si la bolsa más profunda encontrada en el diente o dientes designados en un sextante es de 4 ó 5 mm se registra el código 3, no hay necesidad para examinar cálculos o sangrado gingival.

Código 4. Bolsa patológica de 6 mm o más, no está visible el área negra de la sonda IPC.

Código X. Cuando solamente hay un diente presente o ninguno en un sextante (se excluyen los 3ros molares al menos que estos funcionen en lugar de los segundos molares. A esta modificación se realiza a fin de evitar la puntuación de alteraciones asociadas al proceso de exfoliación y erupción dentaria. Los segundos molares tienen alta frecuencias de falsas bolsas (no inflamatorias, asociadas a falsas bolsas)

A partir de los valores obtenidos se sacan los porcentajes y los promedios de sanos y afectados en la población para cada una de las condiciones o criterios. Algunos investigadores no recomiendan la obtención de promedios pues refieren que se pierde información necesaria para la planificación de tratamientos, lo cual es uno de los objetivos de su aplicación.

Anexo 4. Funcionalidad de las prótesis.

La funcionalidad de las prótesis se mide a través de tres criterios: estabilidad, retención, defectos y oclusión. Si alguno de estos criterios no es adecuado la prótesis se registra como no funcional.

Estabilidad. Es la resistencia que presenta la dentadura ante la presión ejercida durante un movimiento horizontal. Fue registrada por el examinador al colocar un dedo en la región premolar de cada lado de la prótesis e intentar su desplazamiento, inclinación ó rotación. Se registrará de la siguiente forma:

- . 0--- No existe movimiento.
- . 1--- Se presenta ligero movimiento, pero éste es funcionalmente adecuado.
- . 2--- Se presenta demasiado movimiento, por lo que se requiere de tratamiento.

Retención. Es la resistencia en contra de cualquier desplazamiento vertical en ambos sentidos, que tienda a alterar la relación de la dentadura con los dientes y las otras estructuras de soporte. Esta información fue obtenida por el examinador, el cual colocará sus dedos en la región incisal de la dentadura, por el lado lingual ó palatino y tratará de empujar la dentadura labialmente. Se registró como:

- . 0--- Buen sellado
- . 1--- Se presenta algo de movimiento, pero éste es funcionalmente adecuado.
- . 2--- Se presenta demasiado movimiento, por lo que se requiere tratamiento.

Defectos.--- Es cualquier pérdida de continuidad en la base protésica, ausencia de dientes, fractura de dientes, fractura de retenedores, fractura de márgenes. Esta información fue obtenida por observación directa del examinador.

Oclusión.--- Es cualquier contacto entre las superficies oclusales, de los

dientes inferiores y superiores durante cualquier movimiento de la mandíbula sin considerar el número de dientes. Esta clasificación se determina con base a las observaciones realizadas durante el examen clínico, al presionar la dentadura maxilar firmemente hacia los tejidos de soporte y pedir al paciente ocluir lentamente (posición céntrica). Se registró como:

Correcta: Existe oclusión balanceada bilateral, y contacto simultáneo entre los dientes anteriores y posteriores al menos en tres puntos durante los movimientos laterales. No se observan contactos prematuros ó desgaste excesivo de las superficies oclusales de los dientes.

Incorrecta: No existe oclusión balanceada bilateral. Se observa un severo desgaste de las superficies oclusales de los dientes e incluso pérdida de contacto. También si se observan contactos prematuros.

Anexo 5. The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

El GOHAI mide el efecto de la salud bucal en la calidad de vida utilizando doce reactivos seleccionados para reflejar los problemas que afectan a las personas en tres dimensiones acerca del bienestar oral, evaluando los siguientes aspectos: (1) funciones físicas, (2) funciones psicosociales y; (3) dolor – incomodidad, durante los últimos tres meses.

Este instrumento desarrollado por Atchison y Dolan de las universidades de California y Florida, se baso en tres supuestos: (1) que la salud oral puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente, (2) que los niveles de salud oral varían entre los pacientes y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción del paciente, y (3) que la autopercepción ha sido identificada como predictora de la salud oral.

Este tipo de instrumento puede ser aplicado por personal sanitario no odontólogo.

El GOHAI otorga a cada reactivo una puntuación a través de una escala Likert (siempre=5, muy frecuentemente=4, frecuentemente, a menudo=3, algunas veces, a veces, de vez en cuando=2, raramente=1, y nunca=0). La puntuación total corresponde a la suma de las puntuaciones parciales y oscila entre 0 y 60 puntos.

Ítems	Pregunta: ¿En los tres últimos meses...	S	F	AV	RV	N
1	Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
2	Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas	1	2	3	4	5
3*	Cuántas veces ha tragado usted bien?	1	2	3	4	5
4	Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
5	Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	1	2	3	4	5
6	Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7*	Cuando usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5
8	Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9	Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10	Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11	Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12	Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

S=Siempre (1); F=Frecuentemente (2); AV=Algunas veces (3); RV=Rara vez (4); N=Nunca (5). Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (Siempre (5); F=Frecuentemente (4); AV=Algunas veces (3); RV=Rara vez (2); N=Nunca (1)), conversión que se realiza al momento del análisis.

Anexo 6. Cuestionario

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM

Folio /_/_/ /_/_/ /_/_/

NOMBRE: _____

Sexo 1. Masculino 2. Femenino /_/_/

Edad /_/_/ /_/_/

Mes y año de nacimiento
mes/ /_/_/ /_/_/ año/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Estado Civil
1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Divorciado /_/_/

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia: _____

¿Cuántos años vivió en su última residencia? /_/_/
 1. menos de 5 2. De 5 a 10 3. Más de 10 años

¿Sabe leer y escribir? /_/_/
 1. Sí 2. No 3. Sólo leer 9. No hay respuesta

Titulación más alta entre las conseguidas: /_/_/
 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria
 4. Preparatoria 5. Licenciatura o posgrado 6. Analfabeta
 7. Carrera técnica

Profesión que ejerció en su etapa laboral: _____

Titulación y profesión más alta de sus padres:

Titulación	Profesión
Madre: _____	_____
Padre: _____	_____

Profesión que ejerce actualmente: _____

¿Cuál es su ocupación actual? /_/_/
 1. Oficio 2. Hogar 3. Técnico 4. Empleado
 5. Comerciante 6. Profesionista 7. Negocio Propio
 9. No responde Otra _____

¿Cuál es su situación laboral actual? /_/_/
 1. Pensionado 2. Pensionado y sigue trabajando
 3. Retirado y no recibe pensión 4. Trabaja
 5. Nunca ha trabajado 6. Trabajo en casa
 9. No hay respuesta

¿Recibe algún tipo de Ingreso? /_/_/
 1. Pensión 2. Renta 3. Seguros 4. Gasto 5. Sueldo
 6. Ninguno

¿Cuál es su ingreso mensual aproximado? /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Fuentes de ingreso actual /_/_/
 1. Pensión 2. Hijos 3. Trabajo actual 4. Gasto

¿Cuántas personas viven con usted? /_/_/ /_/_/

SALUD AUTO PERCIBIDA

Enseguida, tengo algunas preguntas que hacerle sobre su salud:

En general: ¿Cómo puede usted describir su salud? /_/_/
 1. excelente 2. buena 3. regular 4. mala
 5. muy mala 8. no sabe 9 = no hay respuesta

En general: ¿Cómo piensa usted que su salud afecta a sus actividades diarias? /_/_/
 1. No le afecta, todo lo puede hacer 2. Prácticamente no le afecta 3. La afecta Algunas veces 4. La afecta mucho 5. No soy capaz de trabajar o realizar mis actividades diarias 9. No hay respuesta

¿Me puede decir si su salud es mejor, igual o no tan buena como la mayoría de la gente de su edad? /_/_/
 1 = mejor 2 = igual 3 = no tan buena 8 = no sabe 9 = no hay respuesta

ENFERMEDAD Y SU IMPACTO

En el último año: ¿Cuántas veces vio a un doctor? /_/_/
 1 = 0-2 veces 2 = 3-6 veces 3 = más de 6 veces 8 = no sabe 9 = no hay respuesta

Cuál fue el motivo para ir al doctor? /_/_/
 1 = principalmente como control de rutina 2 = principalmente por tratamiento 3 = por los dos motivos anteriores 9 = no hay respuesta

En el último año: ¿Cuántos días pasó estando enfermo en el hospital? /_/_/
 1 = ninguno 2 = 1-21 días 3 = más de 21 días 9 = no hay respuesta

En el último año: ¿Cuántos días pasó estando enfermo en su casa (en cama)? /_/_/
 1 = 0-3 días 2 = 3-14 días 3 = más de 14 días 9 = no hay respuesta

Durante el último mes, usted ha sido afectado(a) por lo siguiente:
 1 = no 2 = sí 8 = no sabe 9 = no hay respuesta

Tos	/_/_/
Diarrea	/_/_/
Fiebre	/_/_/
¿Tiene Usted Diabetes?	/_/_/
¿Tiene Usted Hipertensión?	/_/_/
Artritis / artrosis	/_/_/
Osteoporosis	/_/_/
Catarata	/_/_/
Problemas de las vías urinarias	/_/_/
¿Actualmente está en tratamiento?	/_/_/

SALUD DENTAL

¿Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses?
 1. Sí 2. No 9. No sabe

Si responde Sí ¿en qué lugar fue atendido? /_/_/ /_/_/
 1. SSAS 5. PEMEX 9. DIF
 2. ISSSTE 6. Servicio de bancos
 3. IMSS 7. Particular
 4. MDDF 8. UNAM
 9. NO SABE 10. OTRO _____

¿Cuáles fueron las razones para consultarlo esta última vez? _____

GOHAI

Ítems	Pregunta: ¿En los tres últimos meses...	S	F	AV	RV	N
1	Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
2	Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas	1	2	3	4	5
3*	Cuántas veces ha tragado usted bien?	1	2	3	4	5
4	Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
5	Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	1	2	3	4	5
6	Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7*	Cuando usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5
8	Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9	Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10	Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11	Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12	Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

S=Siempre (1); F=Frecuentemente (2); AV=Algunas veces (3); RV=Rara vez (4); N=Nunca (5). Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (Siempre (5); F=Frecuentemente (4); AV=Algunas veces (3); RV=Rara vez (2); N=Nunca (1)), conversión que se realiza al momento del análisis.

EXAMEN CLÍNICO

USO DE PRÓTESIS

¿Es portador de dentadura(s) o prótesis? /_/

1. Si 2. No 3. No responde

Tipo de prótesis	Número	Superior (1)		Inferior (2)	
Parcial removible					
Parcial fija					
Total					

MALOCLUSIONES /_/

0=ninguna
1=leve
2=moderado
3=severo

¿Cuántos años o meses lleva usando ésta dentadura(s)?

Superior /_/ /_/ años /_/ /_/ /_/ meses
Inferior /_/ /_/ años /_/ /_/ /_/ meses
Ambas /_/ /_/ años /_/ /_/ /_/ meses

¿Funcionalidad de las prótesis: 1. Si 2. no

Superior
Inferior
Ambas

VALORACIÓN DE LA ATM /_/

0=ATM normal
1= chasquido
2=bloqueo autocorrectivo
dislocación de la ATM
4=dolor relacionado con la ATM

PRESENCIA DE LESIONES /_/

1.si 2. no

TIPO DE LESIÓN

MUCOSA BUCAL

HUESO

IHOS							IPC					
DIENTE	16v	11L	26v	36L	31v	46L	16/26	11	26/27	36/37	31	46/47
Placa												
Cálculo												
PLACA 0=ausencia de dentritos 1= Presencia de restos cubriendo no más de un tercio 2= Presencia de restos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie 3= Presencia de restos cubriendo más de 2/3 de la superficie							CÁLCULO 0= Ausencia de cálculo 1= Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de un tercio de la superficie 2= Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival 3= Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o banda continúa de cálculo subgingival					
							IPC 0=sano 1=sangrado 2=cálculo 3= Bolsa de 3-4mm (banda negra de la sonda parcialmente visible) 4= Bolsa de 6 o más (banda negra de la sonda invisible)					

CPOD

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- 1=sano
- 2=obturado con caries
- 3=obturado sin caries
- 4=perdido por caries
- 5=perdido por otra razón
- 6=selladores
- 7=apoyo de puente o corona
- 8=no erupcionado
- 9=excluido

NOMBRE: _____

En su hogar usted cuenta con:

Estéreo	
Televisión	
DVD	
Cámara fotográfica	
Cámara de video	
Computadora	
Internet	
Teléfono fijo	
Teléfono celular	

¿dígame sus tres cantantes favoritos?

1. _____ 3. _____
2. _____

¿cuál es el origen de sus muebles? /_/_/

1. almacén _____ 2. Artesano 3. Herencia
otro: _____

Si pudiera elegir, ¿De qué estilo preferiría comprar sus muebles? /_/_/

1. moderno 2. Antiguo 3. Rústico

¿De qué estilo son sus muebles? /_/_/

1. moderno 2. Antiguo 3. Rústico

¿Cuáles son los tres adjetivos que mejor califican el hogar que le gustaría habitar?

Claro, limpio	
confortable	
arreglado	
Sobrio, discreto	
Cálido	
Fácil de mantener	
Clásico	
armonioso	
cuidado	
Lleno de fantasía	
Práctico, funcional	
Íntimo	

Entre las siguientes actividades, con que frecuencia usted las practica?

	Con frecuencia	raramente	nunca
Ejercicio			
Marcha			
Artes plásticas			
Practica algún instrumento musical			
Juegos de azar			
Leer			
Ver televisión			
Cine			

¿Prefiere usted un vestuario?

De corte clásico y de buena calidad	
Que se inspire en la moda y corresponda con su personalidad	
Sobrio y correcto	
Audaz y refinado	
En el que se sienta cómodo	
Elegante y distinguido	
Otro: _____	

Cuando tiene invitados, ¿qué tipo de comidas sirve usted preferentemente?

Sencillas pero bien presentadas	
Finas y esmeradas	
Sobrio y correcto	
Abundantes y buenas	
Sin ceremonias	
Apetitosas y económicas	
Originales y exóticas	
tradicionales	
Otro: _____	

Entre los géneros de libros que usted prefiere, ¿Cuáles son los tres que usted prefiere?

Policíacos, libros de aventuras	
Historias sentimentales	
Narraciones de viajes o de exploraciones	
Narraciones históricas	
Obras científicas	
Poesía	
Obras políticas	
Obras filosóficas	
Obras de autores clásicos	
Obras de autores modernos	
Otro: _____	

Entre los géneros de filmes que usted prefiere, ¿Cuáles son los tres que usted prefiere?

de aventuras	
de guerra	
Del oeste	
Policíacos	
Históricos	
Comedias musicales	
Cómicos	
Dramáticos	

Teatro					Terror	
					Otro: _____	

Si escucha radio, ¿qué emisiones escucha principalmente? de variedades					Si ve televisión, ¿qué emisiones escucha principalmente?	
informativos					culturales	
culturales					variedades	
Música clásica					telenovelas	
Música popular					Otro: _____	
Otro: _____						

Guía de entrevista sobre salud bucal

1. ¿Qué es para usted la boca?
2. ¿Para qué sirve la boca?
3. ¿Le agrada su boca?
4. ¿Qué no le gusta de su boca?
5. ¿ha oído hablar sobre la salud bucal?
6. ¿Qué entiende por salud bucal?
7. ¿Qué recuerdos tiene de su boca?
8. ¿De niño usted lavaba sus dientes?
9. ¿Quién le enseñó a lavarse los dientes?
10. ¿qué recuerdos tiene usted de la boca de sus padres?
11. ¿Conserva sus dientes?
12. ¿Cómo perdió sus dientes?
13. ¿Usa prótesis?, ¿cómo le va con ella?
14. ¿qué atención le da a su boca?
15. ¿cómo conserva su salud bucal?
16. ¿actualmente que hace por su boca y por qué?
17. ¿cuándo fue la última vez que fue al dentista y cuál fue el motivo de la visita?