



Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores

Rosa Isabel Esquivel Hernández,* Juana Jiménez Férrez,**
Ana Luisa González-Celis Rangel,*** Adriana Amparo
Gazano Fulgencio****

- * Profesor Titular "A" de la Carrera de Cirujano Dentista.
- ** Profesor Asociado "C" de la Carrera de Cirujano Dentista.
- *** Profesor Titular "A" de la Carrera de Psicología.
- **** Pasante de la Carrera de Cirujano Dentista.

Resumen

Antecedentes: Debido a los cambios y pérdidas a través de los años, la depresión es frecuente entre adultos mayores, causa sufrimiento y disminuye la percepción de calidad de vida y salud. La salud bucal tiene un papel esencial en el bienestar y en la calidad de vida, sin embargo, son frecuentes los problemas bucales en la vejez. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida, en un grupo de adultos mayores que se encuentran en asilos y fuera de ellos. **Material y métodos:** Estudio transversal y asociativo en 115 adultos mayores que se encuentran en asilos y fuera de ellos. Se aplicaron instrumentos para evaluar depresión, salud bucal y calidad de vida. **Resultados:** Más de la mitad de los sujetos no presenta síntomas depresivos; siendo menor en quienes realizaban actividad física. La mayoría de las personas utiliza prótesis dental, en algunos casos sólo cumple funciones estéticas. Los sujetos tienen una percepción negativa de su salud bucal y regular de su calidad de vida. No se encuentra asociación entre salud bucal y calidad de vida. Quienes se encuentran fuera de los asilos tienen una percepción más positiva de su calidad de vida y salud bucal que quienes viven en asilos, siendo en todos los casos más negativa para los que presentan depresión. **Conclusiones:** La depresión es un trastorno que afecta la percepción de salud bucal y de calidad de vida de adultos mayores, la práctica de actividad física contribuye a disminuir sus efectos.

Palabras clave: Adultos mayores, calidad de vida, depresión, salud bucal.

Abstract

Background: Depression is common in older adults, because changes and losses are coming trough the years, they suffer and decrease their perception on quality of life and health. Oral health has an esencial roll in the well being and quality of life, however oral problems are frequent in elderly. **Objective:** To evaluate depression, perception of oral health and quality of life. **Material and methods:** Associative and transversal study in 115 old adults, inside and outside of rest homes. Instruments to evaluate depression, oral health and quality of life were applide. **Results:** More than half of the sample not depressive symptoms; being lower in those who practice physical activity. Most of them use oral prosthesis, some have only aesthetic functions. Older adults have negative perception on oral health and regular on quality of life. There are not association between oral health and quality of life. Those found outside of rest homes have more positive perception on quality of life and oral health, than those inside, in all cases depressive people are most negative. **Conclusion:** Depression is a disability, impact on perception of quality of life and oral health of older adults, physical activity decrease it's effects.

Key words: Elderly, quality of life, depression, oral health.

Proyecto Calidad de Vida y Salud. División de Investigación y Posgrado. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.

Recibido para publicación:
23-Febrero-2005

Introducción

Envejecer es un proceso natural de todo ser vivo y por tanto es individual, progresivo e irreversible, condicionado por factores genéticos y ambientales interactuando a través del tiempo.¹ Existen diferentes definiciones de envejecimiento, una de ellas lo clasifica en tres tipos. El envejecimiento usual es el deterioro normal como producto del paso del tiempo. El proceso patológico de envejecer es el ocasionado por enfermedades múltiples, que provocan en el organismo un envejecimiento más rápido. Y el envejecimiento exitoso es el que se utilizan medidas preventivas para vivir más y en mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales.² En el envejecimiento se presentan cambios tanto visibles como imperceptibles que afectan al sujeto en su integridad y repercuten en su mundo.

Los cambios biológicos asociados al envejecimiento afectan procesos vitales como: visión, audición, gusto, olfato, tacto, temperatura, sentidos vestibulares y acción psicomotriz; también existen modificaciones en componentes psicológicos que se presentan con el envejecimiento en las áreas de memoria, aprendizaje, inteligencia y personalidad, todos afectan el aspecto social de la vida de las personas. Por su parte González considera que envejecer en nuestra sociedad tiene consecuencias negativas para el sujeto, una de las que aparece con frecuencia es la depresión.³ Durante la vejez la depresión causa sufrimiento y disminuye significativamente la calidad de vida y salud.⁴

Los episodios depresivos pueden darse a cualquier edad y sus síntomas son diferentes. Para definirla es necesario encontrar un concepto que permita abarcar la importancia que tiene y que describa objetivamente el trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está disminuida pero puede haber agitación, hay predisposición a la recurrencia a intervalos regulares.⁵ Es importante atender las complicaciones de los síntomas depresivos para ofrecer apoyo dirigido a que la persona pueda sentirse mejor consigo misma y en su entorno.

Algunas de las causas de depresión son biológicas (factores genéticos), sociales (estrés) y psicológicas (experiencias tempranas negativas).⁶

En la tercera edad, la persona sufre diversas pérdidas: de seres queridos, de roles y de estatus económico, lo que conlleva deterioros en el nivel físico, con la necesidad de someterse a tratamientos con múltiples medicamentos que alteran su ánimo y la sensación de no tener ningún control sobre su vida.⁷ Estas circunstancias pueden desencadenar un estado depresivo.

Existen otras posibles causas de la depresión que padecen los ancianos, que implican cambios en la estructura celular y hormonal, por el mismo proceso de envejecimiento. Cualquiera de estos factores puede hacer que una persona se deprima. La característica esencial en un episodio depresivo es un lapso de al menos dos semanas durante el cual hay una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.⁸

En los adultos mayores se pueden enumerar los síntomas por fases.⁹ Primera fase o comienzo de la depresión caracterizada por modificación del humor y del carácter, hiperactividad, dudoso en las decisiones, susceptible, disminución del rendimiento físico e intelectual, insomnio, cefaleas, trastornos digestivos y anorexia entre otros. Segunda fase de estado depresivo donde se pueden presentar trastornos afectivos (tristeza, displacer, pérdida de gusto por las cosas, ansiedad, miedo, acobardamiento, incomodidad general, malhumor, vacío interior, apatía, necesidad de ayuda), trastornos del pensamiento y lenguaje (enlentecimiento, escasa productividad, dificultades de concentración, atención disminuida, pérdida de memoria reciente, hipocondría y pesimismo), trastornos de la conducta (llanto, agitación, inhibición, aislamiento) y trastornos somáticos (astenia, fatiga, mialgias, estreñimiento, dispepsias, sequedad de boca, vértigo y mareos).

La depresión crea una percepción diferente del entorno, de las relaciones con otros e incluso con ellos mismos. Por tanto, es importante no confundir algunos síntomas de enfermedades físicas, propias de la tercera edad, con depresión.

La salud bucal es parte fundamental de la salud en general y por tanto es un componente de la calidad de vida.¹⁰ La cavidad bucal es el primer órgano del aparato digestivo y gracias a ella se recibe, tritura y digieren los alimentos. También participa activamente en la percepción del sabor y en la respiración. Permite hablar y realizar distintos gestos y sonidos a través de los cuales es posible la comunicación con las demás personas.¹¹ Por lo anterior, es prioritario mantener una buena salud bucal no importando la edad que se tenga, ya que la boca juega un papel esencial en el bienestar general y en la calidad de vida. Investigaciones recientes demuestran que la salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores puede mejorar por medio de la prevención.¹²

Lamentablemente aun cuando los geriatras reconocen la importancia de concentrar la atención en las necesidades de salud bucal de los adultos mayores, la norma en este grupo es una pobre higiene bucal, enfocándose la mayor parte de los servicios preventivos a niños y adolescentes.¹³

Existe gran número de factores que ponen a los adultos mayores en riesgo de presentar enfermedades bucales

como condiciones físicas y mentales, uso de medicamentos para enfermedades sistémicas y no asistir a visitas dentales de rutina.¹⁴

Los problemas más comunes de salud bucal en adultos mayores son caries y enfermedad periodontal, que afectan a más de 50% de los adultos mayores; cáncer oral que pasa desapercibido por falta de visitas preventivas al dentista; xerostomía, que favorece la proliferación de la flora; así como la presencia de otras enfermedades sistémicas con síntomas en cavidad bucal, entre ellas diabetes, artritis, Alzheimer e hipertensión.¹⁵ Por ello, es importante atender y educar a los adultos mayores sobre la necesidad de visitar regularmente al dentista para asegurar que su salud bucal se mantenga en buenas condiciones y poder prevenir enfermedades, ya que un diagnóstico temprano puede mejorar su calidad de vida.¹⁶ Se ha propuesto que la percepción de la salud bucal guarda relación con la calidad de vida y con la salud en general,¹⁷ debido a que se ha estudiado que las alteraciones que se presentan en la boca comprometen el bienestar funcional, social y psicológico de los adultos mayores, lo que se supone tiene un efecto en su calidad de vida, sin embargo, los estudios no son comparables entre sí, lo que limita su aplicación para el planteamiento y monitoreo de programas de salud bucal.¹⁸

La salud constituye el aspecto más relevante de la calidad de vida a medida que la persona avanza en años, por lo que es conveniente mantener la independencia y vivir en un entorno social estable.

La salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores puede mejorar con la evaluación oportuna y la prevención.

La OMS propuso en 1994, definir la calidad de vida como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.¹⁹

Envejecer y llegar a formar parte del grupo de las personas de la tercera edad está lleno de obstáculos, colocados principalmente por las concepciones negativas que la sociedad ha creado con respecto a esta etapa, pero se ha visto también que el enfoque del envejecimiento puede ser reivindicado para propósitos positivos que promuevan una mejor calidad de vida.²⁰

Objetivo. Evaluar el efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y la calidad de vida en un grupo de adultos mayores que se encuentran en asilos y fuera de ellos.

Material y métodos

Se realizó un estudio no experimental y transversal, en una muestra de 115 sujetos de los cuales 43 pertenecían

a asilos y 72 a Centros Sociales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) antes llamado Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), con edades entre 60 y 96 años (media de 73.88 años). El grupo estuvo formado en su mayoría por mujeres (78.8%). Su nivel de estudios fue primaria terminada para 60%, mientras que 11.3% tenía secundaria, 21.7% con educación media o superior y sólo 7% sin estudios. De los sujetos que se encontraban fuera de los asilos, 27.8% vivía acompañado por un familiar o amigo, 20.9% con pareja y 14.8% solos; mientras que los ancianos que viven dentro de los asilos son personas solas que duermen en habitaciones compartidas por otros.

Se completaron los siguientes tres instrumentos:

- 1) La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale GDS*) de Yesavage,²¹ versión corta en español. Es una escala para evaluar síntomas depresivos y está diseñada para aplicarse en población anciana. La escala GDS, en su versión corta, está compuesta por 15 reactivos que tienen un formato de preguntas cortas, con respuestas dicotómicas. Calificaciones por arriba de 5 puntos indican probable depresión y entre más alta calificación, mayor presencia de síntomas depresivos.
- 2) Instrumento para medir la percepción de la salud bucal. Este instrumento fue propuesto por Strauss, y modificado por Jiménez F. y Esquivel RI (2002),²² para adoptarlo a población adulta mayor en México. Está formado por 21 preguntas, algunas de opción múltiple y las demás en escala de Likert, relacionadas con el estado de salud de la boca, uso de prótesis y la influencia de los dientes en el aspecto psicológico, biológico y social. Las puntuaciones están dadas en escala de 0 a 100; valores altos indican mejor salud bucal percibida.
- 3) El WHOQoL-Bref, realizado por el Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, que mide la calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, medio ambiente y relaciones sociales; también mide la calidad de vida en general y la percepción del estado de salud física. Fue traducido al español por González-Celis y Sánchez-Sosa (2003).²³ Las puntuaciones totales de calidad de vida están dadas en una escala de 0 a 100; entre mayor es la puntuación mejor es la calidad de vida percibida por el sujeto.

Procedimiento

La recolección de la información se realizó en forma personal y verbal mediante entrevistas a los sujetos que participaron de manera voluntaria. La aplicación de los instrumentos fue para todos los sujetos en el siguiente orden: depresión, salud bucal y calidad de vida. Las entre-

vistas se aplicaron en un periodo aproximado de dos meses. Y para obtener mayor validez se realizó una prueba piloto a una muestra de 30 sujetos para asegurar que las preguntas fueran entendidas. Se procedió a levantar las encuestas a 115 sujetos. Para el análisis de la información se empleó el paquete SPSS versión 10 para Windows.^{24,25}

Resultados

Con base en el instrumento de depresión la mayor parte de la población no presenta síntomas depresivos como se puede apreciar en el *cuadro I*.

Cabe mencionar que hubo más sujetos con síntomas depresivos entre el grupo que se encontraba en los asilos que los que estaban fuera de ellos, sin embargo las diferencias no fueron significativas. Se aprecia que no existe ninguna asociación entre depresión y edad.

En cambio, quienes realizaron actividad física presentaron significativamente menor depresión que quienes no la realizaban ($t = 3.457$, g.l. = 113 $p < 0.001$).

En general, los sujetos del estudio tuvieron una percepción negativa de su salud bucal. Por medio de una prueba t de Student, se observó que esta percepción fue muy similar entre los sujetos que pertenecen a Centros Sociales del INAPAM y los que pertenecen a asilos, no habiendo diferencias significativas entre los dos grupos.

La mayoría de la población utiliza prótesis, mientras que 25% afirmó no necesitarla. Destaca el grupo que teniendo necesidad de la prótesis, no la usa por diversas razones, las más frecuentes fueron de índole económico como se aprecia en la *figura 1*.

El *cuadro II* presenta los promedios de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos aplicados. Los valores altos son indicativos de percepción positiva, excepto para la depresión, donde los valores bajos son indicativos de ausencia de síntomas depresivos. Se observa que el promedio de la percepción de calidad de vida fue superior a 50, mientras que la media de salud bucal resultó muy baja. En cambio, la media de la depresión presentó valor bajo, indicativo de poca presencia de este trastorno en el grupo estudiado.

Cuadro I. Distribución de frecuencias y porcentaje de sujetos que presentaron síntomas depresivos.		
Síntomas depresivos	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	77	67
Medianamente depresivo	29	25.2
Muy depresivo	9	7.8
Total	115	100

Al aplicar la prueba t de Student, no se observaron diferencias significativas en la percepción de calidad de vida entre los sujetos que pertenecen a centros sociales del INAPAM y los que pertenecen a asilos. En cambio, hay diferencias por dominios en la percepción de la calidad de vida en las áreas de salud física ($p < 0.05$) y relaciones sociales ($p < 0.001$), siendo mejor para los que estaban fuera de los asilos.

Por medio de una prueba ANOVA se observa que la percepción de calidad de vida es más positiva para quienes no requieren prótesis, menos para los que usan prótesis y menos positiva para quienes las requieren pero no las usan.

No se encuentra relación entre la salud bucal y la calidad de vida. Se observa que la percepción de calidad de vida está asociada con salud física ($r = 0.712$, $p < 0.001$), aspectos psicológicos ($r = 0.723$, $p < 0.001$), relaciones sociales ($r = 0.713$, $p < 0.001$) y medio ambiente ($r = 0.787$, $p < 0.001$).

Se encuentra una asociación negativa moderada entre la depresión y la percepción de calidad de vida y leve pero estadísticamente significativa con la salud bucal. Al comparar el efecto de la depresión entre los sujetos que viven dentro y fuera de los asilos, en ambos grupos la depresión está asociada de manera negativa con la calidad de vida (*Cuadro III*).

Por medio de una prueba t de Student se observan diferencias significativas ($p < 0.05$) en la percepción de calidad de vida y salud bucal en los sujetos que viven en asilos y fuera de ellos, siendo en todos los casos más pobre para los que presentan depresión.

Discusión

Es frecuente encontrar que la depresión es un trastorno común entre los adultos mayores^{26,27} y se señalan factores psicológicos, biológicos y sociales relacionados con el en-

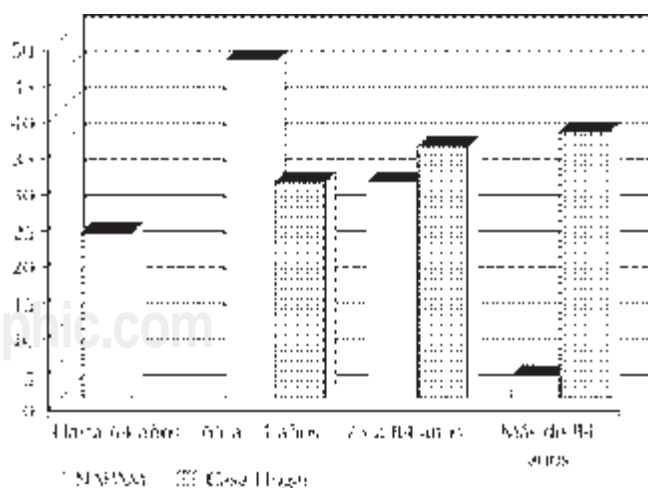


Figura 1. Distribución de la muestra por grupos de edad y ubicación.

Cuadro II. Promedio de las puntuaciones de los instrumentos empleados.

Instrumentos	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje salud bucal	0.00	89.19	33.7001	25.3203
Puntuación calidad de vida	28.98	87.72	68.1234	10.8361
Puntuación de la depresión	0.00	100.00	32.2464	24.2271

Cuadro III. Resultado de la asociación entre depresión y las variables calidad de vida y salud bucal entre quienes viven en casas hogar y fuera de ellas.

Grupo	Variables	r de Pearson	Significancia
Casa hogar (N = 42)	Depresión y calidad de vida	-0.649	0.00**
	Depresión y salud bucal	-0.351	0.023*
INAPAM (N = 73)	Depresión y calidad de vida	-0.678	0.00**
	Depresión y salud bucal	-0.252	0.031*

* Asociación significativa a $p < 0.001$

** Asociación significativa a $p < 0.05$

vejecimiento que predisponen a la depresión. Sin embargo, en el grupo estudiado de adultos mayores se observa que más de la mitad no presentaron síntomas depresivos. Lo que permite descartar que la depresión sea sinónimo de vejez, si bien es un trastorno frecuente en este grupo de edad. Resulta importante no confundir los síntomas de depresión con enfermedades propias de la tercera edad.

Aunque en el grupo institucionalizado fue más frecuente la depresión, las diferencias no son significativas contrario a lo que la bibliografía reporta.^{28,29} Se ha estudiado que los adultos mayores perciben más soledad y aislamiento que predispone a este trastorno, cuando la familia los recluye en las instituciones y no se ocupa de ellos cotidianamente, porque el apoyo social se reduce. Estos resultados se corroboraron con otras investigaciones donde se hace énfasis en la importancia que tiene para el adulto mayor el soporte social que le da la familia.³⁰ Desde luego que también se ha estudiado que la importancia de la relación de la familia con el anciano es un factor que contribuye a una mejor percepción de la calidad de vida cuando esta relación forma parte del ámbito social y cultural de los países.³¹

La práctica de actividad física y social incrementa el número de contactos con otras personas, contribuyendo a mejorar la percepción de salud y calidad de vida y disminuir la depresión.³² Hay reportes recientes de los efectos que tiene la actividad física en la calidad de vida de adultos mayores, aunque no hay consistencia en las investigaciones.³³

La actividad física ayuda a prevenir algunos deterioros relacionados con la edad, reduce el impacto de las enfermedades cronicodegenerativas, además de mejorar la función psicológica y disminuir la incidencia de depresión.^{34,35} Estos resultados permiten entender que quienes asisten a centros sociales y practican actividad física tengan significativamente menor depresión que quienes se encuentran recluidos en instituciones. Hay que considerar también que la edad es otro factor agregado que incide en este resultado, ya que los adultos institucionalizados tenían mayor edad.

El estado de la boca repercute en funciones como la alimentación y la salud, y puede favorecer la depresión si conduce a deficiencias vitamínicas y minerales.³⁶ La falta de cuidado de la boca a lo largo de los años, la acumulación de trastornos que conlleva a la pérdida de piezas dentales, el uso de fármacos que afectan a la cavidad bucal, las deficiencias nutricionales y los efectos de enfermedades sistémicas, entre otras causas, contribuyen a una percepción tan negativa de la salud bucal en los adultos mayores. La falta de revisión odontológica, así como de recursos económicos del grupo permiten entender la percepción negativa que tienen de su salud bucal.

Entre los adultos mayores, la falta de piezas dentales obliga al uso frecuente de prótesis dentales, que con el tiempo se van desajustando por falta de revisión y resultan poco funcionales para la masticación, limitando su utilidad al aspecto estético, para verse y sentirse bien. Esto explica que aquellos sujetos cuyas prótesis eran fun-

cionales y cumplieran con su papel estético, así como los que contaban con su dentadura original tuvieran una percepción más positiva de la calidad de vida, en particular en las dimensiones psicológicas y relaciones sociales. El contar con todos los dientes y no requerir de prótesis dentales permitió una percepción más positiva de la calidad de vida, acorde con lo que otros autores han estudiado.³⁷

Se aprecia que los sujetos del estudio no acuden al servicio odontológico, aludiendo falta de dinero, lo que origina que sus prótesis no les ajusten, a tal grado que prefieren retirar sus dentaduras al ingerir alimentos para poder comer sin molestias. Esta situación es indicativa de la poca importancia que le atribuyen a la salud bucal.

Las puntuaciones obtenidas en los instrumentos permiten considerar que el grupo estudiado tiene una percepción medianamente positiva de su calidad de vida, así como de las cuatro áreas que la conforman. Es posible que la convivencia social y la edad sean factores que expliquen estos resultados.

En cambio, la depresión no fue tan alta como lo reportan otros estudios,³⁸ debido quizá a las condiciones de vida del grupo y a la aceptación voluntaria de contestar los instrumentos, puesto que las personas deprimidas suelen ser en general menos participativas que quienes tienen mejor percepción de su entorno.

No es de extrañar que los adultos mayores que viven en instituciones tengan una percepción más negativa de su salud física y pobreza en sus relaciones sociales. Son pocos los adultos mayores que se encuentran voluntariamente en los asilos, la mayoría han sido llevados por la familia, sin su consentimiento, lo que contribuye a mayor depresión y por tanto a percepción más negativa de su calidad de vida, en general. Además, los sujetos institucionalizados cuentan con menos recursos para la atención bucodental y por ende perciben mayor deterioro en esta área.

Se advierte una falta de relación entre la salud general y la salud bucal, como si la boca fuese independiente del organismo, lo que explica la falta de relación entre la salud bucal y la calidad de vida, máxime si se considera su reconocida interconexión. Se requiere de mayor investigación para probar la existencia de asociación entre estas variables.

Por último, la depresión constituye un trastorno que influye en la percepción de sí mismo y del entorno, ya que los individuos que la presentan perciben más negativamente su calidad de vida y salud bucal que quienes no la padecen.

Conclusiones

1. La depresión es poco frecuente entre los adultos mayores del estudio.

2. La práctica de actividad física incrementa los contactos sociales entre los adultos mayores y contribuye a disminuir la depresión.
3. Los adultos mayores tienen una percepción muy pobre de su salud bucal y medianamente positiva de su calidad de vida.
4. La asistencia a centros sociales favorece las relaciones sociales y la percepción de salud física en adultos mayores.
5. El uso de prótesis funcionales, además de mejorar la imagen, contribuye a que la percepción que tienen los adultos mayores de su calidad de vida sea más positiva.
6. La depresión es un trastorno que afecta la percepción de salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores que la padecen.

Bibliografía

1. Moragas MR. Gerontología Social. *Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Editorial Herder, 1991.
2. Kalish R. *La vejez: perspectiva sobre el desarrollo humano*. Madrid: Editorial Pirámide. 1996: 1-4.
3. González HJS. Variables de auto-eficacia asociadas con la depresión en adultos mayores. México. *Tesis de licenciatura*. FES Iztacala, 2002.
4. Sabanes F. *La depresión*. España: Temas de hoy, 1993: 30-147.
5. González (2002) *op. cit.*
6. Balzer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(3): 249-265.
7. Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(12): 799-806.
8. Calderón NG. *Depresión*. México: Editorial Trillas, 1990: 12-17.
9. González JA, Jiménez HJ. Depresiones en la senectud. En: Jiménez HJ (Comp.). *Gerontología*. España: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993; Cap 2.
10. Mc Grath C, Bedi R. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life-OHQoL-UK. *Community Dent Health* 2001; 18(3): 138-143.
11. Jiménez FJ, Esquivel HRI, González-Celis RAL. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. *ADM* (en prensa).
12. Strayer MSA. Description of dental public health programs for elderly. *J Public Health Dent* 1993; 53(2): 83-7.
13. Dolan TA, Atchison KA. Implication of access, utilization and institutionalized elderly on the dental delivery system. *J Dent Educ* 1993; 57(12): 876-87.
14. Ghezzi EM, Ship JA. Systemic disease and their treatments in the elderly: impact on oral health. *J Public Health Dent* 2000; 60(4): 289-96.
15. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerontology* 1994; 11(2): 108-14.
16. Hollister WC, Weintraub JA. The association of oral status with systemic health, quality of life and economic productivity. *J Dent Educ* 1993; 57(12): 901-12.

17. Chen M, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43(8): 1213-22.
18. Yoshida M, Sato Y. Correlation between quality of life and denture satisfaction in elderly complete denture wearers. *Int J Prosthodont* 2001; 14(1): 77-80.
19. Carbal PJ. *La tercera edad*. Buenos Aires: Editorial Troquel, 1980: Cap III.
20. González (2002) *op cit*.
21. Yesavage J, Brink TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatric Research* 1983; 17: 37-49.
22. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *JADA* 1993; 124: 105-110.
23. WHO. WHOQoL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. *Programme on mental health*. Geneva, 1996.
24. Ferrari AM. SPSS para windows. *Programación y análisis estadístico*. México: McGraw-Hill, 1996.
25. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill, 2003.
26. Herrera TJ. Depresión en el anciano. *Formación Continuada en Atención Primaria*. 2000; 26(5): 339-346.
27. Wasylenki D. Depression in the elderly. *Can Med Assoc J* 1980; 122(5): 525-540.
28. Cummings SM. Predictors of psychological well-being among assisted living residents. *Health Soc Work* 2002; 27(4): 293-302.
29. Herrera (2000) *op. cit*.
30. Cummings (2002) *op. cit*.
31. Tecch-Romer C, Motel-Klingebeiel A et al. Importance of family for quality of life of the elderly in a social and cultural comparison. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35(4): 335-42.
32. Demura S, Sato S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci* 2003; 22(3): 159-166.
33. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56 Spec No. 2: 23-35.
34. García L, González MJF, Blanco FL, Pedrero NL, Pichardo FA. El adulto mayor y el ejercicio. *Arch Geriátrico* 2001; 4(3): 80-83.
35. Blain H, Vuillemin A, Jeandel C. The preventive effects of physical activity in the elderly. *Press Med* 2000; 29: 1240-8.
36. Herrera (2000) *op. cit*.
37. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 52-61.
38. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt SINA J Med* 2003; 70(1): 38-44.

Reimpresos:

Rosa Isabel Esquivel Hernández
 Av. Colonia Del Valle Núm. 727-C,
 Col. Del Valle. Delegación Benito Juárez,
 03100. Tel: 55-36-41-06
 Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com.adm