



Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores

Oral health, perceived oral health and life quality in elderly

Guadalupe López Castellanos¹, Luz Belinda Lopez Ramirez²,
Maria Gabriela Nachon Garcia³, Diana Hernandez Lunagomez⁴.

Recibido: 22-07-2014 Aceptado: 10-10-2014

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades bucales en su mayoría, son irreversibles y los daños tienden a ser mayores en los ancianos. En un corto plazo los estomatólogos afrontarán el reto de brindar atención bucal a numerosos adultos mayores (AM) para conservar su cavidad bucal de manera funcional.

Los problemas de salud bucal de los AM ponen en riesgo su calidad de vida, aunque este grupo etario no lo considere así. Existen factores como el temor al dentista, presentar enfermedades no transmisibles, el costo de la atención dental, entre otras, que contribuyen al deterioro evidente de la función masticatoria, la deglución, la fonación y estética facial, aspectos que repercuten en la vida del AM. **Objetivo:** Indagar la relación entre salud bucal real, la percepción de salud bucal y la calidad de vida en un grupo de AM. **Material y Método:** estudio descriptivo, correlacional, transversal. En donde se incluye una muestra de 34 sujetos provenientes de dos centros diferentes, a los que se les realizó una exploración bucal, así como un interrogatorio en el que se incluían los cuestionarios de salud bucal percibida y Percepción de Calidad de Vida relacionada con Salud (PICAVIRES). **Resultados:** Se estableció un valor de $p>0.05$ al relacionar salud bucal real con salud bucal percibida, y $p<0.05$ al relacionar la salud bucal y la calidad de vida. **Conclusiones:** La salud bucal de los adultos mayores esta en discordancia a la percepción que tienen sobre ella y a su calidad de vida.

Palabras Claves: salud bucal, adultos mayores, percepción de la salud bucal, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: Most oral disease is irreversible and damage tends to be higher in the elderly. In a near future, the dentists will face the challenge of providing oral care to many older adults to preserve its functional mouth. Oral health problems in elderly threaten their quality of life, although this age group does not consider it so. There are other factors such as fear to dentist, chronic diseases suffering and cost of dental care which contribute to the apparent deterioration of the function while chewing, deglutition, phonation and facial aesthetics. All this aspects impact their quality of life. **Objective:** To investigate the relationship between oral health actual, perceived oral health and quality of life in elderly group. **Method:** Descriptive study, 34 subjects from two different centers are included. Underwent an oral examination and an interview in which questionnaires perceived oral health and Perceived Quality of Life related to Health (PICAVIRES) were included. **Results:** A value of $p < 0.05$ by linking real-perceived oral health oral health was established, and $p < 0.05$ by linking oral health and quality of life. **Conclusions:** The oral health of older adults is unconformable perceptions about her and her quality of life.

Keywords: oral health, elderly group, perceived oral health, quality of life.

¹Cirujano Dentista, Maestría En Psicología De La Salud Académico En Facultad De Odontología Campus Xalapa

²Maestría En Estomatología Pediátrica

Académico Facultad Odontología Campus Xalapa

³Maestría En Investigación Clínica

Investigadora En Instituto De Investigaciones En Ciencias De La Salud

⁴Maestría En Ortodoncia

Académico Facultad De Odontología Campus Xalapa

Correspondencia:

GUADALUPE LOPEZ CASTELLANOS

Dirección: S. Díaz Mirón #10-B Col. Centro C. P. 91000

Tel. 8 17 66 48 Correo electrónico: lupinloc1507@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es un estado que debería mantenerse en equilibrio, lo que no se logra en la mayoría de los casos, esto se propicia directamente por el manejo de conceptos erróneos sobre el tratamiento y cuidado dental como sería por ejemplo: el temor a las maniobras dentales, la incomodidad por el uso de prótesis, los altos costos de los tratamientos que conducen a posponer la consulta dental y asistir solo cuando existe dolor, todo ello debido a la reducida participación en programas para la promoción de la salud bucal desde la niñez.

Los órganos dentarios son indispensables para el correcto funcionamiento de la masticación, la deglución, digestión y por supuesto, para conservar la estética facial. La ausencia de menos de 20 órganos dentarios, genera un deterioro en el bienestar de los AM, ya que propicia un deterioro en la nutrición, fonación y estética, funciones que de por sí ya se ven alteradas por el proceso mismo del envejecimiento.

La deficiencia de la salud bucal por parte de los AM, es considerada por ellos como parte del proceso natural de envejecimiento y no como consecuencia del mal cuidado y atención que han brindado a sus órganos dentarios desde la infancia. Tampoco lo ven como algo que ponga en riesgo su vida o que ocasione deterioro a su salud general, lo cual los lleva a que perciban un buen estado de salud bucal que al momento de ser examinada presenta otra realidad.

El envejecimiento humano es un proceso definido "...cómo el proceso integrado a todo un sistema multifactorial y multifuncional donde lo que se haga antes de los 60 años implicará un mejor mañana y lo que se haga durante y después de los 60 años redundará en un mañana feliz o al menos más llevadero...". Continúa diciendo que "...el envejecimiento no es solamente un proceso biológico, fisiológico y psicológico sino un destino social"¹.

Sin embargo, existe otro señalamiento "...el envejecimiento es individual, es el resultado de nuestra carga genética y la forma de adaptarnos al teatro de nuestra vida. El proceso del envejecimiento del organismo humano no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en que se produce: la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural"².

Lo que ha llevado a que los términos: envejecimiento, vejez o "tercera edad", anciano, adulto mayor y ancianidad; sean aplicados a la etapa de la vida de un individuo a partir de los 60 años. Esto es, el envejecimiento como tal inicia propiamente a los 60 años, pero el envejecimiento humano al ser progresivo, puede continuar por muchos años más, incluso se ha mencionado una

"cuarta edad" que abarcaría de los 80 hasta los 100 años o más, como se ha reportado en años recientes.^{3,4}

Por otro lado, concibiendo que la salud bucal es parte integral de la salud general, significa que el AM deberá conservar el equilibrio bucodental, con la manutención de más de 20 órganos dentarios, ya sea naturales o por medio de prótesis, que permitan, en primera instancia, el consumo de alimentos nutritivos, y en segunda una estética facial que favorezcan a la integración social^{3,4}

"Se entiende la salud bucal no solamente como la presencia o ausencia de patologías bucales, sino también como la percepción que el AM tiene sobre su boca. Por tanto, se requiere saber la apreciación de los AM sobre sus dientes y su boca y el impacto de éstos sobre su vida diaria"⁵. Marín (2003), menciona que la salud bucal "...se considera una parte integral del complejo cráneo-facial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad"⁶.

Respecto de la Percepción de salud bucal que tienen los AM, se define como el "...bienestar bucal percibido con la función dental, dientes y encía del individuo"⁷.

Entre las causas de pérdida de salud bucal de los AM se encuentra:

a) El tratamiento dental pasa a segundo término, ya que consideran como prioridad la atención de las enfermedades no transmisibles, lo que provoca que muy pocas personas conserven todos sus dientes hasta la edad avanzada⁸.

b) El cuidado dental inadecuado es decir, pobre higiene dental debido al poco o mal cepillado, ausencia de limpieza con hilo dental y de masaje en la encía⁹.

c) Falta de revisiones periódicas con el odontólogo, con el fin de prevenir enfermedades bucales evitando tratamientos de rehabilitación especializados y por lo tanto, costosos, provocando así que la prevención no se cumpla y la salud bucal no se mantenga lo cual daña la salud integral del AM¹⁰.

d) Rechazo ante la consulta dental¹¹. Debido al temor a las maniobras dentales, al proceso de adaptación a las prótesis, cuando son necesarias, o el rechazo a cambiar las que se tiene por unas nuevas, tanto por el costo económico como por las molestias que esto implica.

e) Enfermedades propias de la boca: caries dental y enfermedad periodontal, que siguen ocupando hoy en día el 90% y el 80% respectivamente del daño a la salud bucal en la población adulta, con la consecuente pérdida de órganos dentarios, tan común en los AM^{12,13}. Entre las enfermedades bucales frecuentes propias de esta población, está la xerostomía, candidiasis, recesión gingival, queilitis angular¹¹.

Por lo anterior, y en vista de que la población de AM va en aumento, y considerando que sus necesidades de salud

y bienestar son de primordial importancia, se realiza esta investigación que establece como objetivo la relación entre el estado de salud bucal, la percepción de salud bucal así como la calidad de vida en un grupo de AM de la ciudad de Xalapa, Ver.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio trasversal, correlacional, descriptivo. Incluyendo sujetos de sexo indistinto mayores de 60 años, captados en clínica de odontogeriatría de la Facultad de Odontología y de La Casa del Pensionado en Xalapa Ver., a los cuales se les invitó a participar en el estudio, aceptando su participación de manera verbal, se les informó que el manejo de sus datos sería absolutamente confidencial ya que este estudio fue diseñado considerando todas las normas éticas. Se estableció un muestreo no paramétrico, incluyendo a todos los sujetos que aceptaron participar durante el periodo enero a marzo de 2008.

Las variables de estudio fueron salud bucal, salud bucal percibida, calidad de vida y otras variables sociodemográficas.

Se realizó una exploración bucal, recabando todos los datos con respecto al estado de salud de los órganos dentarios, encía e higiene de los ancianos en el Odontograma, así como el Cuestionario de Salud Bucal Percibida, que se construyó *ex profeso* para la investigación esté consta de 16 ítems con preguntas cerradas, y el instrumento PICAVIRES (Percepción de Calidad de Vida relacionada con Salud) con de 12 ítems también de preguntas cerradas¹⁴; la exploración bucal y la aplicación de los instrumentos fueron realizados cara a cara por el autor principal, evitando así sesgo en la interpretación de las respuestas.

La designación de la clasificación de las variables respuesta, fue con base en los datos recabados en el odontograma, constituyendo dos grupos de acuerdo a su salud bucal real, considerando el número de dientes que se encontraron presentes, de tal forma que: las personas que contaban con 20 dientes o más, su salud bucal real fue clasificada como buena^{16,17}, en tanto que, las personas con menos de 20 dientes, fueron catalogadas con una mala salud bucal.

La percepción del estado de salud bucal de los AM se analizó a través del cuestionario de salud bucal, del cual se considera la puntuación de cada reactivos, la puntuación mínima a obtener fue de 15 y máxima de 36, se obtuvo la mediana de 25.5. Así, aquellos sujetos que obtuvieron puntajes por debajo de ella fueron clasificados con "mala salud bucal percibida" en tanto que los que se colocan por encima o igual a la mediana fueron clasificados con "buena salud bucal percibida".

Para la obtención de los resultados se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 19, con el cual se obtuvieron, las estadísticas descriptivas, frecuencias y promedios. Además

de que se realizaron tablas de contingencia y pruebas χ^2 (ji cuadrada) de Pearson, para conocer las relaciones entre las variables. Para lo cual, las correlaciones se consideraron altamente significativas cuando el valor del p fue igual o menor a .01 y significativa cuando el valor fue igual o menor a .05 en ambos casos se aceptó la hipótesis de investigación. Cuando los valores obtenidos se encontraron: entre .06 y .10 la correlación fue medianamente significativa, esto es, de contarse con un mayor número de casos la correlación sería significativa; y de .11 y .19 levemente significativa, lo cual significa que se conserva la tendencia esperada sin embargo se acepta la hipótesis nula.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 34 adultos mayores de la ciudad de Xalapa, Ver., los cuales se encontraban entre los 60 y los 89 años, con 68.5 años en promedio y desviación estándar de 7.42 años. La distribución por género, que se arroja indica 88.2% pertenecía al género femenino, y sólo el 11.8% correspondía al masculino. En la muestra estudiada, se observó que aproximadamente siete (67.6%) de cada diez ancianos dijeron vivir en compañía de su familia en tanto que, tres de cada diez ancianos indicó vivir solo.

Respecto al estado civil de los ancianos, el 32.4% dijo estar casado, mientras que el 67.6% mencionó no tener pareja, esto es, eran solteros, divorciados o viudos.

Otro aspecto identificado fue la ocupación de las personas de la tercera edad, el 55.9% se encontraba jubilada mientras que una tercera parte (29.4%) mencionaron aun encontrarse laborando.

Tabla 1. Distribución de frecuencia de la Salud bucal real en el grupo de ancianos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MALA	24	70.6%
BUENA	10	29.4%
TOTAL	34	100.0%

Fuente: Investigación Salud Bucal relacionada con Calidad de Vida en AM.

Tabla 2. Distribución de frecuencia de la Salud bucal percibida en el grupo de ancianos

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	22	64.7%
Buena	12	35.3%
Total	24	100%

Fuente: Investigación Salud Bucal relacionada con Calidad de Vida en AM, 2003.

La salud bucal real de las personas AM se ve reflejada en la tabla 1, el 70.6% de los AM tienen una mala salud bucal, en tanto que el 29.4% de ellos mantienen una salud bucal considerada como buena, considerando los parámetros establecidos.

De la tabla 2 se desprende que el 64.7% de los ancianos percibe su salud bucal como mala, en tanto que sólo un 35.3% percibe lo contrario.

Tabla 3. Resultados de la Prueba χ^2 Chi-cuadrado de Pearson entre la presencia de salud bucal y salud bucal percibida

Salud bucal y Salud bucal percibida	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.137(b)	1	.711

Fuente: Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en ancianos, 2008

Al realizar la prueba Chi cuadrada entre el estado de salud bucal y la salud bucal percibida la relación encontrada ($p=.711$) no fue estadísticamente significativa, esto es, el cómo percibe su salud bucal la persona de la tercera edad no se encuentra relacionada con la de salud bucal real (tabla 3).

Tabla 4. Tabla de Contingencia. Relación entre el aspecto de Calidad de Vida y Salud Bucal Percibida del grupo de AM de la muestra

Calidad de Vida	Malas		Buenas	
	F	%	F	%
SB Percibida				
Mala	7	70.0	15	62.5
Buena	3	30.0	9	37.5
Total	10	100.0	24	100.0

Fuente: Investigación Salud Bucal relacionada con Calidad de Vida en AM, 2003.

El 70% de los AM que presentan calidad de vida mala perciben su salud bucal como mala, en tanto que solo el 37.5% de los AM que presentan calidad de vida buena perciben su salud bucal como buena. (Tabla 4).

Tabla 5. Resultados de la Prueba χ^2 Chi-cuadrado de Pearson de la presencia de salud bucal y los aspectos de la calidad de vida

Aspectos de Calidad de Vida y Salud Bucal	Chi-cuadrado	gl	p level
Condiciones físicas	5.903(b)	1	.015
Estados de ánimo	5.903(b)	1	.015
Relaciones sociales	1.889(b)	1	.169
Calidad de Vida (condición de vida en general)	2.571(b)	1	.109

Fuente: Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en ancianos, 2008

Cuando se realizó la prueba Ji cuadrada para estudiar la posible asociación entre calidad de vida y la salud bucal real de los AM (Tabla 5), se detectó una asociación estadísticamente significativa ($p\leq 0.05$), entre las condiciones físicas de los AM y su salud bucal real, esto es, las condiciones físicas de estas personas, están relacionadas con su salud bucal real, ya que aquellos sujetos que reportaron sus condiciones físicas como malas son aquellos cuya salud bucal real es mala, en tanto que aquellos sujetos con condiciones físicas buenas presentan

una salud bucal real buena; así mismo, se detectó asociación estadísticamente significativa ($p\leq 0.05$) entre el estado de ánimo y la salud bucal real del AM, pues los AM que manifestaron tener un estado de ánimo malo, son aquellos que presentan una salud bucal real mala.

DISCUSIÓN

En investigaciones realizadas en diversos países han reportado que la salud bucal afecta la calidad de vida de los ancianos, dentro de los que se incluye México^{8 10-12}. Estos resultados han establecido asociada con aspectos positivos tales como: la apariencia interna y externa; la alimentación en cuanto al disfrute, masticación y morder; la sensación de confort; la longevidad; la autoconfianza; el habla; el disfrute de la vida; la salud general; el sonreír y reír; la selección de alimentos; la felicidad general; la vida social; el *sex appeal*; el éxito laboral; con las relaciones románticas, al besar; el gusto y apetito; la respiración; el peso y el estado de ánimo. También se ha identificado asociada con aspectos negativos como molestias al masticar y morder; dificultades en la alimentación; la selección de alimentos blandos con poco valor nutritivo; con el escaso disfrute de la comida; poco confort; mal aliento, mala apariencia interna y externa; dificultades para hablar, sonreír y reír; problemas en el gusto y baja autoconfianza en personas de la tercera edad¹⁰. Lo que condujo a que los investigadores concluyeran que la salud bucal afectaba la calidad de vida en los ancianos.

Sin embargo, en esas investigaciones no fue evaluado clara y objetivamente el estado de salud bucal presente en cada uno de los ancianos lo cual representa una diferencia importante con la presente investigación. El estado de salud bucal permitió contrastar lo que percibía cada anciano como salud bucal y la salud bucal que realmente presentaba.

A este respecto los datos obtenidos resultaron interesantes puesto, que no se encontró relación entre las respuestas de los ancianos en cuanto a su salud bucal percibida y la presencia de esta en el examen clínico. Los ancianos que se percibieron con buena salud bucal no presentaban una adecuada salud bucal, esto es tenían menos de 20 dientes presentes y/o no contaban con prótesis dentales que los sustituyeran. A ese respecto un anciano que sólo tenía un diente y nunca usó prótesis dental refirió que no la necesitaba: *“que se sentía muy bien porque comía de todo”*, es decir, su mal estado de salud bucal no coincidía con su percepción de su salud bucal. Lo cual apoya lo establecido por Luengas, Sáenz y Sánchez (2006)¹⁸ acerca de que en la salud bucal se conjugan aspectos de salud general, familiares, culturales, así como valores subjetivos y propios de los ancianos, como el considerar la ausencia de órganos dentarios consecuencia del proceso de envejecimiento

y no por una falta de atención y cuidados dentales desde su niñez³.

En ese mismo sentido se encontraron pocos ancianos de la muestra con dientes sanos, rehabilitados o con prótesis dentales (puentes parciales o placas dentales), con buena higiene bucal (cepillado y manejo de hilo dental); Solo dos ancianos se percibieron con buena salud bucal, aunque tuvieran menos de 20 dientes, placas dentales desajustadas o mala higiene bucal. Esto quizá por una escasa educación para la salud dental asociada con las creencias que minimizan la importancia de contar con una higiene dental apropiada, en tanto la salud dental no pone en riesgo la vida, el poco valor que se les da a los viejos en la sociedad y los altos costos de la atención dental^{18,19}.

El cómo se sentían los ancianos respecto de su salud bucal, denominada salud bucal percibida, en general la percibieron mala sin embargo, la mayor preocupación se centró en el control de sus enfermedades crónicas, por lo que el tratamiento dental pasaba a segundo término provocando que los ancianos no conservaran sus órganos dentarios y tomaran su salud bucal como independiente de su salud general⁹.

En lo que se refiere a la calidad de vida, los ancianos consideraban que aún con las enfermedades no transmisibles que presentaban, tenían buenas relaciones sociales y calidad de vida como condición de vida en general, condiciones físicas y estado de ánimo. No obstante, sólo estas dos últimas, las condiciones físicas y el estado de ánimo, se encontraron relacionadas con su estado de salud bucal, ya que aunque con ciertas limitaciones físicas podían asistir a sus compromisos sociales, sin embargo relataron “que algunas veces sí se percibieron con mal olor bucal”, así como también reconocieron “que masticaban mal ciertos alimentos o que habían dejado de consumir algunos”.

En el caso de la salud bucal percibida no se encontró relacionada con los aspectos de la calidad de vida: condiciones físicas, estado de ánimo, relaciones sociales y calidad de vida como condición de vida en general, probablemente porque su estética facial no se encontraba alterada, es decir, tenían dientes frontales y la ausencia de órganos dentarios se dio sólo en los dientes posteriores (premolares y molares). Los cuales no se ven a simple vista lo que probablemente haya llevado a los ancianos a reportar que no tenían problemas bucales.

Por otro lado, al inicio de la investigación el acercamiento con el grupo de ancianos se dificultó, puesto que no querían aceptar la revisión de su boca. Esta negativa se debió a que no consideraban necesaria esta revisión y mencionaron que únicamente asistían a la consulta dental cuando llegaban a sentir dolor, lo cual pone de manifiesto que los ancianos no recibían un adecuado cuidado y atención a su salud bucal, ya sea por falta de tiempo, de apoyo social o económico.³

Una limitación de esta investigación fue que los

resultados únicamente pueden referirse a los ancianos de la muestra y como el muestreo utilizado fue no probabilístico, los resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones.

Es necesario al realizar la consulta y atención de la salud bucal de los AM. establecer un programa de salud bucal, en donde se enseñen técnicas correctas de cepillado, el uso del hilo dental, los exámenes periódicos, así como el cambio de las prótesis dentales cada 5 años.

Resulta importante continuar estudiando a este grupo poblacional y su salud bucal, ya que la presente investigación únicamente describe un panorama de una muestra pequeña, que arroja la necesidad de saber más respecto de su higiene dental, salud bucal y de su relación de estos aspectos para la conservación de su salud general.

Por otra parte, el objetivo principal de la odontología es preservar la salud bucal a lo largo de las diferentes décadas de la vida, evitando así la pérdida de órganos dentarios, tan necesarios, durante el proceso de envejecimiento, siendo esto esencial para una función masticatoria adecuada que los conduciría a una mejor alimentación y redundaría en la salud integral de esta población.

CONCLUSIÓN

A través del examen clínico se identificó la presencia de dientes o su sustitución con prótesis dentales

- Los AM tienen escasa educación en cuanto a la salud bucal.
- Las mujeres son quienes se preocupan más por su salud bucal.
- Los AM ven la salud bucal independiente de su salud general.

En cuanto a la salud bucal percibida, no se encontró alterada probablemente porque la estética facial no estaba afectada.

RECOMENDACIONES

Consulta y atención de salud bucal de los AM con un programa de higiene bucal (cepillado, hilo dental, exámenes periódicos, prótesis dentales).

Es necesario que los AM conozcan más de su higiene bucal, de la boca y de la relación de esto con su salud general.

No obstante para futuras investigaciones se recomienda que como parte del examen clínico para detectar la salud bucal se identifique otros problemas asociados con el estado de salud bucal como son la presencia de enfermedades bucales como gingivitis, periodontitis así como, el ajuste de las prótesis dentales. Todas ellas relacionadas con los daños irreversibles a

la salud bucal de los adultos mayores.

Una recomendación para futuras investigaciones es el contar con la información completa de los instrumentos a utilizar en cuanto a su confiabilidad, validez, punto o puntos de corte ya que en la presente investigación, por recomendación, se utilizó para medir calidad de vida relacionada con salud el instrumento denominado PICAVIRES¹⁴, lo cual representó un serio problema que complicó la definición operacional de la variable, el procesamiento estadístico, la elaboración de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dulcey-Ruiz E. Envejecimiento y calidad de vida, violencia intrafamiliar. Presentado en el 5º Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Cartagena, Colombia. 2000.
2. Camejo, T. R., Álvarez, E. T., Pérez, T. N. M., Sariego, J. R. A., & Colón, C. G.. Salud En La Tercera Edad y Calidad de Vida. *Revista Eletrônica de Geriatria y Gerontologia. Matanzas. Cuba*, 2002; 4(1). Disponible en: <http://www.redadultosmayores.org.ar/buscad/or/files/CALID007.pdf>
3. Fernandez, L.F., Garcia-Fernandez, M. Psicología preventiva y calidad de vida. En: SIMON M. A. Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid. Biblioteca Nueva. 1999.
4. Care, R. D. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica*, . 2010; 29(63):83-92.
5. Robles, S. L. La relación cuidado y envejecimiento entre sobrevivencia y la devaluación social. (U.A. México, Ed.) Papeles de población, (julio-septiembre), 2005:45:49-69.
6. Marín Z. Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría, 16 (2.abril-junio) 2003: 363-368.
7. Luengas, I. Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de la globalización 1986-2001: Una lectura ética. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Sociología. México: UNAM 2004.
8. Jiménez, F. J. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. Asociación Dental Mexicana, 2006;63 (5):181-184.
9. García, A. R. Fundamentos teóricos y prácticos de oclusión (Primera ed.). Sao Paulo, Brasil: Cid 2003.
10. Marín, Z. Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría, 16 (2.abril-junio). 2003: 363-368.
11. Saez C, R. Carmona, M. Jimenez Q, Z. y Alfaro, X. Cambios bucales en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatol*[online]. 2007; 44(4) pp. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-297X.
12. Monés, J. ¿Se puede medir la calidad de vida?.. ¿Cuál es su importancia? (O.E.Cirujanos, Ed.) Revista Cirujanos Española, 2004; 76(2):71 -77.
13. Beck, J. D. Riesgo de las enfermedades periodontales. *Periodontología*, I 2008, (8):108.
14. La ADIPONECTINA, S. C. F. P. Miscelánea Nefrología. 2003, 23 Supl. 6. *Miscelánea*, 23(Supl 6).
15. Hernández S, R. Fernández C. C y Biptista L.P. Metodología de la investigación. Quinta edición. Editorial McGraw Hill. México 2010.
16. Carranza, F. *Periodontología Clínica*. Periodontología Clínica 2000: 59 – 62.
17. Nápoles, N. E., García, M. M., & Gómez, M. *Enfermedad periodontal en la tercera edad*. Revista "Archivo Médico de Camagüey, 2006; 10(1): 1025-1055.
18. Luengas, I., Sáenz, L., y Sánchez, T. *Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud* Primera ed. México: Universidad Autónoma de México- Xochimilco. 2006
19. Badía, X., y Rovira, M. *Guía del usuario*. Cuarta ed. Barcelona: Universidad de Barcelona 2008.
20. Lozano-Cardozo, A. *Introducción a la Geriatría*. Méndez Editores, segunda edición, 2000:21-22.