

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **60**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2003**
January-February

Artículo:

La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos

Juana Jiménez Férez,* Rosa
Isabel Esquivel Hernández,**
Ana Luisa González-Celis
Rangel***

* Cirujana Dentista y Maestra en Investigación de Servicios de Salud. Profesor Asociado "C" de la Carrera de Cirujano Dentista.

** Química Farmacobióloga y Maestra en Investigación de Servicios de Salud. Profesor Titular "A" de la Carrera de Cirujano Dentista.

*** Psicóloga, Doctora en Psicología. Profesor Titular "A" de la Carrera de Psicología.

FES Iztacala UNAM.

Resumen

La investigación odontológica se ha enfocado principalmente al estudio de los aspectos biológicos, mientras que los subjetivos han recibido poca atención. La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida. El propósito del estudio fue someter a prueba la existencia de asociación entre la percepción de salud bucal con el bienestar subjetivo, como medida de la calidad de vida en ancianos.

Se aplicaron tres instrumentos (bienestar, calidad de vida y salud bucal) a 80 ancianos. Este grupo le atribuye mayor importancia a la funcionalidad de los dientes, al componente social y en menor medida al emocional. La percepción de salud bucal no es diferente para los edéntulos y con dientes. En cambio, la forma en que perciben su salud bucal está relacionada con el bienestar y calidad de vida. Es por ello que la percepción de salud bucal puede considerarse como factor predictor de calidad de vida.

Palabras clave: Salud bucal, ancianos.

Abstract

Dental research has focused mainly on the study of biological aspects, while subjective aspects have received little attention. Oral health must be seen as a component of quality of life. The purpose of this study was to determine the relationship between oral health perception and subjective well-being as a measure of quality of life in the elderly.

Three instruments were used (subjective well-being, quality of life and oral health) on 80 elderly people. More importance is given to the teeth functionality and to the social component, and less to the emotional one. Oral health perception is not different between edentulous and people with teeth. On the other hand, the way oral health is perceived as related with well-being and quality of life. The perception of oral health can be considered as a predicting factor of quality of life.

Key words: Oral health, elderly.

Introducción

En las últimas décadas, las acciones en promoción de la salud y los avances en el control de la fecundidad han contribuido a incrementar la esperanza de vida, con el consecuente aumento en el número de personas ancianas. Se ha reconocido que se busca un incremento en "años de vida saludable" a través de la promoción de la salud y el consecuente impacto en la calidad de vida (CV), como componentes del bienestar humano.

La definición de la OMS,^{1,2} como "un completo estado de bienestar físico mental y social y no sólo la ausencia de

enfermedad", sugiere una visión integral del ser humano en todas sus dimensiones, por lo que los estudios de investigación sobre salud deben de incluir el estado de salud bucal (SB) como un componente del estado general de salud. Asimismo, obliga a abandonar la perspectiva exclusivamente médica, centrada en un modelo biológico y referirse a ella tomando en cuenta la autopercepción del individuo. Sin embargo, la investigación se ha enfocado principalmente al estudio de los aspectos biológicos, utilizando mediciones epidemiológicas. Hay cada día mayor reconocimiento a la necesidad de humanizar los servicios de salud y de escuchar a los pacientes.³ Los aspectos subjetivos

que incluyen la autopercepción de salud, la incomodidad, la insatisfacción y el bienestar han recibido poca atención. Es relevante ver individualmente un número de indicadores específicos de las enfermedades bucales como son: caries dental, enfermedades periodontales, y las condiciones de los tejidos blandos, pero también, proveer una medición global de la salud bucal y no sólo referirse a las observaciones clínicas, sino cómo se define o percibe individualmente la salud de la cavidad bucal.⁴ La salud con relación a la CV 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 SB, por lo que debe ser examinada como parte de la salud general. El concepto de salud tiene íntima relación con el de CV y éste con el concepto de SB.⁵

Un estudio realizado para apreciar cambios en la CV, basado en el impacto del perfil de la salud bucal, reveló que ésta puede mejorar o en su defecto, deteriorar el estado de salud general, lo que crea una nueva conceptualización y análisis de cambios en este tipo de estudios.⁶

En México, como consecuencia del incremento en población senecta, se presentan con mayor frecuencia las enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan a la tercera edad, a lo que se denomina "transición epidemiológica". De acuerdo con algunos estudios de prospección, se espera que para el tercer milenio el perfil epidemiológico bucal se caracterice por una elevada incidencia de caries dental y parodontopatías, por lo que las necesidades de atención en este grupo de personas aumentarán considerablemente.⁷ Por lo anterior, se deberán incrementar los servicios de salud, educación y mercado de servicio dental, ya que los ancianos tienen especial interés en el valor de sus dientes y dentadura, por su efecto en la realización de funciones como comer, masticar, así como en la estética que influye su apariencia personal.⁸

La pérdida de los dientes naturales reduce sustancialmente la CV y genera cambios en la imagen y el funcionamiento. La pérdida de dientes es el resultado de enfermedades, principalmente caries y enfermedad periodontal. También es el reflejo de la actitud del paciente y el dentista, de la viabilidad y accesibilidad al cuidado dental y de la prevalencia de estándares de cuidado. Existe un gran porcentaje entre las personas mayores de 65 años, que han perdido sus dientes (edéntulos), asociado con el bajo nivel socioeconómico, educativo y el hábito del tabaquismo, entre otros,⁹ y que afecta la autopercepción de su SB.¹⁰

En Latinoamérica, los individuos mayores de 60 años presentan una deficiente salud bucal, visitan con menor frecuencia al dentista y pierden los dientes por causa de enfermedades, no por la edad. También se reporta una higiene oral deficiente, por lo que los dientes se pierden por falta de interés y al llegar a este rango de edad, 60%

de ellos han utilizado prótesis por más de diez años y 30% las han usado por veinte años. En edad avanzada, las personas no mantienen buena SB por lo que es necesario realizar programas de fomento a la salud para orientar a este grupo de edad.¹¹

Un estudio realizado en Nueva Zelanda para relacionar tres dimensiones sociales de la SB (síntomas dentales, percepción de bienestar bucal y funcionamiento) con relación a la CV, concluyó que la percepción general de salud es un predictor de la CV y que ambos conceptos (CV y SB) están asociados positivamente en niños y adultos, relacionados con las visitas asintomáticas al dentista, y negativamente relacionados con las visitas sintomáticas al dentista.¹²

Otros estudios realizados sobre el impacto de las condiciones bucales en el anciano^{13,14} reportaron que las enfermedades bucales manifiestan disfunción, falta de bienestar y discapacidad con predominante interés clínico; las enfermedades periodontales, restos radiculares, caries y dientes perdidos se relacionan con impactos de tipo social, cultural y económico; se reveló un gran impacto al dolor, dificultad al comer y aislamiento. Se encontraron evidencias de afectación en el bienestar de los ancianos y diferencias entre los dentados y desdentados. Existieron variaciones en el efecto de las condiciones bucales en los adultos mayores de 61 años, las cuales se experimentaron en períodos cortos de tiempo seguidos por largos períodos de estabilidad temporal.

La apreciación subjetiva de los ancianos sobre las condiciones bucales aporta los siguientes datos: refieren la necesidad de adoptar un cuidado integral para tener buena salud, los problemas dentales en los ancianos son crónicos, no hay diferencias relevantes entre los dentados y desdentados, ni con relación al género, pero los que usan dentaduras refieren incomodidad. En conclusión, los adultos mayores prefieren tener dientes porque mejora su apariencia que se relaciona con la edad y su salud.¹⁵

El objetivo de este estudio fue someter a prueba la existencia de asociación entre la percepción de salud bucal y el bienestar subjetivo, como medida de la calidad de vida en un grupo de ancianos.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal con adultos mayores. Se trabajó con una muestra de 80 sujetos, constituida en mayor porcentaje por mujeres (78.8%) que por hombres (21.3%), con edades entre 60 y 85 años (media 71 años). No contaba con pareja 60% de la población (solteros, viudos o divorciados), vivían solos 20% y casi tres cuartas partes estaban acompañados por hijos, familia o amigos. Cerca de 25% estudió hasta primaria, 36% tiene secundaria, 39% tiene bachillerato o profesional. Más de la

mitad señaló el hogar como su actividad principal; sin embargo, 19% tenía actividades remunerativas. Todos ellos asistían a Centros Sociales del INSEN a realizar actividades diversas y accedieron participar voluntariamente en el estudio. Por medio de entrevista se les aplicaron los siguientes instrumentos:

- 1) La Escala Moral de Bienestar Subjetivo¹⁶ diseñada por *The Philadelphia Geriatric Center PGC* revisada por Lawton, compuesta por 17 artículos dicotómicos; comprende tres factores: agitación, actitudes hacia su propio envejecimiento y soledad-insatisfacción; la escala va desde 0 (bajo nivel) hasta 17 (alto nivel), indicativo de satisfacción, paz o logro.
- 2) Cuestionario EuroQol-5D,¹⁷ que mide calidad de vida relacionada con la salud, fue desarrollado por un grupo internacional y multidisciplinario y traducida por Badia y Rovira.¹⁸ Está compuesto por dos partes, a su vez, la primera constituida por cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, con tres niveles cada una; se otorga un valor de 0 a 3 a cada dimensión, y se construye una cifra formada por 5 dígitos, la cual se localiza en una tabla que le confiere un valor que va de -0.59 para el peor estado percibido a +1.00 para el mejor estado percibido de calidad de vida y salud. La segunda parte comprende una escala visual analógica, semejante a un termómetro, con calificaciones de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud), para indicar el nivel que mejor describa el estado de salud el día de "hoy".
- 3) Instrumento para medir la percepción que tienen los ancianos sobre su salud bucal con relación a la funcionalidad de la cavidad bucal. El instrumento utilizado, propuesto por Strauss,⁵ fue modificado por Jiménez F para adecuarlo a la población sujeto de estudio, consistió en 22 reactivos donde se les preguntó acerca de las condiciones de su boca, del uso de prótesis y del efecto de sus dientes o dentadura en su aspecto físico, al comer, masticar, sonreír, reír, hablar, besar, sensación confortable, al escoger lo que va a comer, influencia sobre su estado general de salud, estado general de la boca, felicidad, humor, apetito, actividades laborales, vida social, gusto, apetito, alienato, peso corporal y relaciones románticas.

Resultados

Cuatro de cada cinco adultos mayores percibieron un nivel de bienestar entre bueno o muy bueno, mientras que uno de cada cinco lo calificó como malo o muy malo. Mediante una prueba "t" de Student, no se encontraron diferencias significativas por sexo en la percepción del bien-

estar, ni en la satisfacción con la vida. Sin embargo, hubo diferencias significativas en la percepción de salud, los hombres tuvieron una percepción de salud más positiva que las mujeres ($t = 2.862$, $g.L = 43.9$, $p < 0.006$).

En una escala que va de 0 a 100, donde 100 representa el mejor estado de salud "hoy", 84% calificó su estado de salud entre 80 y 100; 11% la calificó menor a 60. Se encontró que la percepción del estado de salud "hoy" estuvo asociado significativamente con el bienestar ($\chi^2 = 67.32$, $g.L = 36$, $p < 0.001$).

De la muestra estudiada, 80% utiliza prótesis, en su mayoría de tipo removible, de los cuales 16.3% son edéntulos (*Figura 1*).

Se realizó un análisis factorial, por el método de Prueba de KMO y Bartlett, y se encontró significativo (*Cuadro I*). A través de la rotación Varimax, como se aprecia en el *cuadro II*, se obtuvo una agrupación con cuatro componentes, identificados como: funcional, alimentario, social y emocional; mismo que lograron explicar el 64.19% de la varianza total. En el *cuadro III* aparecen las variables que se agruparon para cada factor, el primero y segundo agrupó a seis variables, el tercero a cinco y el cuarto a dos. El factor funcional (incluye variables como efecto de la boca al morder, comer, hablar, etc.), al explicar el mayor porcentaje de varianza, indica que, entre los ancianos, hay un mayor reconocimiento al efecto funcional de los dientes, mientras que existen otras acciones, como los aspectos alimentario, social y emocional, que son menos apreciados.

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de edéntulos y con dientes en la percepción del bienestar y de salud bucal, sin embargo, la media de la percepción de salud general fue mayor en los sujetos con dientes.

Se observó que el artículo "satisfacción con la vida" del instrumento de bienestar está relacionada con el hecho de tener o no dientes, siendo ésta mayor para los que tienen dientes ($\chi^2 = 5.7$, $g.L = 2$, $p < 0.05$).

La percepción que los ancianos tienen de su salud bucal no estuvo asociada con el hecho de tener o no dientes, ni

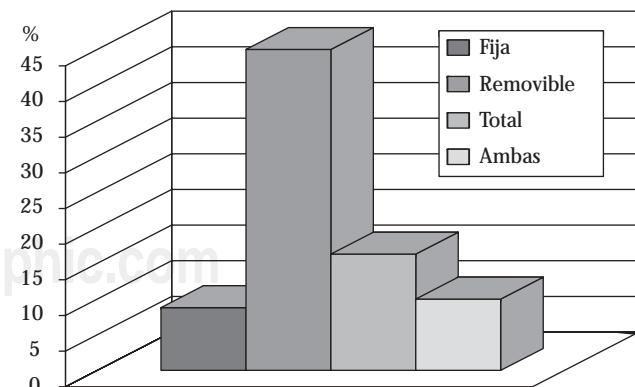


Figura 1. Tipos de prótesis.

Cuadro I. Análisis factorial por la prueba de KMO y Bartlett.

Medición de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0.824
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi cuadrada aprox. g.L p < 1	861.479 171 0.000

Cuadro II. Los cuatro componentes o factores de agrupación y la varianza explicada.

Componentes	% de la varianza explicada	% de la varianza acumulada
1. Factor funcional	19.722	19.722
2. Factor alimentario	15.828	35.551
3. Factor social	15.675	51.226
4. Factor emocional	12.966	64.192

Cuadro III. Agrupación de las variables en cuatro componentes. Análisis factorial. Método de rotación: Varimax con normalización de Kaiser.

Variables	Componentes			
	1	2	3	4
Efecto de los dientes al morder o masticar	0.849			
Efecto de los dientes al comer	0.805			
Efecto de los dientes al hablar	0.744			
Efecto de los dientes al sonreír o reír	0.599			
Efecto de los dientes en el estado general de salud	0.573			
Efecto de los dientes en el estado general de la boca	0.434			
Efecto de los dientes en el apetito		0.897		
Efecto de los dientes al saborear la comida		0.815		
Efecto de los dientes en el peso		0.708		
Efecto de los dientes en el aliento		0.504		
Efecto de los dientes al escoger lo que va a comer		0.491		
Efecto de los dientes en el humor		0.474		
Efecto de los dientes en su atractivo físico			0.812	
Efecto de los dientes en su felicidad en general			0.739	
Efecto de los dientes en su vida social			0.700	
Efecto de los dientes en sus actividades laborales			0.629	
Efecto de los dientes en su apariencia facial			0.473	
Efecto de los dientes en sus relaciones románticas				0.795
Efecto de los dientes al besar				0.735

con el estado de salud general. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en el bienestar según la percepción de salud bucal ($t = 2.271$, $g.L = 78$, $p < 0.02$); los que percibieron buena salud bucal, tuvieron mayor bienestar; los que percibieron mala o regular salud bucal, tuvieron menor bienestar.

Discusión

En este estudio se identificó la percepción que tienen los ancianos de las condiciones de su boca y la influencia de sus dientes o dentadura en su calidad de vida, con base en la conclusión de que la percepción general de salud es un predictor de la calidad de vida.⁸

La percepción de salud es una variable que tiene gran importancia entre los adultos mayores. El grupo de estudio percibió buenos niveles de salud, posiblemente por sus características ya que se trató de personas que tienen movilidad, salen de casa y están integradas a grupos de referencia en la realización de actividades. Los hombres mostraron una percepción más alta de su salud que las mujeres, lo cual no es indicativo que tengan mejor salud, explicable tal vez, porque a los varones les cuesta más trabajo aceptar sus limitaciones y padecimientos. Es más frecuente que las mujeres asistan al médico y busquen ayuda ante cualquier problema de salud que los hombres. Por otro lado, también puede ser el resultado de que las mujeres de esta generación vivieron una vida con más agresiones a la salud y menor acceso a los servicios de salud, ya que la gran mayoría fueron amas de casa sin estos derechos.

La percepción de salud estuvo asociada significativamente con el bienestar. Es decir, a mejor percepción de salud correspondió también mejor bienestar y esto se ha considerado como indicativo de mejor calidad de vida.⁸

Los sujetos obtuvieron altos puntajes en la escala de bienestar. La percepción de satisfacción y logro medida por este instrumento puede ser corroborada por el hecho de sentirse bien y capaces de realizar actividades, además de compartir con personas de su misma edad. Sin embargo, a diferencia de la percepción de salud general y en desacuerdo con algunos estudios, el bienestar y la percepción de salud bucal no mostraron diferencias con el sexo, es decir, los hombres y las mujeres tienen percepciones similares del bienestar.

Como resultado del proceso de envejecimiento, existen cambios en los tejidos de la cavidad bucal que auna do a la presencia de malos hábitos, como higiene inadecuada y tabaquismo, contribuyen a la consecuente pérdida de dientes y deterioro de la salud bucal.¹¹ Es por ello que la percepción de salud bucal mostró una gran dispersión, obteniendo la mitad de los sujetos valores de regular a mala.

Similar al estudio realizado por Strauss,⁵ hay un reconocimiento del efecto de la dentadura en la apariencia facial de otras personas y de ellos mismos. Sin embargo, este grupo le atribuye mayor importancia a la funcionalidad de sus dientes o dentadura para acciones como morder, comer y hablar, así como su efecto en la salud general y de la boca, mientras que le dan poco o ningún interés al efecto de sus dientes en sus relaciones románticas o al besar.

En concordancia con otros estudios,^{3,6} no se encontraron diferencias entre edéntulos y con dientes en la percepción de la salud bucal, lo cual llama la atención y que se puede explicar por el hecho de que el 80% utiliza prótesis, que suplen en buena medida los dientes faltantes y contribuyen a no modificar sustancialmente esta percepción de salud bucal.

La forma en que perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar, es decir, que una boca "saludable" contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad, es por ello que la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida.²

Conclusiones

Este estudio confirma la relación que existe entre la salud bucal y la calidad de vida. Se atribuye una importante contribución de la salud bucal para el bienestar. En los ancianos la boca adquiere mayor relevancia por el efecto acumulativo de los años, afectando su bienestar y por ende la calidad de vida. Los profesionales de la salud bucal tienen que hacer conciencia en esta relevancia de ver la boca como parte integral del individuo y fomentar medidas preventivas para este grupo de edad, mismas que deberán de iniciarse en etapas tempranas de la vida, con el propósito de disminuir el deterioro de la cavidad bucal, sobre todo por el gran impacto en la vejez. Este estudio documenta, con hallazgos empíricos, los aspectos subjetivos de la percepción de la salud bucal de los ancianos, como un elemento del bienestar y calidad de vida.

Bibliografía

1. OPS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: hacia un Nuevo Concepto de Salud Pública. Ontario, Canadá. 1986.
2. OPS. *Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 1992
3. Siegrist J, Fernández-López J, Hernández R. Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 22-24.
4. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an

- older adult population. *J Dent Res* 2000; 79(4): 970-975.
5. Gift HC, Atkinson KH, Dayton M. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Soc Sci Med* 1997; 5: 601-608.
 6. Slade GD. Assessing change in quality of life using the oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1998; 26: 52-61.
 7. Gómez GR, Lara NR. La transición demográfica en México y las especialidades odontológicas. *Práctica Odontológica* 1999; 20(10): 36-38.
 8. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. *Journal American Dental Association* 1993; 124: 105-110.
 9. Total tooth loss among person's aged greater than or equal to 65 years-Selected State 1995-97. *Weekly March 19* 1999; 48(10): 206-210.
 10. Locker D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 199-203.
 11. Mariño R. Salud oral realidad, mitos y perspectivas. Oral health of the elderly. *Bulletin of PAHO* 1994; 23(3): 202-210.
 12. Chen M, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43(8): 1213-1222.
 13. Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt FJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina. *J Dent Res* 1996; 75(7): 1439-1450.
 14. Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1996; 24: 317-321.
 15. Macentee MI, Rachelle H, Stolar ET. The significance of the mouth in old age. *So Sci Med* 1997; 45(9): 1449-1458.
 16. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center morale scale: A revision. *Journal of Gerontology* 1975; 30: 85-89.
 17. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53-72.
 18. Badia X, Rovira S. EQ-5D. *Guía del usuario*. Barcelona: Universidad de Barcelona. 1996.
 19. McGrath C, Bedi R. Gender variations in the social impact of oral health. *Journal Ir Dent Assoc* 1991; 46: 87-91.
 20. Ship JA. The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell. *Physiology & Behavior* 1999; 66(2): 209-215.

Reimpresos:

Juana Jiménez Férez
Sta. Rosa del Pilar No. 43
Col. El Parque Coyoacán,
C.P. 04899

Este documento puede ser visto en:
www.medicgraphic.com/adm