

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**ESTADO DE SALUD BUCODENTAL ASOCIADO A FACTORES DE RIESGO Y
AUTOPERCEPCIÓN EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE
BARRANQUILLA.**

**Por
ALFREDO JOSÉ DE LA CRUZ VILLA**

**Tesis para optar por el grado de “Magíster de la Universidad del Norte en
Salud Pública”**

Agosto, 2015.



**ESTADO DE SALUD BUCODENTAL ASOCIADO A FACTORES DE RIESGO Y
AUTOPERCEPCIÓN EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE
BARRANQUILLA.**

Alfredo José De la Cruz Villa

Estudiante de IV semestre Maestría en Salud Pública

Rafael Tuesca Molina

Director: Trabajo de Grado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DEL NORTE

BARRANQUILLA

2015



ESTA TESIS DE MAESTRÍA HA SIDO APROBADA POR LA MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA.
DIVISION CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

RAFAEL TUESCA MOLINA

.....
DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

RAFAEL TUESCA MOLINA
COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA

.....
JURADO 1
DR. JORGE ACOSTA REYES.

.....
JURADO 2
DR. FARITH GONZÁLEZ MARTÍNEZ.

El Dr. Rafael Tuesca Molina, coordinador y docente de la Maestría en Salud Pública, docente del Departamento de Salud Pública, perteneciente a la División Salud de la Universidad del Norte.

Informa:

Que el trabajo titulado: **“ESTADO DE SALUD BUCODENTAL ASOCIADO A FACTORES DE RIESGO Y AUTO PERCEPCION EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA”**, ha sido realizado bajo mi tutoría y dirección por el candidato Magister en Salud Pública: **ALFREDO JOSE DE LA CRUZ VILLA**, considerando que este trabajo reúne los requisitos y condiciones exigibles para ser sustentado y optar al grado de Magister.



Rafael Tuesca Molina. MD. PhD

DEDICATORIA

A Dios Padre,

A mi familia: Carmen Elena, Cristian y Yolanda,

A Rafael y Yolanda.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre Todopoderoso, por lo que soy y por lo que me da para administrar,

Al profesor: Dr. Rafael Tuesca M., director de esta Tesis de Grado, por su orientación y permanente motivación para colocar en práctica todos los conocimientos adquiridos en el estudio de la Maestría,

A Nidia Zarate, por su apoyo y confianza, colaborándome desde su perspectiva de jefe y de amiga, brindándome los espacios de tiempo necesarios para alcanzar el objetivo de culminar estos estudios,

A mi colega y amiga, Ana María Erazo, que me motivó para que ingresara a la Maestría y por todo el apoyo que me ha brindado hasta ahora,

Al grupo de estudiantes de X y VIII semestre del Programa de Odontología de la Universidad Metropolitana, quienes colaboraron con la recolección de las muestras,

A mi compañera Nacira y demás compañeros de grupo, porque crecimos como personas y en conocimientos,

A Yisel y Yaneth por toda su colaboración en la aplicación de las herramientas estadísticas información valiosa y base de mis resultados y conclusiones,

A mi esposa Carmen, un agradecimiento muy especial por su comprensión y apoyo incondicional, y que siempre ha sido mi apoyo en los momentos más difíciles de mi vida,

Mi mayor agradecimiento a mi padre, que falleció cuando cursaba el primer semestre de la Maestría, pero antes de que esto sucediera, al pie de la puerta de su cuarto, me regaló una bendición de apoyo, en este nuevo proyecto.

RESUMEN

La caries y la enfermedad periodontal son los mayores problemas de salud bucodental; el envejecimiento bucal patológico genera una percepción negativa de la calidad de vida en las personas convirtiéndose en una problemática de salud pública que requiere aplicación de políticas de promoción y prevención para mantener un mejor estado de salud bucodental al llegar la vejez. El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de caries y enfermedad periodontal y relacionar los factores que determinan salud bucodental asociados a la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Barranquilla.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, tomando como referencia las variables extraídas del formulario de examen clínico según Modelo Organización Panamericana de la Salud, 1997 y Encuesta Estructurada Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI) aplicada a población adulta mayor institucionalizada. Para el análisis se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión; se usaron técnicas de análisis no paramétrico (chi cuadrado y correlación) y el modelo de regresión logística binaria.

Se observó prevalencia de caries en un 44,4%; el 40,4% son edéntulos totales y el 94,4% muestran índice periodóntico comunitario negativo. Se encontró un índice de caries 2,6 (3,7) y obturaciones 0,9 (2,2) promedio más alto en los sujetos que perciben como baja su calidad de vida ($p > 0.05$); entre tanto las personas con índice periodóntico comunitario alterado 56(51,5%) tienen una percepción baja de la calidad de vida comparado con aquellos que la perciben como moderada 11(73,3%). El apoyo familiar se observa como un factor protector significativo para una buena salud bucodental en los adultos mayores estudiados observándose un intervalo de confianza del 95% entre 0,2 y 0,9 y $p < 0,05$. [OR 0.4 (IC95% 0.2 – 0.9)].

Palabras clave: Salud bucal, autopercepción, calidad de vida, odontología geriátrica.

ABSTRACT

Caries and periodontal disease are the biggest problems of oral health; oral pathological aging creates a negative perception of the quality of life in people becoming a public health problem that requires implementing promotion and prevention policies to maintain better oral health status to reach old age. The objective of the study was to estimate the prevalence of caries and periodontal disease and related factors that determine oral health related quality of life in institutionalized elderly in the city of Barranquilla.

A cross-sectional descriptive study, with reference to the form variables extracted clinical examination as Model Pan American Health Organization, 1997 and structured survey Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) applied to more institutionalized adult population. To analyze measures of central tendency and dispersion were used; nonparametric analysis techniques (chi square correlation) and binary logistic regression model was used.

Caries prevalence was observed in 44.4%; 40.4% were edentulous and 94.4% show negative community periodontal index. An index of caries 2.6(3.7) and fillings 0.9(2.2) highest average in subjects who perceived low quality of life was found ($p>0,05$). Meanwhile people with altered community periodontal index 56(51.5%) have a low perception of quality of life compared with those who perceive it as moderate 11(73.3). Family support is seen as a significant protective factor for good oral health in older adults studied being observed a confidence interval of 95% between 0.2 and 0.9 and $p<0.05$. [OR 0.4; IC95% (0.2 to 0.9)].

Keywords: Oral health, perception, quality of life, geriatric dentistry.

TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
1. INTRODUCCIÓN.....	14
1.1 Planteamiento y Justificación	14
1.2 Marco Teórico y Estado del Arte	311
1.2.1 El envejecimiento de la población mundial y de Colombia	31
1.2.1.1 Envejecimiento Demográfico en América Latina y en Colombia	37
1.2.1.2 Del Bono Demográfico al Envejecimiento Demográfico	46
1.2.1.3 Situación de Colombia Frente al Proceso de Transición Demográfica ..	47
1.2.1.4 Manera en que Envejecen los Colombianos	48
1.2.1.5 Condiciones de Vida de los Adultos Mayores en Colombia	54
1.2.2 Envejecimiento y Sistema Estomatognático.....	72
1.2.2.1 Teorías y Generalidades del Envejecimiento	72
1.2.2.1.1 Teorías Biológicas	73
1.2.2.1.2 Teorías Estocásticas.....	73
1.2.2.1.3 Teorías No Estocásticas o Deterministas	76
1.2.2.1.4 Integración de las Teorías Estocásticas y Deterministas del Envejecimiento: Hipótesis del Daño Mitocondrial.....	77
1.2.2.1.5 Teorías derivadas de la Psicología	77
1.2.2.1.6 Teorías derivadas de la Sociología	78
1.2.2.1.7 Teorías derivadas del Envejecimiento Demográfico	79
1.2.2.2 La Edad de las Personas	80
1.2.2.3 Envejecimiento bucal fisiológico.....	82
1.2.2.4 Enfermedad bucodental en la edad avanzada	88
1.2.2.5 Resultados de enfermedad bucodental en el adulto mayor en Colombia según el ENSAB IV.....	95
1.2.3 Salud Bucodental y Calidad de Vida en el Adulto Mayor.....	100
1.2.3.1 Concepto de Calidad de Vida.....	100
1.2.3.2 Antecedentes de los Estudios Sobre Calidad de Vida Oral.....	107
1.2.3.3 Impacto de Salud Bucodental Sobre la Calidad de Vida del Adulto Mayor	111

1.2.4	Política y legislación sobre envejecimiento y vejez en el mundo y en Colombia.	114
1.2.4.1	Evolución de Políticas de Envejecimiento desde los Organismos Internacionales	115
1.2.4.2	Envejecimiento y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	124
1.2.4.3	Políticas Estatales y acciones de la Sociedad Civil para el Adulto Mayor en Colombia.....	125
1.2.4.4	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019.....	132
1.2.4.5	Lo que se está haciendo por el Adulto Mayor y los Retos de hoy	136
2.	OBJETIVOS	140
2.1	OBJETIVO GENERAL	140
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	140
3.	METODOLOGIA.....	141
3.1	Tipo de Estudio.....	141
3.2	Población de estudio.....	141
3.3	Muestreo.....	143
3.4	Variables de estudio	145
3.5	Operacionalización de variables.	154
3.6	Plan de recolección de la información.....	162
3.6.1	Fuentes Primarias	162
3.6.2	Fuentes Secundarias	163
3.6.3	Instrumentos de Recolección de la Información.....	163
3.7	Aspectos éticos.....	169
3.8	Plan de procesamiento de datos.....	169
3.9	Plan de análisis de resultados	170
4.	RESULTADOS	173
5.	DISCUSIÓN.....	182
6.	CONCLUSIONES.....	191
7.	RECOMENDACIONES.....	193
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	195
9.	ANEXOS.....	214

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características basales de los sujetos de estudio	173
Tabla 2. Afiliación al sistema general de seguridad social en salud.	174
Tabla 3. Estrategias de autocuidado e higiene bucal.....	174
Tabla 4. Estrategias de autocuidado e higiene bucal según variables sociodemográficas	175
Tabla 5. Continuación Estrategias de autocuidado e higiene bucal según variables sociodemográficas	176
Tabla 6. Estado de salud bucodental de los adultos mayores participantes	176
Tabla 7. Programación de consulta de los participantes del estudio.	178
Tabla 8. Índice de COP-D individual e Índice COP-D comunitario o grupal.	178
Tabla 9. Frecuencia y promedios de la Calidad de vida relacionada con la salud bucodental.....	179
Tabla 10. Promedios de las subescalas de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental.....	180
Tabla 11. Relación entre calidad de vida y la salud bucodental	179
Tabla 12. Relación entre calidad de vida y el Índice Periodóntico Comunitario .	180
Tabla 13. Relación entre el estado de la salud bucodental y los factores de riesgo.	180

LISTA DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1. COLOMBIA. Población total según edad, 1950-2050	40
Cuadro 2. COLOMBIA: Esperanza de vida por sexo, 1950 -2050	42
Cuadro 3. Colombia, indicadores del proceso de envejecimiento.....	53
Cuadro 4. Colombia. Crecimiento de la población.....	54
Cuadro 5. Afiliación a salud de personas mayores de 60 años por grupo quinquenal.....	55
Cuadro 6. Causas de mortalidad en personas mayores de 65 años y más por sexo, Tasa por 100.000 habitantes.....	57
Cuadro 7. Factores de riesgo de caries radicular.....	90
Cuadro 8. Factores de riesgo para la enfermedad periodontal.....	92
Cuadro 9. Definiciones de calidad de vida según autores.....	101

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Transición demográfica mundial, 1950-2050.....	34
Figura 2. Pirámides poblacionales, cambios de 2000-2050 y por género.....	35
Figura 3. Colombia. Tasas de natalidad, mortalidad, neta de migración y total de crecimiento por quinquenios 1950-2050.....	42
Figura 4. Concentración de la población adulta mayor (>60 años) por Departamento.....	50
Figura 5. Jefatura de hogar por edad y sexo.	52
Figura 6. Personas Mayores de 65 años con limitaciones.	54
Figura 7. Porcentaje de discapacidad por edad y sexo, en Colombia.....	60
Figura 8. Seguridad Social en Pensiones, 2006.....	63
Figura 9. Diagrama del modelo conceptual de la OMS	103

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento y Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal (1).

Este mismo informe indica que las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías de las cuales las primeras afectan en el mundo entre un 60% - 90% de los escolares, mientras que las enfermedades periodontales graves que pueden terminar en pérdida de dientes afectan entre un 5% a 20% de las personas mayores, incidencia que varía de acuerdo con las regiones geográficas; en este sentido, la atención odontológica curativa representa una sobrecarga económica para los países de ingresos altos donde se destina aproximadamente un 5% a 10% del gasto público para acciones de intervención en salud bucodental.

En Colombia, el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) (2), realizado durante 1998 por el entonces Ministerio de Salud, era hasta finales del 2014 la única fuente disponible relacionada con la caracterización de la salud bucodental en el país; sin embargo a principios del año 2015, el Ministerio de Salud edita y da a conocer en detalle el resultado del ENSAB IV (3), teniendo como antecedente la Línea de Base 2010-2011, para el seguimiento a las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Otros análisis locales, efectuados durante los últimos años por diversas entidades de carácter departamental y municipal, corroboran los hallazgos

presentados en su momento por el ENSAB III (2) donde se encontró con relación a la experiencia de caries en la dentición permanente que el 88,7% de las personas ha presentado historia de caries y el 65,3% tenía caries sin tratamiento; entre tanto el ENSAB IV expresa que esta misma población está alrededor del 91,5% y la experiencia modificada de caries (criterio ICDAS) está en 98,6% (3).

El CPO-D1 presentó en la edad de 12 años una reducción mayor del 50% al pasar de 4,8 en 1977-80 a 2,3 en 1998, lográndose el cumplimiento de la meta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el 2000, de tener este índice menor a 3; los resultados señalan que la afectación medida por índice COP se ha reducido de 2,3 a 1,51 dientes afectados a la edad de 12 años como indicador de comparación internacional y sigue estando por debajo de la cifra de 3 definida por la OMS; sin embargo, la experiencia de caries se ha incrementado en todos los grupos de edad aunque la prevalencia se ha reducido (3).

En el lapso entre el estudio de 1980 y el de 1998, hubo una reducción importante en la proporción de personas con caries, principalmente en los menores de 19 años debido a las medidas preventivas implementadas desde los años 70; no obstante, se evidencia el deterioro de los indicadores a través del ciclo vital, perdiéndose en las edades adultas los logros alcanzados en las primeras edades, alrededor del 95% de los adultos presentan historia de caries de forma similar a lo reportado en el estudio de 1977-1980 (2).

Con referencia a lo anteriormente mencionado, es preciso señalar que en el ENSAB IV se describe que la experiencia de caries (caries cavitacional avanzada) en permanentes a los 12 años está presente en el 54,1% y pasa drásticamente a 75,2% en las personas de 18 años en tan solo seis años de vida, hasta llegar a ser de 96,2% en los individuos de 65 a 79 años; por su parte la experiencia modificada de caries (estadios incipientes y avanzados de la

caries) se identifica en un rango entre 95,1% a los 18 años y 97 % para el grupo de 65 a 79 años (3).

Acorde a las aclaraciones anteriores, del total de personas con dentición permanente, 55,8% presenta prevalencia de caries; a los 12 años, la prevalencia se encuentra en el 37,4% edad a partir de la cual se incrementa para llegar a observarse en 47,7% a los 18 años llegando a su máximo valor en el grupo de 35 a 44 años con 64,7% y se reduce nuevamente para el grupo de 65 a 79 años a 43,4%, reducción que se estima baja por las pérdidas dentarias que a esa edad genera la presencia de caries (3).

En concordancia con los análisis previos, el ENSAB IV presenta el índice de dientes cariados y el resultado de este índice para dientes permanentes de todas las edades es de 1,63 y el modificado es de 5,82; llama la atención que por regiones, la Atlántica presenta el mayor índice de dientes cariados en la dentición permanente con 2,42 y el valor del índice de dientes cariados modificados para permanentes está en 8,67 observándose además que el índice de dientes cariados se muestra con los mayores valores en los hombres para los tres tipos de dentición, temporal, mixta y permanente (3).

Con respecto al Índice COP, en el caso de dentición permanente para los jóvenes de 15 años es de 2,35, para los de 18 años es de 3,18 y continua de forma progresiva con la edad hasta llegar a 15,26 en el grupo de 45 a 64 años y a 20,55 en los mayores de 65 años; para las personas en quienes se analiza el índice de COP y sus componentes en la dentición permanente, se encuentra un incremento en el índice de obturados frente al índice de cariados, especialmente en las edades mayores con un aporte también en estas edades dado por el índice de dientes perdidos. Con referencia al índice COP modificado el incremento para el grupo etario de 65 a 79 años está alrededor de 22,62 y

paradójicamente la región Atlántica es la que presenta un valor de COP modificado para permanentes con un valor de 18,14 (3).

La prevalencia para caries radicular se observa una prevalencia de 27,5% de la población evaluada, y específicamente en la población de 65 a 79 años es de 31,4% con mayor frecuencia en los hombres con un valor del 31,5% frente a 24% de las mujeres y de las regiones más afectadas es la Atlántica con un porcentaje del 34,1% (3); todos estos hallazgos con respecto a la caries, se consideran resultado de una carencia durante los últimos años de estrategias integrales de salud y de la incapacidad de que las acciones preventivas y promocionales en salud, realmente sean interiorizadas por la población para afectar los patrones culturales, tal vez debido a que se han abordado bajo una mirada inmediatista de los participantes del Sistema de Salud en pro de cumplimiento de metas y facturación y no como estrategias que deben ser desarrolladas bajo modelos que partan de una concepción real de integralidad y de una mirada diferente de la salud y la calidad de vida.

Frente a la enfermedad periodontal, el ENSAB III había concluido que en el período observado se produjeron cambios importantes en los parámetros que favorecieron la definición de la enfermedad y los métodos de diagnóstico y clasificó a la enfermedad periodontal como la segunda causa más frecuente de consultas y de mala salud bucodental; dentro de los datos estadísticos, para lo cual tomó como índice periodontal el Índice Parcial de Índice de Extensión y Severidad (ESI), arrojó que el 50,1% de las personas presentaron alguna pérdida de soporte dental y el 92,4% presentó algún marcador de enfermedad periodontal (principalmente presencia de cálculos en el 53,3% y sangrado) (2). Sin embargo, el ENSAB IV que tomó el ESI de la enfermedad periodontal a partir del Nivel de Inserción Clínica (NIC) en individuos entre los 18 y los 79 años y en 6 superficies de los órganos dentarios, se calculó en 38,4 y 1,79 , lo cual significa que en promedio 38,4% de las superficies dentales presentan

perdida del NIC mayor a 1mm (extensión), mientras el valor promedio de perdida de inserción en estas superficies afectadas es de 1,79 mm (severidad), siendo mayor en los hombres y a lo largo del curso de la vida se percibe un incremento en la extensión y severidad en perdida de NIC proporcionalmente con la edad, con una extensión de 11,8% a los 18 años hasta 79,01% en el grupo de 65 a 79 años; la región Atlántica tiene el mayor porcentaje de extensión con más de la mitad de las superficies examinadas con pérdida de NIC mayor a 1 mm (54,1%) (3).

Con relación a otros eventos, el ENSAB III encontró que las patologías de tejidos blandos y de la articulación temporomandibular aún es baja, pero es importante la presencia de procesos infecciosos de origen dental, las leucoplasias y los aumentos tisulares ocasionadas por trauma protésico en los ancianos, detectó que el 51,9% de las personas de 15 a 44 años y de 55 años y más mantienen la dentición completa en el maxilar superior y el 46,4% en el maxilar inferior, en tanto el resto de la población requiere de algún tipo de rehabilitación protésica parcial y/o total, ya sea de primera vez o sustitución de las existentes por pérdida de la función (2).

Entre tanto que el ENSAB IV encontró que en la población de 65 a 79 años observada se evidencia un 39,6% con estomatitis protésica, situación que se observa más en mujeres que en hombres, además de esto el 79,3% usa la prótesis para dormir lo cual favorece la aparición de las lesiones; con referencia al edentulismo se visualiza que el 70,4% de las personas ha perdido uno o más dientes y ésta pérdida va asociada con la edad, así a los 15 años un 15,2%, es decir que a esa edad ya han perdido algún diente permanente y alcanza su valor máximo de perdida en el grupo de 65 a 79 años con un 98,9% que es equivalente a decir que a esta edad han perdido 19,97 dientes en promedio; se indica además que un 5,2% de la población ha perdido la totalidad de sus dientes (3).

Respecto a las percepciones, conocimientos y prácticas de la población con relación a la salud bucodental, el ENSAB III, encontró de forma general que si bien la información ha llegado a los diferentes niveles, las prácticas distan mucho de reflejarlas; se encontró una tendencia hacia una representación estética de la boca, que pierde de vista la importancia de los otros tejidos y problemas presentes, al identificar que tener “una boca sana” significa principalmente no tener caries y tener dientes blancos y/o parejos y a que solo el 88% atribuye la aparición de la caries a “no cepillarse o a efectuar un mal cepillado” y que solo el 3,4% relaciona la presencia de sangrado de la encía con no tener la boca sana; una baja percepción de la importancia de la función de la dentición y de la cavidad bucal dentro del bienestar general, cuando solo el 77% de las personas consideró que los dientes permanentes deben durar toda la vida, discrepancia entre las prácticas y su impacto en salud, toda vez que el 98,4% de la población manifestó utilizar cepillo y crema dental para limpiar sus dientes con un período promedio de recambio de cepillo de tres meses, el 37,4% mencionó usar la seda dental y el 16,5% el enjuague bucal aunque se mantiene en uso en menor proporción de elementos como bicarbonato, palillos, carbón, ceniza, sal, hierbas entre otros y aun cuando el 55,7% considera que el uso de la seda previene el sangrado de la encía y el 71,5% de las personas expresaron que los padres fueron quienes les enseñaron a cuidarse la boca, seguidos por los maestros y/o el odontólogo, por el autoaprendizaje o por el aprendizaje a través de mensajes de radio y televisión (2).

Con relación a la demanda y utilización de servicios de salud bucodental, solo el 66% consultó al odontólogo cuando la enfermedad se tornó incapacitante, en tanto el resto hace uso de analgésicos, remedios caseros y antibióticos, entre quienes tuvieron alguna vez dolor en una muela o diente, los problemas más frecuentes fueron dolor de muelas o dientes, seguido por presencia de caries dental, sangrado de la encía, pérdida de obturaciones y dientes, fracturas dentales y de prótesis, inflamación de la cara, dificultad para abrir la boca y

otros; sólo consultaron el 45%, principalmente por la pérdida de dientes y por la fractura de prótesis, el 12,3% dejó de asistir a su trabajo o al estudio, o no pudo realizar sus actividades ordinarias durante un tiempo promedio de 3 días (2).

Al examinar este panorama, se perciben cambios favorables en algunos sectores y municipios aisladamente, que sin embargo no han sido revalidados debido a que no hay datos sistematizados que soporten las tendencias de los cambios; así problemas como las caries, a pesar de que sigue siendo abordada, no se elimina al no contarse con estrategias de seguimiento e indicadores que permitan superar la mirada del cumplimiento de acciones para llegar a tener control sobre la cobertura y el impacto, y caracterizar la población en términos de la relación con la salud general y los factores de riesgo o protectores (físicos, sociales, culturales, y demás) para orientar de mejor manera los esfuerzos.

Por lo anterior, luego de dieciséis años de realizado el ENSAB III, el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB IV como parte del sistema Nacional de Encuestas, constituye para el país un hito en salud pública, este documento con sus resultados establece para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y todos los actores de la sociedad, algunos avances y plantea grandes retos que permiten aportar metas y logros establecidos en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (4), entre ellos la atención individual en gestión de riesgo y la atención del daño acumulado en las poblaciones de jóvenes y adulto mayor, igualmente la temprana, adecuada y oportuna atención de la infancia. Simultáneamente, define la necesidad del desarrollo de acciones en salud pública de tipo poblacional sobre el contexto.

Reconocida hasta ahora toda la problemática no superada de la prevalencia de caries y enfermedad periodontal que impacta fuertemente en la salud integral de los individuos y de la población, le sobre agregamos ahora los problemas que deben abordarse desde la gestión de los Servicios de Salud para superar los

limitados logros que se ha hecho en salud bucal y entre estos se pueden enunciar:

Las dificultades en la relación entre los prestadores y las entidades administradoras de servicios, relación en la que se ha perdido la autonomía clínica frente a los usuarios, incluso abriendo profundas brechas en las concepciones éticas de la práctica; dificultades en la definición de competencias entre los odontólogos generales y los especialistas, con implicaciones para el acceso efectivo de los usuarios a la atención e incluso igualmente con implicaciones éticas; disyunción entre la preparación académica de los profesionales y el ámbito de la práctica profesional que se guía por relaciones comerciales e indicadores de eficiencia más que de efectividad; producción y oferta de recurso humano no regulada y concentrada en zonas de alta densidad poblacional, sin que se cuente con herramientas que permitan una distribución más equitativa para la prestación de servicios en zonas con mayores necesidades (zonas dispersas y rurales); poblaciones con dificultad para acceder efectivamente a los servicios de salud bucodental, debido a barreras económicas, geográficas, culturales y de aseguramiento; poco conocimiento de la normatividad y poca identificación de esta con la práctica clínica y administrativa; baja interrelación entre las áreas de la salud, perpetuando la fragmentación de las profesiones y áreas, lo que implica una atención inadecuada de las personas como sujetos de derechos; falta de apropiación de procesos administrativos y del uso de los sistemas de información; pérdida de relevancia de la salud bucodental y de espacios para su desarrollo como parte integral y componente fundamental de la salud general enfocándose a desarrollar acciones puramente clínicas, asistenciales y curativas dentales independientemente de las condiciones generales de las personas descuidando promoción y prevención.

Estas situaciones y la necesidad de realizar atenciones en salud bucodental con calidad, llevan a pensar en iniciativas que garanticen que todos los ciudadanos tengan acceso al cuidado bucal con énfasis en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y que dichos programas se trabajen con enfoque de riesgo para garantizar atención de acuerdo con las necesidades, en la búsqueda de lograr condiciones de sano bucal y de sano integral, a partir de potencializar las acciones y decisiones de los actores del sistema relacionados con la salud bucodental.

Por lo tanto, es necesario dar inicio a la articulación no solo de los “planes” en el Sistema o de las políticas en este caso particular la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 (5), para apropiarse de los objetivos, responsabilidades, competencias, funciones y acciones a todos los actores relacionados con la salud bucodental incluida la academia responsable de la formación del recurso humano, de tal forma que se garantice la prestación de servicios a partir de conocimientos plenos sobre las intervenciones desarrolladas, los cambios generados en la población sobretodo perfiles por ciclo vital, y los análisis de estas condiciones en el contexto social, cultural, económico y educativo de la población en general, del sistema de salud en especial, y del contexto de la Odontología de forma específica.

Teniendo en cuenta todos los resultados anteriores y la información que hasta ahora se ha fundamentado, la problemática de la salud bucodental de la población colombiana y en especial la de los adultos mayores se puede sintetizar en condiciones de salud bucodental inadecuadas, con altas prevalencias de caries y enfermedad periodontal; falta de reconocimiento de la salud bucodental como un componente fundamental de salud de la población; inequidad en el acceso de la población a la prestación de los servicios de salud bucodental, especialmente los adultos mayores; falta de reglamentación normativa relacionada de forma específica, en aspectos que den soporte a la

práctica odontológica y a la gestión con calidad y costo-efectividad de los servicios de salud bucodental enfocada al adulto mayor; desarrollos inadecuados de procesos de seguimiento y control a los programas que favorecen el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor; inadecuada gestión integral y formación del recurso humano en salud bucodental y falta de conocimiento oportuno de la situación de salud bucodental de la población por deficiencias en los Sistemas de Información y más aún en los pacientes adultos mayores.

Acorde a las argumentaciones del problema el ENSAB IV arroja información de la alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal que afecta a toda la población en general, catalogándose esto como un problema de salud pública; indica que la población adulta mayor sigue especialmente afectada por problemas particulares como la caries radicular, los problemas periodontales, el edentulismo y las lesiones subprotésicas por desadaptación.

Debido al bajo porcentaje de consulta de este grupo poblacional, independiente del régimen de salud al que pertenezcan, es difícil recopilar información representativa que se pueda extrapolar a toda la población, día tras día más creciente por la elevación de la esperanza de vida al nacer; si a lo anterior correlacionamos, las afecciones en boca con patologías sistémicas como la diabetes o la hipertensión, las cuales agravan mucho más los cuadros del sistema estomatognático. Además, se debe contemplar un elemento esencial como lo es la autoestima de los ancianos, cuando no gozan de estética y funcionalidad en su dentadura que incide en una convivencia sin prejuicios y una adecuada nutrición.

Con respecto a las estrategias de promoción y prevención solo se contemplan para la población infantil y adolescente, mientras que para el adulto mayor no se promueven de manera adecuada la autohigiene y el autocuidado como elementos fundamentales para la conservación de la dentadura según se observa en la

Resolución 0412 del 2000 del Ministerio de la Protección Social (MPS) literal b Atención preventiva en salud bucodental (6).

No se trabaja en demanda inducida desde la óptica de prestación de los servicios y el Plan Obligatorio de Salud (POS) solo contempló hasta ahora después de muchos años la posibilidad de incluir rehabilitación (prótesis totales) pero con tantas exigencias que se convierte en un paliativo frente a la problemática de tanta población con necesidad de tratamiento para remplazar sus órganos dentales perdidos y otras patologías correlacionadas.

Por lo anteriormente descrito se plantea el siguiente interrogante **¿Cuál es el estado de salud bucodental asociado a factores de riesgo y auto percepción de adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la ciudad de Barranquilla?**

Este proyecto es relevante en el sentido que atiende una necesidad percibida en población adulta mayor y en la medida que aumenta la proporción de esta población, se evidencia la necesidad de atención y abordaje a las necesidades específicas como uno de los retos más importantes para la sociedad moderna (7).

El incremento en la población de adultos mayores es posible explicarlo a partir de la notoria mejoría de las condiciones de vida y de salud de las poblaciones en general así como en varios países de América Latina, lo cual se refleja en los indicadores básicos tales como una menor tasa de mortalidad infantil, una menor tasa cruda de mortalidad general y una mayor esperanza de vida al nacer (8).

Los diferentes cambios que se catalogan como normales dentro del proceso de envejecimiento han de considerarse como parte de la odontogeriatría conocida como envejecimiento orofacial, esta define que en las estructuras orales se dan

cambios dentro de los cuales no se considera normal la pérdida parcial o total de los dientes, sino un indicativo de pérdida de salud bucodental de la persona; se consideran normales la adquisición de un color amarillento en los dientes, fragilidad y menos permeabilidad, además de la disminución de agua y materia orgánica del esmalte, entre otras (7).

Pese a que se dispone de los conocimientos necesarios para despejar ideas erróneas con la salud bucodental y el envejecimiento, los adultos mayores siguen corriendo un alto riesgo de sufrir enfermedades bucodentales entre ellas la caries, la enfermedad periodontal y en menor escala el cáncer bucal; la prevalencia de estos trastornos no ha mejorado significativamente en este grupo poblacional y tanto la sociedad en general como los ancianos mismos siguen aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como parte normal e inevitable de la vejez.

En la actualidad se sabe que es posible mantener la buena salud bucodental hasta la edad avanzada y que la dentadura no se pierde a causa del envejecimiento, sino debido a enfermedades bucodentales asociadas a diversos factores de riesgo tales como trastornos sistémicos crónicos que comienzan a edad temprana; estilos de vida malsanos, iatrogenias repetidas y un mal estado nutricional; la articulación temporomandibular tiende a sufrir una serie de anormalidades cuya relación con la vejez aun no ha quedado establecida y las alteraciones del flujo salival, muchas veces, son efecto secundario de ciertos medicamentos y no una consecuencia fisiológica del envejecimiento (8).

En este sentido, la salud bucodental es un constituyente inseparable e importante de la salud general, la cual influye, a su vez en aquellas enfermedades como artritis, accidentes cerebrovasculares, cáncer, diabetes mellitus, hipertensión y los trastornos autoinmunes interfieren con el cuidado de la boca, la masticación y el uso de las prótesis dentales, lo cual aumenta el riesgo de caries dentales y

enfermedad periodontal, infecciones por microorganismos oportunistas y sequedad en la boca (8).

De igual forma, las enfermedades bucodentales afectan la salud general del individuo y tiene consecuencias fisiológicas aun más complejas en personas de edad avanzada, ya que pueden llegar a menoscabarles la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental; Mariño en la revisión realizada encontró resultados que sustentan lo anteriormente afirmado, en aspectos clínicos de la salud bucodental y específicamente en referencia a la caries dental se encontró, que las personas mayores de 65 años tuvieron un índice de COP-D de 19,11 y el componente P sumado al número de dientes con extracción indicada, representa un 85% del índice en población venezolana (9).

En Brasil no se ha determinado prevalencia de caries dental en el grupo de 60 años y más; sin embargo los resultados observados para el grupo de personas entre 50 y 59 años de edad se consideran reveladores más de lo que probablemente ocurre en la población de edad avanzada; el índice COP-D en el grupo citado fue de 27,21 y la suma del componente P y del número de dientes de extracción indicada dió un promedio de 23,8 (10).

Para el caso de la población Costarricense se evidenció un índice de COP-D promedio de 21,6 del cual el 87,9% correspondió al componente P en personas mayores (11); entre tanto que en Chile este mismo índice se observó en promedio de 24,8 del cual 81,1 % correspondió al componente P en un estudio realizado en clubes de adultos mayores de la ciudad de Valparaíso (12).

En Colombia, el análisis se realiza a partir de los resultados del ENSAB IV, cuyos resultados demuestran que en la dentición permanente, el 91,5% de las personas ha presentado historia de caries y el 55,8% tenía caries sin tratamiento y que se evidencia el deterioro de los indicadores a través del ciclo vital, perdiéndose en las

edades adultas los logros alcanzados en las primeras edades, ya que el 33,27 de los niños de 1, 3 y 5 años a su corta edad, también han presentado antecedentes de esta enfermedad (3).

Con referencia a la enfermedad periodontal, en un estudio realizado en población venezolana el Índice de Russell reveló que solo el 7% de las personas encuestadas mayores de 64 años se encontraban libres de enfermedad periodontal, entre tanto que 4% presentaban lesiones destructivas con formación de sacos periodontales (9); en el Brasil el estado de salud periodontal se determinó aplicando el Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (CPITN), según el cual 7,4% de los encuestados tenían enfermedad periodontal avanzada (10); el mismo índice se aplicó en un estudio en Coronado, Costa Rica, donde se encontró que el 33,7% de las personas aún conservaban dientes también tenían un grado avanzado de enfermedad periodontal (11).

Según datos oficiales, en Cuba solo 6,2% de la población mayor de 65 años conservaban más de 20 dientes en 1984 y este porcentaje aumentó a 9,4 en 1989 (13). De las personas mayores de 59 años en Costa Rica, más de 70% tenían pérdida dentaria total (11). Según una encuesta brasileña, a 68% de las personas de 50 a 59 años les faltaba, como mínimo, la dentadura de un maxilar, 9,1% carecían totalmente de dientes en los dos maxilares y solo el 23% mantenían la dentadura en condiciones lo suficientemente buenas para no necesitar aparatos protésicos (10). En Chile la frecuencia de pérdida dentaria total en ancianos fue de 33% y se encontró que aquellos que aún conservaban dientes tenían un promedio de solo seis dientes, muchos de ellos con caries (12).

Por otra parte, la prevalencia de lesiones de los tejidos blandos de la cavidad bucal se analizó en dos estudios, en Brasil se encontró que 59% de las personas examinadas presentaban uno o más lesiones de la mucosa oral; mientras que en Chile la prevalencia de estas lesiones en el mismo grupo fue de 18% (14, 12).

La capacidad masticatoria se relacionó con la pérdida de dientes y la necesidad de rehabilitación protésica, en Costa Rica 33% de la población encuestada necesitó rehabilitación protésica, ya sea total o parcial (11); en Chile se observó un grado variable de rehabilitación entre las personas que necesitaban prótesis dentales, de las personas que necesitaban prótesis parciales superiores solo 85% las usaban mientras que aquellas que necesitaban prótesis totales inferiores solo 21% las usaban (12).

Con relación al uso de las prótesis dentales, se encontró que muchos adultos mayores habían usado los mismos aparatos por varios años sin reemplazarlos, en Costa Rica el período de uso fue de 26,2 años promedio (11); según otros estudios, 60% de las personas habían usado los mismos aparatos por lo menos 10 años y 30% más de 20, y el período de uso promedio fue de 11 años.

En consecuencia, la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal está relacionada con el nivel de higiene bucal individual la cual se va deteriorando de manera importante después de los 60 años de edad, posiblemente debido a que se considera natural perder los dientes progresivamente hasta llegar a la pérdida total, lo cual hace que los pacientes de edad avanzada descuiden las medidas preventivas necesarias para mantener la salud de las encías (15). Esto es confirmado por estudios realizados en población mayor, como en el caso de Costa Rica donde 100% de las personas que conservaban los dientes naturales solo requerían instrucción sobre higiene bucal y en Brasil solo 1,3% de las personas de 50 a 59 años de edad que fueron examinadas presentaban encías sanas y no necesitaban ningún tipo de intervención (11, 10). En Venezuela se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado, el cual mide la extensión de los depósitos blandos y duros en la superficie de seis dientes índice, para el grupo de edad de 55 a 64 años este valor índice fue de 4,07 y en el grupo de 65 años o más aumentó a 4,32 lo cual evidenció una higiene bucal deficiente (9).

En referencia a cómo perciben los adultos mayores su propia salud bucodental, en estudios realizados en esta población en varios países de América Latina con la coordinación de la OPS muestran que los adultos califican de buena a muy buena su propia salud bucodental con una frecuencia de 33,2% a 68,3%, siendo más favorable la calificación emitida por el grupo de mujeres en comparación con la calificación emitida por los hombres (16-22). Estos mismos estudios indican con respecto a problemas durante la masticación, que más de 60% de los adultos mayores manifestaron no haber tenido problemas de masticación, o haber tenido muy pocos, como consecuencia de la falta de dientes naturales. En este sentido no se encontraron diferencias importantes entre los dos sexos.

En lo que se refiere a uso de los servicios odontológicos, de acuerdo con ciertos autores, las visitas al odontólogo tienden a disminuir con la edad; los estudios latinoamericanos antes mencionados confirman este fenómeno, ya que en muchos de ellos más de 75% de los encuestados indicaron no haber visitado al odontólogo en los 6 meses previos a la encuesta (9, 23-24).

A la fecha, en Colombia se han realizado cuatro estudios nacionales de morbilidad oral: 1965, 1980, 1998 y el último en 2014, y solo en el último de ellos se especifica la situación oral de las personas mayores (25). En la escasa información al respecto se encuentra el estudio realizado por el servicio de Odontogeriatría de la Universidad Nacional de Bogotá el cual encontró que el paciente promedio que asiste es de sexo femenino, con un rango de edad entre 61 y 65 años, con un nivel de ingresos mensuales de un salario mínimo, con escolaridad primaria completa, pensionado y perteneciente al régimen contributivo; el edentulismo parcial fue el hallazgo más frecuente; el número de dientes remanentes fue de 10,7 por persona; el COP-D de 27, a expensas en su mayoría, del componente perdido; del total de prótesis encontradas el 63% estaba en mal estado, lo cual se relaciona con alta prevalencia de estomatitis protésica; la

necesidad protésica mas importante fue la inferior y la gingivitis como enfermedad periodontal que mas afecta a los dientes remanentes (26).

A pesar de los datos anotados es claro que esta información no representa la situación de salud oral del adulto mayor en Colombia, por lo tanto es importante realizar estudios diagnósticos como el presente, que en el contexto local permiten dar respuesta a la necesidad de información sobre la situación actual de la salud bucodental de los adultos mayores de la ciudad, al establecer líneas claras de diagnóstico, identificar los factores de riesgo y los factores que impiden el acceso a los servicios; determinar las necesidades terapéuticas para posteriores intervenciones específicas de acuerdo con los hallazgos encontrados en población institucionalizada.

Así es conveniente hacer estudios longitudinales posteriormente que favorezcan el evaluar las intervenciones realizadas y generar nuevas preguntas orientadas a diseñar futuras investigaciones en este campo.

1.2 Marco Teórico y Estado del Arte

“Saber envejecer es la obra maestra de la vida, y una de las cosas más difíciles en el arte difícilísimo de la vida”.

Amiel.

“Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena”.

Ingmar Bergman.

1.2.1 El envejecimiento de la población mundial y de Colombia

El envejecimiento es un tema mundial dado que afecta en términos globales a la totalidad de la población del planeta. La población del mundo envejece rápidamente y ello es motivo de celebración, este fenómeno evidencia que se ha logrado adelantos contra las enfermedades de la infancia y la mortalidad materna y se ha ayudado a las mujeres a asumir el control de su propia fecundidad.

Este fenómeno adquiere una intensidad y una duración que carece de precedentes en la historia de la humanidad; a mitad del siglo XX el porcentaje de personas mayores de 60 años alcanzaba al 8% de la población mundial, en tanto que para mediados del siglo XXI se estima que esta cifra se elevará al 21%.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), expresa que el proceso de envejecimiento es diferencial por regiones de acuerdo con los procesos de transición demográfica específicos de cada zona; en las regiones más desarrolladas de Europa, Norteamérica y Oceanía adquiere mayor intensidad, en tanto que en Asia y África todavía no ha llegado a adquirir tal magnitud. América Latina se encuentra en un punto intermedio entre ambos polos (27).

Sin embargo, este proceso tiene consecuencias en todos los niveles de la organización social de todos los países; desde los aspectos económicos ligados a los mercados de trabajo, los sistemas de seguridad social y las transferencias intergeneracionales, hasta los aspectos sanitarios vinculados a los sistemas de salud pasando también por los culturales y sociales referentes a los cambios que en la dinámica y composición familiar implica la convivencia de varias generaciones, sea o no en el mismo techo.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados y en números absolutos los mayores de 60 años pasarán de 605 millones a 2000 millones entre el 2000 y el 2050 (28); cambio demográfico que será más acelerado en intenso en los países de ingresos bajos y medianos, tal es el caso de Francia donde tuvieron que transcurrir 100 años para que el grupo de habitantes de 65 años o más se duplique de un 7% a un 14% frente a países como Brasil y China donde esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años.

En este caso se estima que habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones; este es por lo tanto, un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días.

Sin embargo, el hecho de poder envejecer depende de muchos factores, entre ellas lo que se come, la actividad física que se despliega y la exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas; las personas mayores, hasta en los países más pobres, mueren de enfermedades no transmisibles, como el cáncer, las cardiopatías y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Entre tanto, en todo el mundo el

riesgo de maltrato a personas de edad avanzada existe y se observa que en países desarrollados entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa, mientras que en los centros asistenciales (identificados como asilos) se cometen actos abusivos entre los que se encuentran maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad y negarles premeditadamente una buena asistencia.

Por tal motivo, la necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando, muchos ancianos de edad avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales es decir que requerirán cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales; con el transcurrir del tiempo en todo el mundo se producirá aumento de la cantidad de casos de demencia como la enfermedad de Alzheimer y el riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad calculando que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen ya cierto grado de deterioro cognoscitivo.

Frente a esta situación se ha descrito el denominado envejecimiento saludable, el cual comienza con hábitos saludables en fases anteriores de la vida y frente al cual los costos sanitarios, humanos y económicos son importantes; en el caso de Australia, el costo medio para el sistema de salud ocasionado por los traumatismos relacionados con caídas en mayores de 65 años fue de 3611 millones de dólares en los años 2001 – 2002.

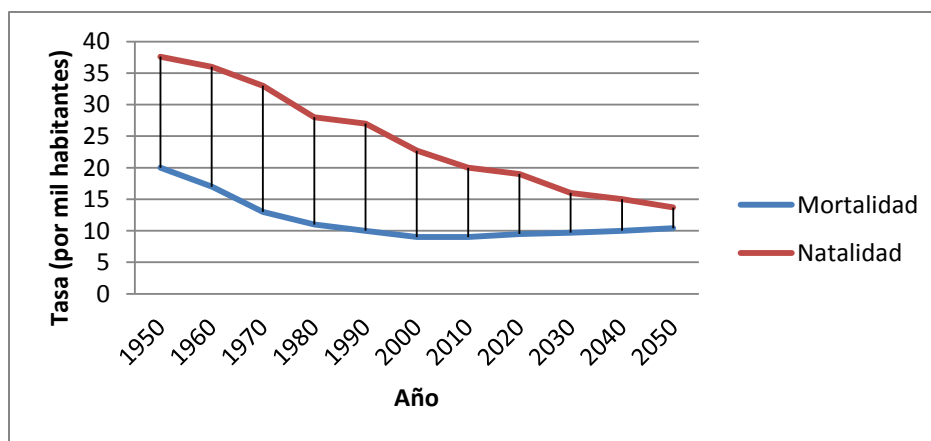
Considerando así, la importante contribución que los adultos mayores hacen al desarrollo de un país, y que son imprescindible sus capacidades para actuar en favor de una mejora de ellos mismos y de las sociedades, deberían traducirse en políticas y programas a todos los niveles; sin embargo, en la actualidad el 64 % de

las personas de edad vive en las zonas menos desarrolladas y se espera que este número alcance el 80% en 2050.

La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado. La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37,6 a 22,7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9,2 , en el mismo período. Esta transformación que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y simultáneamente, su envejecimiento (29).

Así mismo, se espera que los niveles de natalidad y mortalidad, continúen disminuyendo en la primera mitad del siglo en curso. La primera disminuirá hasta alcanzar 13,7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 (9 defunciones por cada mil habitantes) y a partir de ese momento aumente hasta alcanzar 10,4 en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades avanzadas (29).

Figura 1. Transición demográfica mundial, 1950-2050.

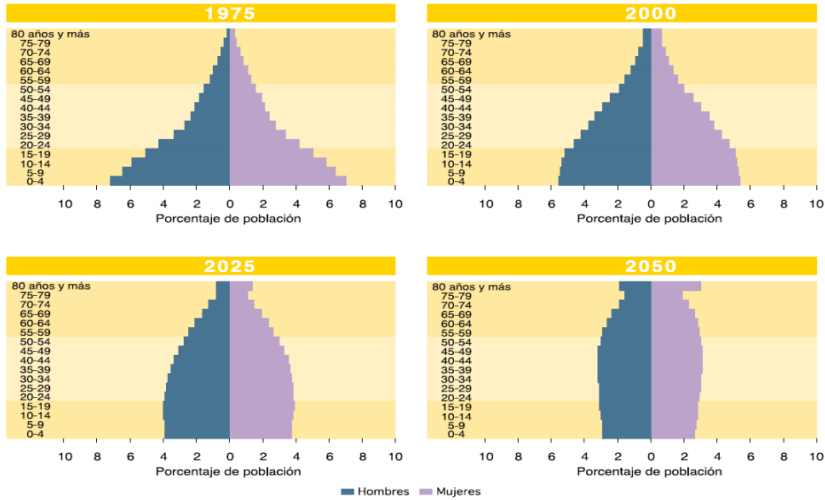


Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. (Figura. 1). Actualmente, la esperanza de vida de las mujeres 67,6 es superior en alrededor de cinco años a la que registran los varones 63,3. Cabe resaltar que en los países más desarrollados, la esperanza de vida al nacimiento promedio es de casi 76 años en el quinquenio 2000 - 2005 la cual podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo, a la vez que en los países en desarrollo se estima que aumentará de 63,4 a 73,1 , durante el mismo período.

La población mundial avanza paulatinamente hacia el envejecimiento de su estructura por edades. En las siguientes pirámides de población, agregadas para 2000 y 2050, se observa la disminución de los grupos más jóvenes de la población en su parte inferior, sobre todo entre los menores de 15 años, y el aumento de la población en edades laborales y de los adultos mayores. Es también evidente que, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, su número y peso relativo en las edades avanzadas será mayor. Estas diferencias ya se aprecian en 2000, pero se acentuarán en el futuro como se aprecia en la pirámide de 2050 (Ver Figura. 2).

Figura 2. Pirámides poblacionales, cambios de 2000-2050 y por género.OMS.



Entre 1950 y 1980 el porcentaje de adultos mayores con respecto a la población total se mantuvo alrededor del 8%, mientras que en 2000 ascendió a 10%. Bajo las tendencias previstas del envejecimiento demográfico mundial, se estima que en 2030 este porcentaje asciende a 16,6% y en 2050 a 21,4 %. En otras palabras, mientras que en el año 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, a mitad del siglo será una de cada cinco.

Entre los adultos mayores el grupo que crece a un mayor ritmo es el de las personas de más edad. En 2000 había alrededor de dos adultos entre 60 y 69 años por cada adulto de 70 años o más; en 2050 esta razón se igualará e incluso será ligeramente superior para las personas de edades más avanzadas.

La población de los países más desarrollados para el año 2005 se estima 1 208 millones, con tasas anuales de crecimiento cercanas a 0.25%. Según la hipótesis “media” de la División de Población de las Naciones Unidas, alcanzará 1 242 millones en 2029, año en que comenzará a registrar tasas de crecimiento negativas, hasta reducirse a 1 220 millones en 2050. Sus niveles de fecundidad actuales se sitúan en 1,6 hijos por mujer, muy por debajo del número necesario para lograr el remplazo generacional (2,1 hijos); en cambio, sus esperanzas de vida (76 años de promedio) son las más elevadas del planeta.

Por su parte, en los países en desarrollo la tasa de crecimiento anual es de 1,5%, lo que todavía representa un ritmo de crecimiento considerable. Se estima que a mediados del siglo XXI se reduzca a 0,4%, un nivel aún muy superior de lo que presentan los países más desarrollados en la actualidad. La tasa global de fecundidad de los países en desarrollo asciende en la actualidad a 2,9 hijos promedio por mujer, mientras que la esperanza de vida alcanza 63,4 años. Se prevé que su población que es de 5245 millones, aumentará en 2050 a 7699 millones (30).

Por último, en los países menos desarrollados del mundo el crecimiento de la población es aún más elevado con una tasa anual de 2,4% (30). Agrupa a 753 millones de personas y se estima que llegaran a la mitad del siglo con 1 374 millones. Su nivel de fecundidad es el más alto del planeta, con una tasa global de fecundidad promedio de 5,1 hijos por mujer. A su vez, registran las menores esperanzas de vida [49,6 años].

1.2.1.1 Envejecimiento Demográfico en América Latina y en Colombia

El envejecimiento poblacional es un tema emergente en población y desarrollo, cuyos avances e incorporación en las políticas públicas interesan especialmente al Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Dicho envejecimiento se relaciona con otros fenómenos recientes como los cambios en la estructura poblacional, con migraciones, desplazamientos internos y transformaciones en la estructura urbana, así como con la recomposición de las familias.

Carmen Elisa Flórez en las memorias de la mesa redonda realizada entre la Fundación Santillana, la AIG y el Ministerio de la Protección Social expresa: el envejecimiento demográfico es un proceso de cambio de la estructura por edades de una población, caracterizado por el aumento relativo de las personas en edad avanzada de 60 años y más. El envejecimiento de la población colombiana se viene dando desde mediados del siglo XX, como consecuencia del proceso de transición demográfica (31).

La transición demográfica se refiere a descensos en la tasa de crecimiento de la población producidos por descensos fuertes en la fecundidad y en la mortalidad. El primer efecto de la transición demográfica es el proceso de envejecimiento, en el cual la estructura por edades pasa de ser una estructura joven, con una base piramidal ancha, a ser una estructura mucho más constrictiva, que se amplía en la cúspide, siendo cada vez más similar a un rectángulo.

Los descensos en fecundidad y descensos en mortalidad, son dos factores que afectan la intensidad y la velocidad del envejecimiento de la población. Primero, los descensos en fecundidad, los cuales constituyen el efecto fundamental o más importante que afecta directamente la base de la pirámide de edades por lo tanto la estructura y la importancia de la población en las edades avanzadas.

Segundo, los descensos en la mortalidad, las cuales son menos importantes en afectar la estructura por edades, pero la afectan de dos formas principalmente. La primera, los descensos iniciales en mortalidad producen, contrario a lo que se pensaría, un rejuvenecimiento por ensanchamiento de la base. Es decir, sobreviven más niños y eso hace que la población rejuvenezca. La segunda forma son los descensos en mortalidad en una etapa más avanzada del proceso de transición, en que se produce un envejecimiento de la pirámide por la cúspide. Es decir la población de edades mayores sobrevive más tiempo; tiene una mayor importancia en términos relativos y eso afecta el envejecimiento (31).

Tercero, las migraciones cuando son selectivas. En algunos casos afectan la estructura por edades y por tanto afectan el hecho de que la población sea más joven o más vieja (31).

Como resultado de lo anterior se han descrito tres etapas en el proceso de transición demográfica: Incipiente, Intermedia y Avanzada (32).

En América Latina hay grupos de países que se pueden clasificar en cada una de tales etapas, las cuales generan unas características específicas en la estructura por edad de la población, que son necesarias de tener en cuenta en la política pública.

La principal diferencia en el proceso de transición demográfica entre los países en desarrollo y los desarrollados o industrializados es la rapidez del cambio. En los

países en desarrollo tales transformaciones han sido muy rápidas, casi precipitadas.

En los países desarrollados el proceso de transición demográfica cubrió aproximadamente 200 años y en algunos países bastante más. En América Latina el proceso se viene dando en forma más rápida. Unos países iniciaron la transición demográfica en la década de 1940; otros, en mayor número, están en la actualidad siglo XXI, en una situación de transición intermedia. Es el caso de Colombia, México, Perú, Brasil, países que iniciaron su transición demográfica en la etapa de descenso de las tasas de crecimiento, es decir cuando empezó a descender la fecundidad de manera ostensible, a finales de la década de 1960. Quiere decir esto que en 40 años hemos avanzado en ese proceso de transición demográfica lo que muchos países desarrollados avanzaron en 80, 100 años o más (32).

La edad promedio en algunos países desarrollados ya envejecidos es de 38 años, en tanto que en países en desarrollo es mucho menor. En Colombia, país en proceso de envejecimiento, en transición demográfica intermedia, entre 1995 y el 2000, la edad promedio de la población era de 27 años.

En el documento acerca de Envejecimiento y su Atención en Colombia manifiestan, que el país exhibe la típica transición demográfica presentada a nivel mundial, fenómeno en el cual la estructura por edades de la población cambia, aumentando el peso de los grupos de mayor edad. Este es el resultado de la prolongación de la vida gracias avances tanto tecnológicos y científicos en diversas áreas, principalmente en la medicina, así como el diseño y efectividad de la política pública (33).

Este tipo de modificaciones como lo expresó Rincón desde 1999 (34) afectan la organización de la sociedad, repercuten sobre los valores y normas de

comportamiento individual, de la familia y de los colectivos. Su efecto se extiende al campo socioeconómico con implicaciones importantes en las estructuras familiares, los sistemas de educación, salud y seguridad social.

El cuadro 1 muestra datos sobre la evolución de la población en cinco grandes grupos para el periodo 1950 – 2050. Los niños menores de 5 años, el grupo 5 -14, en el cual se concentra la población en edad escolar, el de 15 - 59 que agrupa la población laboral, el de 60 – 74 años, que corresponde a la población en edad de jubilación y un último que relaciona a los mayores de 75 años.

Cuadro 1. COLOMBIA. Población total según edad, 1950-2050

Años	Proporción de población por grupos en los tramos de edad					Total
	0 – 4	5 – 14	15 – 59	60 – 74	75+	
1950	17,9	24,7	52,4	4,1	0,9	100.0
1960	18,5	27,8	48,7	4,2	0,8	100.0
1970	17,3	28,5	48,9	4,4	0,9	100.0
1980	14,4	26,3	53,6	4,6	1,2	100.0
1990	12,6	23,4	57,7	4,8	1,5	100.0
2000	11,3	21,4	60,4	5,1	1,8	100.0
2010	9,7	19,2	62,8	6,4	2,0	100.0
2020	8,6	17,0	62,9	9,1	2,5	100.0
2030	7,7	15,5	61,2	11,8	3,8	100.0
2040	7,1	14,2	59,8	13,1	5,8	100.0
2050	6,8	13,5	58,1	14,1	7,5	100.0

Fuente. Rincón, 1999.

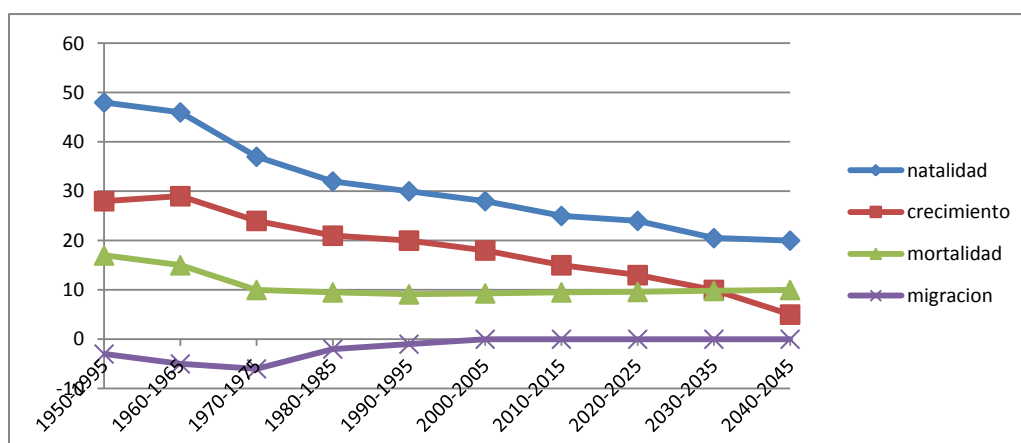
En Colombia mientras que para la década de los cincuenta el grupo de personas mayores de sesenta años representaba un 5% de la población, para el año 2000 constituye un 7% del total. Este porcentaje aumentaría a 22% en cincuenta años. Por su parte, las personas entre 15 – 59 años que para el año 2000 participan con un 60% de la población, constituirán un 58% del total en el año 2050.

Este proceso de envejecimiento de expectativas de vida de la población resulta de avances en las políticas sociales tales como el aumento del nivel educativo, especialmente de la mujer, mejores niveles nutricionales, control efectivo de enfermedades y avances en la planificación familiar. Estos hechos se reflejan en las tendencias descendentes en las tasas de mortalidad y de natalidad, lo cual resulta en un menor ritmo del aumento de la población total.

Aunque la reducción de la mortalidad en Colombia pudo haberse iniciado desde comienzos del siglo XX, es evidente que se profundizó y aceleró en la década de los años 50. En general se lograría una ganancia de 11 años en la esperanza de vida al nacer entre 1950 y 1975 y un total de 30 años entre mediados del siglo XX y los primeros 50 años del siglo XXI. Igualmente se presenta una reducción muy importante de la mortalidad infantil.

De otro lado, con el inicio de la baja de la natalidad a fines de la década de los 60, el país recorre lo que puede definirse como primera fase de transición demográfica. En los próximos 50 años se espera que este proceso se profundice y llegue a completar dichos cambios. Partiendo en 1950 con una natalidad cercana a los 7 hijos por mujer, dicho indicador se redujo en un tercio hasta el año 2000, lo que significó la tasa de natalidad actual de 2,4 hijos. El descenso continuará y hacia 2050 el nivel de remplazo se reduciría a un tercio del nivel que tuvo 100 años atrás.

Figura 3. Colombia. Tasas de natalidad, mortalidad, neta de migración y total de crecimiento por quinquenios 1950-2050



Fuente: Rincón, 1999.

Todo ello ha contribuido a que la población sea más sana y esté en condiciones de vivir más tiempo. La esperanza de vida al nacer pasó de 61 años al inicio de los setentas, a 70 años a finales de los noventas y es posible que aumente a 74 años en el 2015. En el 2000, la esperanza de vida al momento de pensionarse, 60 años de edad, está alrededor de 21 años para las mujeres y de 18 años para los hombres (Ver Cuadro No.2).

Cuadro 2. COLOMBIA: Esperanza de vida por sexo, 1950 -2050

	Al nacer		A los 60 años		A los 75 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1950-1955	48,98	52,34	14,07	15,18	6,17	6,57
1960-1965	56,23	59,68	15,33	16,65	7,46	7,84
1970-1975	59,70	63,85	15,90	17,49	8,07	8,58
1980-1985	63,62	70,22	17,51	19,90	9,18	10,64
1990-1995	64,27	73,04	18,36	20,80	9,58	11,22
2000-2005	69,17	75,32	18,79	21,63	9,57	11,49
2010-2015	70,95	77,10	18,90	22,31	9,55	11,69
2020-2025	72,48	78,80	19,01	23,04	9,52	11,89
2030-2035	73,95	80,35	21,42	24,63	11,29	13,49
2040-2045	75,33	81,80	21,90	25,53	11,54	13,98

2045-2050	76,00	82,50	22,14	25,98	11,67	14,23
-----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Fuente: DANE, Colombia. Tablas abreviadas de mortalidad, por sexo, para fechas censales y estimaciones quinquenales 1995-2025. Santafé de Bogotá, mayo de 1998.

En resumen, acorde a lo que dice el Informe de Balances y Perspectivas, se observa que de un país de niños con crecimiento acelerado de su población menor de 15 años, se está pasando a una nación progresivamente vieja, con desaceleración del crecimiento demográfico en los próximos 50 años. Se pasó de una relación de 3 menores de 5 años por cada mayor de 60 años a mediados del siglo XX, a una de 3 mayores de 60 años por cada menor de 5 años en el 2050. Esa extensión de la vida humana exige la redefinición de fronteras generacionales. Entonces se requiere determinar la niñez - cada vez más reducida, cuando a los 10 años se está ya en la pre adolescencia - y también la vejez, de acuerdo con el contexto y la esperanza de vida, al igual que otras categorías población en edad de trabajar (33).

Por otra parte, es necesario considerar la mayor longevidad femenina o las diferencias de género en términos demográficos: en Colombia la mujer tiene 6 años más de esperanza de vida que el hombre y participa con un 53% entre la población mayor de 60 años. La mayor esperanza de vida de la mujer contrasta con las condiciones precarias de subsistencia, los múltiples roles y obligaciones, entre ellos de cuidadora de generaciones jóvenes y viejas en la familia. Roles por los que generalmente no percibe remuneración y a los que se agrega por lo común la ausencia de la seguridad social (33).

En referencia a la situación socioeconómica de la población adulta mayor, el Informe de Envejecimiento y su Atención en Colombia expresa que de acuerdo con el índice de desarrollo humano IDH, el país ha registrado avances significativos en los últimos 15 años, experimentando aumentos en la esperanza

de vida, en el nivel educacional, incluido el de los adultos, y en el producto interno bruto, PIB, per cápita (33).

El cambio más fuerte fue el aumento en la escolarización de niños y jóvenes: en 1985, 52 de cada cien personas en edad escolar asistían a algún establecimiento educativo. En 1999, lo hacían 70 de cada cien. Este hecho ha aumentado en 2,5 años el nivel educativo de la fuerza laboral entre 1985 y 1999.

El informe también aclara que a pesar que las condiciones económicas de las personas mayores aunque no son favorables, resultan menos precarias con respecto a otros grupos etáreos de la población colombiana (33). Un 50,9% de las personas con más de 65 años se encontraba en situación de pobreza en el 2000, esto es más de 1.3 millones. En otros grupos ese indicador es mayor: más de 53% está entre los 20 – 24 años y el 56,6% en otros grupos.

Con el indicador de línea de indigencia un 15% de los adultos mayores está por debajo de ésta, es decir 539.895 adultos mayores a septiembre de 2000. Estos indicadores podrían mostrar que en forma comparativa, los adultos mayores no están tan desfavorecidos. Sin embargo, aunque la pobreza no es un fenómeno tan acentuado en la población mayor, las personas en esta situación son particularmente vulnerables pues para ellas ya no quedan muchas posibilidades de mejorar su calidad de vida (CONPES, 1995).

La falta de recursos suficientes para brindar una mejor calidad de vida a la población mayor ha obligado a seguir participando en el mercado laboral. La tasa de ocupación para el grupo de 56 años y más muestra un descenso entre 1991 y el 2000 al pasar del 31,1% al 28,4% y se registró un descenso de más de 10 puntos en 1991 era del 3,9% y se eleva al 14,1%. Esta presión sobre los indicadores laborales se acelera en los últimos años a causa de la recesión económica. De hecho, este es el factor preponderante en la celeridad reciente de

la tasa global de participación (TGP) para hombres y mujeres, pues ante la caída de los ingresos de los hogares muchos de los miembros (niños, jóvenes, mujeres y personas en edades avanzadas) se han visto en la necesidad de salir a buscar empleo, según lo expresa el informe (33).

Por la situación económica del país, tanto estructural como coyuntural, no ha permitido que las personas mayores encuentren empleos suficientes y de buena calidad, hechos que se muestran en el incremento de las tasas de desempleo e informalidad. En este grupo poblacional, el desempleo aumentó más de tres veces entre 1995 y 2000 en las principales siete áreas metropolitanas, dentro de estas Barranquilla.

Por su parte, la tasa de informalidad que tradicionalmente ha sido más alta en los empleados de edad avanzada, se disparó en los últimos cuatro años al pasar de 77,8% en 1996 a 82,7% en 2000. Este resultado es bastante preocupante si se tiene en cuenta que la tasa de informalidad para todo el conjunto de las siete principales ciudades se ubicó en 60% durante ese mismo año.

Además la falta de una capacidad de ahorro frente a la necesidad de llegar a la vejez con un flujo de recursos asegurado, ya sea a través de pensiones o cualquier otra renta, incrementa el grupo de población desempleada en edades avanzadas. Se esperaba que los ajustes al sistema pensional en la década de los noventa (Ley 100 de 1993 y su reglamentación), brindaran elementos para forjar una cultura de ahorro en Colombia, con sus consecuentes efectos positivos sobre la economía y el mercado laboral, pues entre más personas afiliadas al sistema pensional, se garantiza en mayor o menor proporción, la satisfacción de sus necesidades básicas cuando lleguen a la vejez.

El acelerado envejecimiento demográfico significa que la población que crece más rápido es la de 60 años, en tanto que la población joven tiende a disminuir, hasta

el punto de alcanzar precozmente el crecimiento cero de la población. Este hecho se traducirá en escasez de fuerza laboral, panorama que contrasta con el vivido hoy en día, donde la tasa de desempleo alcanza casi el 20%.

A pesar de los esfuerzos realizados, los avances actuales frente a la erradicación del trabajo infantil desafortunadamente, registra grupos poblacionales de jóvenes entre 12 y 17 años que aún se encuentran trabajando. La mayoría de ellos en el sector rural ocupados en actividades agrícolas, concluye el informe (33).

1.2.1.2 Del Bono Demográfico al Envejecimiento Demográfico

Según lo expresado en la mesa de trabajo liderada por la Fundación Centro Psicológico Gerontológico CEPISIGER la transición demográfica pasa así por el llamado “bono demográfico” el cual no han alcanzado todos los países y cuya duración es de 20 a 30 años, según cada país y dependiendo de diversos factores. El bono demográfico implica un período en el cual la tasa de dependencia es favorable, en términos de la relación entre población económicamente activa y población considerada dependiente (menores de 15 años y mayores de 60/65 años). Eso significa que los frutos de la explosión demográfica se desplazan a través de la pirámide poblacional hacia las edades más avanzadas y llegan a hacer parte del grupo de personas entre los 15 y los 64 años de edad considerada “edad económicamente activa”. Así, la composición de la población cambia respecto a cualquier situación anterior. Entonces la mayoría de los miembros de la sociedad se encuentra en capacidad de trabajar e impactar positivamente la calidad de vida de ellos mismos, de los que están naciendo y de las personas mayores de 60/65 años. Es a esta situación a lo que le denomina bono demográfico (35).

Sin embargo, como lo expresa la fundación CEPISIGER, la situación de bono demográfico tiene una duración finita, determinada por el gradual envejecimiento

de las generaciones nacidas durante la explosión demográfica. Una vez que estas generaciones hayan alcanzado la cima de la pirámide, es decir, una vez que hayan superado el umbral de los 60 años de vida, la composición etaria de la población empezará a revelar una profunda transformación, producto de una mezcla de esta situación con el sostenido descenso de la fecundidad experimentado durante las etapas precedentes de la transición.

En esta situación ya no son los jóvenes, ni los adultos quienes conforman el mayor peso proporcional del total de la población, sino que ha aumentado notoriamente la proporción de las personas de 60 años o más. Tal situación caracteriza a una sociedad demográficamente envejecida (35).

La situación de bono demográfico es un momento para aprovechar dando educación y trabajo, seguridad social, oportunidades de ahorro. Se trata de tener en cuenta la previsión para que todas las personas de las distintas generaciones de una población pueda llegar a la vejez, no solo con cuidado y pensiones, sino en general con respecto a sus Derechos Humanos, para lograr su inserción activa y un rol participativo en la sociedad, sin que se le considere solamente como personas para ser cuidadas, concluye la representante de CEPSIGER (35).

Según Dirk Jaspers en su Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, hecha en Cuba en el 2010 y referenciado por CEPAL/CELADE (36) dentro de las acciones requeridas para aprovechar el bono demográfico, se propone incentivar la inversión productiva; promover un ambiente social y económico estable; promover inversión en educación y salud; aumentar las oportunidades de empleo.

1.2.1.3 Situación de Colombia Frente al Proceso de Transición Demográfica

Acorde al debate mantenido en las mesas de trabajo de los Diálogos de Envejecimiento y Vejez liderado por CEPSIGER, opinan que de acuerdo con la

clasificación elaborada por CEPAL/CELADE (2009), Colombia hace parte de los países de la región con un envejecimiento moderado. Esta clasificación se construye teniendo en cuenta el nivel actual de la fecundidad y el índice de envejecimiento demográfico (IED) (35).

Según estos mismos autores, Colombia está actualmente en la fase de transición demográfica moderada, junto con países como Perú, Brasil y México. Dentro de los países de envejecimiento moderado, Colombia se encuentra justo debajo de la media del grupo. Sin embargo, el crecimiento de la población de 60 y más años sobre el total de la población es el más rápido de todos los países del grupo. Actualmente (2010) Colombia vive un periodo pleno del bono demográfico, necesario de aprovechar para que, en su vejez, quienes hoy son jóvenes, tengan mejor calidad de vida (35).

Uno de los indicadores de los cambios en la estructura de la población es el índice de envejecimiento demográfico, el cual tiene como nominador la población de 60 y más años (x100) y como denominador la población de 15 años y menos. El IED es mayor en regiones más desarrolladas y menor en las menos desarrolladas. Un IED inferior al 7% corresponde a países que viven la primera etapa de transición demográfica, tales como Bolivia, Guatemala y Honduras. Un IED entre el 20% y el 32%, es el de una fase moderada del envejecimiento, como es el caso de Colombia, México, Brasil y Perú. Un IED entre 33 y 51% corresponde a países en la etapa III de la transición como Argentina y Chile. Y un IED superior al 65% es propio de países que viven la etapa IV de la transición demográfica: fase avanzada como el caso de Uruguay, Cuba, Puerto Rico y Barbados, comparten los integrantes de las Mesas de Diálogos (35).

1.2.1.4 Manera en que Envejecen los Colombianos

Según el informe que nació en las mesas de Diálogos sobre Envejecimiento y Vejez, específicamente en Colombia los departamentos de Caldas, Quindío,

Risaralda y Boyacá tienen IED superiores a 40, en tanto que Chocó, la Guajira o la Amazonía tienen un IED mucho menor. Es excepcional el caso de Bogotá, a pesar de sus bajos niveles de fecundidad, porque la continua inmigración de gente joven hace que la ciudad esté menos envejecida en comparación con otras del país como Antioquia, el Eje Cafetero, Santander y Boyacá.

También son apreciables las diferencias a nivel urbano – rural. La mayoría de los departamentos del país presentan IED más altos en zonas urbanas. Es el caso de Antioquia, Risaralda y Caldas. En el otro extremo se encuentran los departamentos de Boyacá, Cundinamarca y San Andrés, donde la continua migración de gente joven desde el campo hacia las ciudades o hacia otros departamentos, o fuera del país, ha incrementado los niveles de envejecimiento en las zonas rurales (35).

De manera general, el envejecimiento en Colombia se visualiza con mayores niveles de sobrevivencia femenina, pero con mala calidad de vida y de salud. Con las personas adultas mayores concentradas en las ciudades, pero con una población rural cada vez más envejecida. Con baja cobertura en pensiones y pocas oportunidades laborales para las personas adultas mayores. Con menor nivel educativo en las personas mayores. Con altos niveles de pobreza entre la población mayor de 60 años. Con altas cargas de dependencia, infantil y de adultos mayores, simultáneamente, pero también con muchas personas adultas mayores cuidadoras de niños y con imaginarios colectivos negativos hacia las personas mayores.

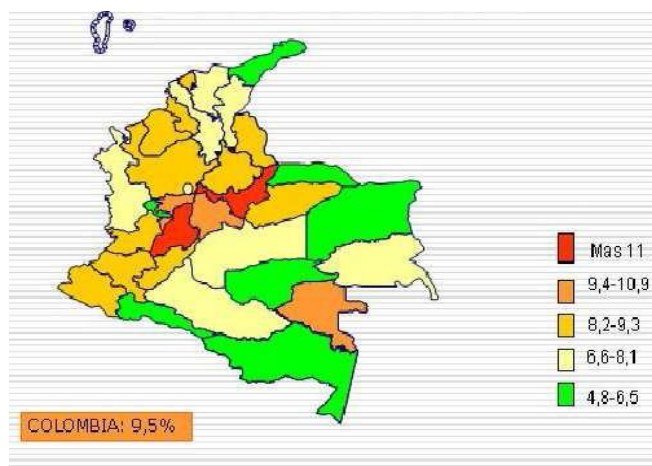
Acorde al Diagnóstico Preliminar sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en Colombia, realizado por el Ministerio de la Protección Social en el 2007 (37), se puede extraer algunos apartes no tan generales como los mencionados anteriormente, si no más puntuales de la situación del adulto mayor en varios aspectos. La primera observación que el Diagnóstico detecta es que el

aumento progresivo de la población colombiana, especialmente del grupo de los adultos mayores, representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social.

Consideran que en sólo un siglo el país pasó de 4.355.470, personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6,3% (2.612.508), es mayor de 65 años; el 54,6% pertenece al sexo femenino y el 45,4% de las personas mayores son hombres. El 75% de la población general, vive en las cabeceras municipales, a pesar que en áreas rurales hay mayores tasas de fecundidad, lo que se traduciría en un incremento natural de la población allí ubicada, pero el efecto es contrarrestado por las altas tasas de migración, información soportada por el DANE, Censos 1905 y 2005.

Del total de la población adulta mayor el 63,1% se concentra en Boyacá, Tolima, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar. Adicionalmente, el 28,8% se encuentran en las principales ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla (Ver Figura N°4).

Figura 4. Concentración de la población adulta mayor (>60 años) por Departamento.



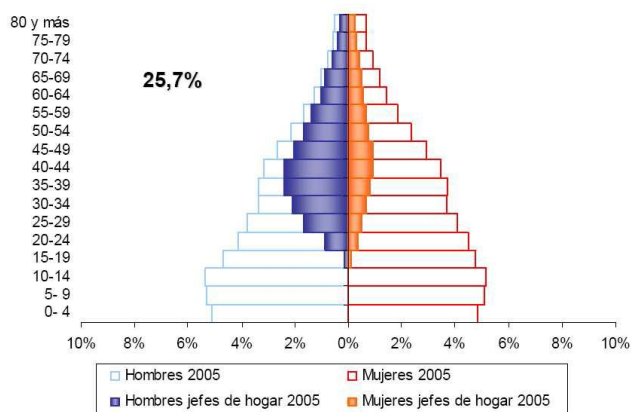
Fuente: DANE, Censo 2005.

Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4450 centenarios (personas de 99 y más años), lo que equivale al 0,011% del total de la población; con un claro predominio, al igual que el resto del mundo, del sexo femenino: 61,9%. Adicionalmente se encontró que el 95% de los centenarios se encuentran alojados en hogares particulares y distribuidos el 26,5% del total de ellos, en las principales ciudades del país: Bogotá (9%), Medellín (6,1%), Barranquilla (3,6%), Cali (5,3%) y Cartagena (2,1%).

Los cambios demográficos han revelado que las jefaturas de hogar se incrementan progresivamente. A lo largo del país la tasa de jefatura evidencia que por cada 100 colombianos casi 26 son jefes de hogar, lo que corresponde a un promedio de 4 personas por hogar. Dentro de los adultos mayores se logran porcentajes de jefatura hasta de 4,8%. Estos datos permiten prever que en la medida que continúe este comportamiento, mayor va a ser el número de ancianos institucionalizados o viviendo solos, expresan los representantes del Ministerio (37).

El Ministerio también aclara en el documento que durante el ciclo de vida predominan jefaturas de hogar masculinas, aunque existe una clara tendencia al aumento de las femeninas. En 2005 por cada mujer jefe de hogar, había 234 hombres cabeza de hogar. Los departamentos con mayor porcentaje de jefatura de hogar femenina son La Guajira, Chocó, San Andrés, Quindío, Valle del Cauca y Antioquia. Por lo contrario los departamentos con mayor jefatura masculina son Vichada, Vaupés, Guainía, Amazonas, Córdoba y Huila.

Figura 5. Jefatura de hogar por edad y sexo.



Fuente: COLOMBIA - Censos General 2005

Fuente: Colombia-Censo General 2005

La esperanza de vida en los últimos 50 años se ha venido incrementando para todos, principalmente para las mujeres, de ahí que en la actualidad estas últimas vivan en promedio, 5,9 años más. Adicionalmente, el incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en la población urbana, en los grupos con mayor nivel de instrucción y con mayores ingresos económicos. Estas diferencias podrían explicarse parcialmente, por profundas desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud. Aunado al incremento en la expectativa de vida para la población general, una vez cumplidos los 60 años, se espera que una vez cumplidos los 60 años, los colombianos vivan al menos, otras dos décadas.

El informe también permite observar que tanto el índice de dependencia, como el índice de envejecimiento, permite ver como el grupo de los adultos mayores crece más rápidamente que el total de la población, y que otros grupos poblacionales: Entre 1995 y 2000 los mayores de 60 años aumentaron a un ritmo de 2,8%, bastante más que el crecimiento del total (1,9%); incremento que se espera sea sostenido en las próximas décadas. De otro lado el índice de dependencia descendió debido al incremento de los adultos mayores y a la disminución de los niños menores de 12 años. Sin embargo algunos consideran que Colombia aún se

encuentra en una etapa de oportunidad demográfica, o sea que las franjas de población dependientes económicamente están en relación 1:1 con aquellos económicamente productivos y dispuestos a trabajar, con el agravante de que muchos de nuestros jóvenes no tienen ni la formación, ni la oportunidad de empleo (37). (Ver Cuadro N° 3)

Cuadro 3. Colombia, indicadores del proceso de envejecimiento.

INDICADOR	1993	2005
Esperanza de vida	68,75	72,3
Esperanza de vida a los 60 años(mujeres)	20,8	24,3
Esperanza de vida a los 65 años (hombres)	14,9	17,8
Índice de Envejecimiento	13,1	20,5
Índice de Dependencia	0,47	0,45
Índice de masculinidad	96,9	96,2
Relación niños mujer	0,42	0,47
Tasa global de fecundidad	3,0	2,4
Tasa de natalidad		20,85
Tasa de mortalidad infantil	34,25	21

Fuente: Censo General 2005.

Adicionalmente el informe evidencia que en la medida que ha aumentado la longevidad, principalmente en el sexo femenino, el índice de masculinidad disminuye. Una de las razones que influye en lo anterior es el índice de viudez: mientras que es 13% para los hombres, en las mujeres es de 43%, es decir hay cerca de tres veces más viudas.

En el cuadro No.4 se presenta una síntesis de los indicadores de crecimiento poblacional, en la cual se destaca un saldo migratorio negativo de acuerdo a los datos del Censo General de 2005.

Cuadro 4. Colombia. Crecimiento de la población.

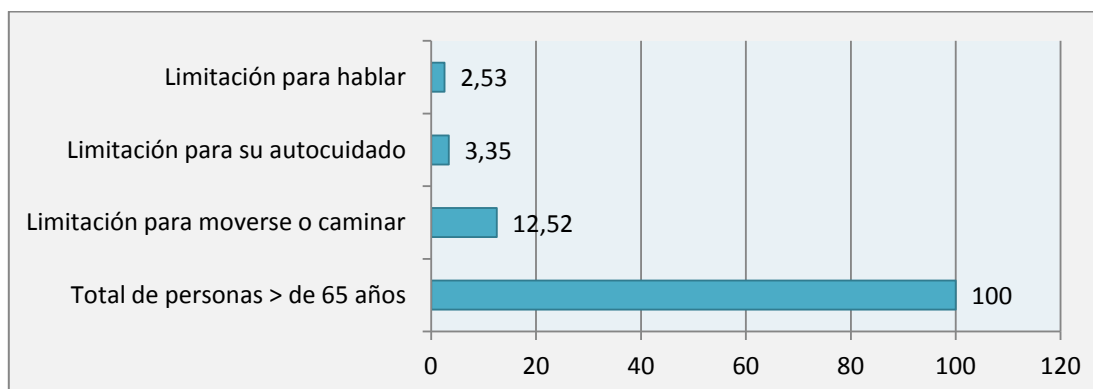
Crecimiento de la Población				
	Incremento anual	Nacimientos	Defunciones	Saldo Neto Migratorio
Absoluto	401290	762490	202031	-159169
Porcentaje	1,029	1,955	0,518	-0,408

*Fuente: Colombia. Censo General 2005

1.2.1.5 Condiciones de Vida de los Adultos Mayores en Colombia

Uno de los primeros puntos que analiza el informe, es la limitación en la vida diaria, el Censo de población y Vivienda 2005 encontró que de las personas mayores de 65 años, el 12,5% posee limitaciones para moverse o caminar, el 3,3% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2.5% posee limitaciones para hablar.

Figura 6. Personas Mayores de 65 años con limitaciones.



Fuente: Colombia. Censo General 2005

Con respecto a la Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, el informe arroja lo siguiente: De acuerdo con los indicadores básicos de situación de salud en Colombia 2006, establecidos por el Ministerio de la Protección Social, la cobertura de salud ascendía al 81% de la población total. De la anterior cobertura el 44,1% corresponde al régimen subsidiado de salud, el 36,9% corresponde al

régimen contributivo de salud, los regímenes de excepción (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, Policía Nacional) cubren el 4,8% de la población total.

De manera específica y con corte a enero de 2007, la afiliación por tipo de régimen de salud para personas mayores de 60 años se ilustra en el cuadro No.5, para los regímenes contributivo y subsidiado de salud.

Cuadro 5. Afiliación a salud de personas mayores de 60 años por grupo quinquenal.

Grupos Quinquenales	Régimen Contributivo de Salud	Régimen Subsidiado de Salud
Entre 60 y 64	560.694	323.281
Entre 65 y 69	474.228	304.935
Entre 70 y 74	354.785	259.090
Entre 75 y 79	246.397	206.619
Entre 80 y 84	145.280	132.750
Entre 85 y 89	75.980	76.840
Entre 90 y 94	30.603	32.645
Entre 95 y 99	8.659	9.711
Entre 100 y 104	2.035	2.704
Entre 105 y 109	4.445	1.591
Entre 110 y 114	8	1
Entre 115 y 119	1	2
Entre 120 y 124		1
Total	1.903.115	1.350.170

*Fuente: BDUA con corte a 31 de Enero de 2007.

**Dirección General de Planeación. Ministerio de la Protección Social.

En cuanto al uso de los servicios de salud en el último mes, la Encuesta Nacional de Salud, PROFAMILIA 2005 reporta que fue el 12% a nivel nacional, siendo mayor para las mujeres y para los residentes del área urbana. De otro lado al verlo por edad, este porcentaje se va incrementando ligeramente hasta alcanzar el 20% entre los de 80 y 89 años de edad (38).

Con respecto a la morbilidad en adultos mayores el informe anota que es importante anotar que dada la escasez de datos de morbilidad en los adultos mayores en nuestro país, se está asumiendo la situación de salud de los mismos a partir de la mortalidad.

Los mismos citan un estudio realizado en Medellín mostró que las principales cargas de enfermedad en ambos sexos fueron las cardiopatías isquémicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus y las neoplasias de tráquea, bronquios, pulmón, próstata, y cuello de útero (DANE: 2000). Con relación a las causas de morbilidad por egresos hospitalarios, las principales causas fueron la hiperplasia prostática, obstrucción crónica de las vías respiratorias, fractura del cuello de fémur, diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca. En los aspectos de la morbilidad sentida, se pudo determinar que las principales patologías padecidas por los adultos mayores son la hipertensión, diabetes, artritis, osteoporosis e hipercolesterolemia (39).

La enfermedad hipertensiva se constituye como la primera causa de morbilidad por consulta a partir de los 40 años y como novena causa de egreso hospitalario a partir de los 60 años. La enfermedad isquémica del corazón figura como sexta causa de egreso a partir de los 50 años. Las enfermedades de tipo cerebrovascular aparecen como causa importante de morbilidad a partir de los 65 años, con tendencia al incremento en edades superiores (40).

El informe refleja también que al igual que en el resto de Latinoamérica en Colombia las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbimortalidad, además son la primera causa de AVISA, y por tanto de una gran parte de la discapacidad. Los factores de riesgo están en aumento, desde poblaciones más jóvenes. (Ver Cuadro No. 6).

Cuadro 6. Causas de mortalidad en personas mayores de 65 años y más por sexo, Tasa por 100.000 habitantes.

Causas de mortalidad en hombres, Colombia 2004	Muertes	%	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	9770	20,5	969,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4519	9,5	448,5
Enfermedades cerebrovasculares	4464	9,4	443
Enfermedades Hipertensivas	2181	4,6	216,5
Diabetes Mellitus	2018	4,2	200,3

*Fuente: DANE. Registro de Estadísticas Vitales / Defunciones de 2004.

Causas de mortalidad en mujeres, Colombia 2004	Muertes	%	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	8803	18,8	690,6
Enfermedades Cerebrovasculares	5643	12,2	442,7
Enfermedades crónicas de las vías Respiratorias inferiores	3691	7,9	289,5
Diabetes Mellitus	3108	6,6	243,8
Enfermedades hipertensivas	2493	5,3	195,6

*Fuente: DANE. Registro de Estadísticas Vitales / Defunciones de 2004.

En referencia a la percepción de la salud el informe diagnóstico revela, que a lo largo de los años se ha equiparado vejez con enfermedad y de ahí resulta que la mayoría de los adultos mayores perciban su salud como mala. De otro lado se ha visto como en la medida que una persona perciba mejor su salud tiene menor utilización de los servicios de salud y una mayor calidad de vida. Según la encuesta nacional de demografía (Profamilia 2000), al finalizar el siglo pasado, el 70% de los colombianos percibía su salud como buena, pero se reducía al 35%, en los mayores de 75 años, principalmente en las mujeres. Adicionalmente se vio que la percepción era mejor, en forma proporcional, al nivel educativo.

Para el año 2005, la percepción de una salud excelente, se concentra en los grupos jóvenes (0 a 19 años); la alternativa regular, en más del 30 por ciento, es señalada en el grupo de 50 a 59 años y se va incrementando paulatinamente. Los mayores porcentajes de la alternativa malo están en los mayores de 80 años. La población que reside en el área urbana tiene una tendencia mayor a percibir su salud como excelente, muy buena y buena. Al observar los resultados por región, se podrá constatar que Bogotá, tiene la sumatoria de los porcentajes más altos de personas que perciben su salud como excelente, muy buena y buena (84 por ciento), mientras que en la Región Oriental esta sumatoria llega solamente al 72 por ciento.

El porcentaje de personas que ha consultado sobre su salud en el último año, fue de 66 por ciento. La diferencia entre hombres y mujeres es de 14 puntos porcentuales, siendo las mujeres las que más frecuentemente consultan sobre este aspecto. Por edad se aprecia que el porcentaje de consulta, se incrementa paulatinamente a partir de los 40 años de edad.

El informe encontró acerca de la nutrición en el anciano que la población de adultos mayores está considerada como grupo de riesgo de sufrir malnutrición calórico-proteica: En algunos países de América Latina casi la mitad de los mayores de edad que vive en residencias geriátricas sufre malnutrición y se ha visto que el alto consumo de fármacos, los trastornos del afecto, las alteraciones cognoscitivas, la deficiente dentición y la comorbilidad, son algunas de las causas de la mala alimentación de los adultos mayores, principalmente en aquellos mayores de 80 años; encontrándose que dentro de las principales consecuencias de la malnutrición se presentan mayores enfermedades cardiovasculares, la anemia, las úlceras por presión, deterioro cognoscitivo y fracturas y caídas, entre otras.

La Encuesta Nacional de Nutrición, en la cual se evaluaron 117.205 personas entre 0 y 64 años, mostró: mayor déficit nutricional en niveles bajos de SISBEN y en áreas rurales; anemia y déficit ferropénico en todos los grupo evaluados; dieta desbalanceada con mayor consumo de carbohidratos; bajo consumo de frutas y verduras e insuficiente actividad física en todas las edades; adicionalmente se encontró mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad en el sexo femenino. Sin embargo es importante anotar que esos datos no son extrapolables a los adultos mayores pues la valoración nutricional en este grupo, especialmente en los más viejos, requiere medidas antropométricas diferentes, así como la elaboración de instrumentos específicos.

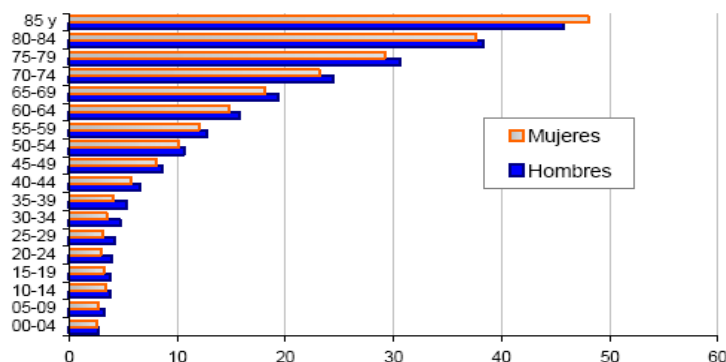
Con referencia al Envejecimiento, Discapacidad y Dependencia el informe diagnóstico contrasta que la OMS define discapacidad como toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. De otro lado, funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas cotidianas de forma independiente y serían sus alteraciones o limitaciones, sin importar la edad del que las padezca, las que llevarían a un individuo a ser persona con discapacidad. Por consiguiente, y a pesar de ser uno de los errores más frecuentes no podemos equiparar vejez con discapacidad. Mientras que en el promedio nacional por cada 100 colombianos 6.3 presentan limitaciones permanentes, en los Departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá y Huila, entre otros, presentan un promedio mayor que oscila entre 7,5 y 9,5.

En el estudio realizado en la ciudad de Medellín Envejecer nos “toca” a todos, se encontró, respecto a las ayudas que requiere el adulto mayor para la realización de sus actividades básicas cotidianas o esporádicas, que el 68% de los encuestados utilizaba anteojos y el 10%, el bastón. Otras ayudas ortopédicas utilizadas por los adultos mayores de la ciudad fueron el caminador, la silla de ruedas y las muletas, todas ellas para facilitarle un desplazamiento y brindarle

algún grado de independencia y autonomía en las actividades físicas cotidianas. Para mejorar la convivencia con los demás miembros de su familia, y con sus amigos y vecinos, el 1% recurría a uso de audífonos y el 2% a alguna otra ayuda ortopédica. El 26% de los adultos mayores encuestados no utilizó ninguna ayuda mecánica (39).

El censo 2005 reportó prevalencia superior al 10% de limitaciones permanentes en la población de 50 años y más, principalmente en hombres, excepto en el grupo de más de 85 años. En el grupo de 50 a 54 años la presencia de limitaciones es de 10,6% en hombres y 10,1% en mujeres; en el grupo de 80 y 84 años: hombres, 38,3%, y mujeres, 37,6%. En los mayores de 85 años: mujeres cerca de 48%; hombres 46%. Es necesario anotar que los datos obtenidos en el censo de 1993, no son comparables con los reportados en 2005, que fueron sensibles a la Clasificación Internacional de Funcionamiento, porque sus ítems se referían a deficiencias severas. (Ver Figura No. 6 y 7).

Figura 7. Porcentaje de discapacidad por edad y sexo, en Colombia



Fuente: Colombia. Censo General 2005.

El informe revela acerca de la situación económica y pobreza que Colombia como todos los países de Latinoamérica se han puesto en la tarea de reducir a la mitad la pobreza que la aqueja, siguiendo así una de las metas propuestas en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Sin embargo, no ha podido lograrlo a

cabalidad, ya que la crisis económica de los años 90 revirtió el progreso alcanzado entre 1978 y 1998. Sin embargo, se han tratado de restablecer las condiciones de estabilidad económica para crecer y retomar el camino hacia la reducción de la pobreza y la indigencia, pasando, así de un 23% de colombianos que en el 2000 estaban por debajo de la línea de indigencia a un 16% en 2003 y bajo la línea de pobreza de un 59% en el 2000 a 51,8% en 2003.

El diagnóstico sobre Personas Mayores demostró acerca de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que para el año 2005 era de 27.6 y al analizar los mayores impactos se observaron en áreas como la educación que evidenció como los niveles generales de analfabetismo en Colombia han disminuido progresivamente hasta llegar a 9,6% (Censo 2005). Teniendo en cuenta poblaciones de 15 y más años. Aunque aún existen en el país regiones, como la atlántica y la pacífica, en las que más del 10% de su población no sabe leer ni escribir. Mientras que en regiones como Bogotá y San Andrés apenas el 2,3% y el 1,5%, respectivamente, son iletrados.

A pesar de haberse logrado avances en el área educativa, existen grandes brechas, principalmente en las áreas rurales, así como entre generaciones y entre géneros. Para el 2000 se veía que el nivel educativo de las mujeres era el que tenían sus congéneres de 30 años atrás. Se ha visto que las personas mayores de 60 años presentan las más altas tasas de analfabetismo (23,4%) y especialmente si viven en áreas rurales.

En cuanto a las tasas de cobertura de los servicios públicos domiciliarios avanzaron en 2003 y, aunque se conservan diferencias importantes entre zonas urbanas y las rurales esta brecha ha venido reduciéndose, particularmente en acceso a energía eléctrica y recolección de basuras, y con resultados más modestos en telefonía fija. En cuanto a calidad en general existe una percepción

de mejora de la misma, salvo algunos eventos y regiones específicas. Por regiones, la pacífica y la atlántica reportan baja calidad del servicio.

Con respecto a la Línea de pobreza el informe destaca que más de la mitad de las personas mayores de 60 años son pobres, al igual que en el resto de América Latina. Sin embargo se ha visto como los hogares que tienen adultos mayores están relativamente mejor que los que carecen de ellos. En 1997 en Colombia, uno de cada dos ancianos viviendo en zona rural, era pobre, principalmente las mujeres, a diferencia de la zona urbana donde la pobreza estaba igual en los dos géneros. En el período comprendido entre 2000 y 2003 se presentó una leve disminución de la población por debajo de la Línea de Pobreza pasando de 55% a 52,6%, en el total nacional y de 44,2% a 48,2% en las áreas urbanas (41).

El IDH tuvo una mejoría entre 1998 y 2001 pasando de 0,764 a 0,779 pero en el 2002 se redujo a 0,773, reducción que se debió a una menor cobertura escolar (pasó de 71 a 68) y a un menor PIB per cápita que pasó de 7,04 a 6,30.

El IBAM (Índice de Bienestar en la Adulthood Mayor) propuesto por Del Popolo en 2001, varía entre 0 y 1; sus indicadores son: Longevidad (esperanza de vida a partir de los 60 años); Conocimiento (porcentaje de alfabetización y promedio de años de estudio) y Nivel de vida digno (porcentaje de las personas por encima de la línea de pobreza, cobertura de seguridad social y monto medio de pensiones). Para Colombia, en 1999 era de 0,542, siendo superior en áreas urbanas. Se encontró el índice más alto en Bogotá, cuyo indicador era tan alto como 0,90 mientras que en el Chocó era tan bajo como 0,05, reflejando una situación precaria respecto al resto del país.

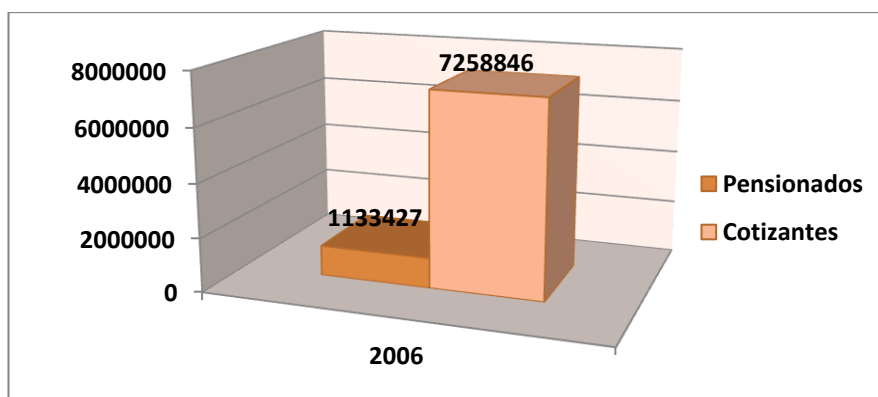
El Diagnóstico Preliminar establece en su informe acerca de la actividad laboral, jubilación y pensiones, que de acuerdo con el indicador de participación en el mercado laboral, que registra la dinámica del empleo, el desempleo y subempleo,

las personas adultas mayores entre 60 y 79 años continúan participando en el mercado laboral en cerca del 29,9% de las personas de este grupo de edad. A partir de los 80 años, la participación en el mercado laboral se reduce a 5,8%, según datos de la encuesta continua de hogares correspondiente a los años registrados 2003 a 2006 del DANE

La mayor parte de la población mayor de 60 años se mantiene laboralmente activa, aunque no siempre implique remuneración económica. Su participación laboral ayuda a mantener sus hogares de residencia y a disminuir la pobreza, por ejemplo mediante el cuidado de los nietos. La permanencia en el mundo del trabajo por parte del adulto mayor se incrementa en áreas rurales, dadas las bajas coberturas en seguridad social.

En el caso de las Pensiones el informe expone que de acuerdo con la investigación sobre Financiamiento del Sistema de Protección Social (42), e información de la Superintendencia Financiera de Colombia, al año 2006, los datos consolidados sobre pensiones indican que el total de personas pensionadas en Colombia asciende a 1.133.427 y el número de cotizantes al sistema general de pensiones es de 7.258.846 personas (Ver Figura No. 8).

Figura 8. Seguridad Social en Pensiones, 2006.



**Fuentes: Acosta OL. Financiamiento del sistema de protección social

*** (Pensiones); Superfinanciera. Comunicado de prensa, abril 2007. (Cotizantes)

En el área de pensiones la Corte Constitucional colombiana señaló que para la tercera edad es necesario proteger el pago oportuno de la misma, ya que su no pago, habida cuenta de su imposibilidad para devengar otros ingresos ante la pérdida de la capacidad laboral, termina atentando directamente contra el derecho a la vida.

Adicionalmente la asistencia social cuenta con un subsidio para los adultos mayores en pobreza. La entrega del subsidio se ha estructurado como programa nacional que entró en operación con el inicio de la vigencia de la ley 100 de 1993, es decir, a partir del año 1994. El Programa de Protección Social del Adulto Mayor (PPSAM) se ha mantenido a lo largo del tiempo y se buscaba aumentar la cobertura en el 2010 por encima de los 600.000 subsidios económicos.

Con respecto a la Educación y vejez dicen que de acuerdo con el Censo General 2005, los porcentajes de alfabetismo por Departamento, para personas de 65 años y más años. Se destaca un alfabetismo superior al 80% en los Departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, San Andrés y en el Distrito Capital de Bogotá; y en contraste, niveles de alfabetismo inferiores al 40% en los Departamentos de La Guajira, Vaupés y Vichada.

En referencia a la Vivienda el diagnóstico reporta que según el censo de la Población y Vivienda 2005, el 68,7% de las personas adultas mayores habitan en casas, el 24,8% vive en apartamentos y el 5,2% reside en habitaciones o cuartos. Y en términos de cobertura de servicios públicos domiciliarios, las viviendas habitadas por personas adultas mayores disponen en un 71,7% del servicio de acueducto, en un 56,4% del servicio de alcantarillado y de un 86,6% del servicio de energía eléctrica.

Sobre el tema de las formas de convivencia el Diagnóstico Preliminar expresa que en Colombia la mayoría de los adultos mayores vive en hogares

multigeneracionales (53%), lo cual avala el enunciado de la CEPAL (1997), en cuanto a que la familia latinoamericana sigue siendo el principal ente cuidador del adulto mayor, básicamente a causa de la carencia de ingresos y a una falta de tradición institucional y comunitaria del cuidado. Sin embargo es necesario tener en mente que no siempre es por dependencia de los adultos mayores que viven en los hogares, muchas veces por la situación económica, los más jóvenes se organizan en el núcleo principal, y por tanto la solidaridad intergeneracional puede ser inversa.

El 39 % de las personas mayores de 65 años está casado, el 31% son viudos y viudas, el 14,1% son solteros y el 7% están separados (as) o divorciados (as). Aunque la pérdida del conyugue es más frecuente en las mujeres, es importante destacar la viudez como factor de riesgo social para los hombres, debido a la dependencia vinculada a la condición masculina generada por la necesidad de cuidado, especialmente en los aspectos domésticos; como también la obligación femenina de velar por los padres y madres ancianos aún en circunstancia de precariedad.

Con relación a este último punto en la Ciudad de Medellín realizaron un trabajo titulado “Situación de salud del adulto mayor institucionalizado Medellín, 2008” y en el mismo analizan que la población adulta mayor es vista como una población que es afectada por problemas que exigen el establecimiento o expansión de servicios sociales de apoyo que le permiten al individuo asegurar un alto grado de adaptabilidad e independencia funcional. Idealmente, el sistema de servicios debe incluir: servicios para atender al anciano relativamente sano e independiente; servicios para atender a aquellos individuos que experimentan limitaciones y requieren apoyos que impidan una institucionalización prematura e innecesaria, y servicios para atender a aquellos ancianos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado o su equivalente (43).

La desventaja del envejecimiento poblacional, en países de desarrollo económico intermedio, es que los adultos mayores se ven afectados fuertemente por la pobreza. Según Marín (2004) “la pobreza es un factor de riesgo de institucionalización, que surge como una alternativa de cuidado y protección al adulto mayor frágil sin una red de apoyo suficiente” (44). Generalmente, es poco lo que se conoce sobre los hogares de larga estancia, del número total de adultos mayores institucionalizados y menos aún sobre sus características de vida, nivel de dependencia, ni fragilidad, como tampoco si los hogares que los acogen cumplen con los requerimientos mínimos de cuidado.

Este fenómeno de institucionalización ha podido ser observado con diferentes niveles de desarrollo, partiendo desde un estado incipiente hasta el grado máximo de institucionalización, sin embargo, ningún país de la región de Latinoamérica y el Caribe ha alcanzado este nivel porque es difícil justificar el apoyo continuo de programas que sirven intereses de grupos políticamente débiles y percibidos como no productivos.

La OMS ha definido los cuidados de larga duración como “el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, logros personales y dignidad humana” (45).

Según la OMS, los cuidados de larga duración incluyen dos sistemas de apoyo: formal e informal. Estos últimos pueden incluir una amplia gama de servicios sanitarios comunitarios y públicos, atención primaria, cuidados paliativos y rehabilitación, así como cuidados institucionales en viviendas, clínicas, residencias, centros socio-sanitarios, etc. y tratamientos para mejorar o retrasar el curso de la enfermedad y la discapacidad. Los servicios de salud mental deben

formar parte de los cuidados de larga duración. Cada vez se reconoce más el escaso diagnóstico que reciben las enfermedades mentales, sobre todo la depresión, en las personas mayores (46).

Los asilos y los hogares de adultos mayores tienen un carácter institucional y se caracterizan por tener objetivos formales – a menudo vagos y contradictorios – por ser insuficientes en número, limitados en su cobertura, inestables en sus bases económicas, financieras, organizacionales, con niveles de profesionalización e infraestructura técnica relativamente limitadas o inexistentes, y por exhibir niveles de actividad y efectividad que fluctúan de acuerdo con condiciones externas sobre las cuales no tiene control. Uno de los problemas del cuidado institucional, es el alto costo que implica atender a una población de adultos mayores que es cada vez más frágil y con mayores limitaciones y dependencia. El costo del cuidado en instituciones va a depender, en gran medida, del tipo de adulto mayor que se atiende y de la calidad de la atención que se desee entregar.

Dentro de los grandes desafíos de las políticas sanitarias está el encontrar un equilibrio entre el autocuidado (personas mayores que son capaces de atenderse a sí mismas), el sistema de apoyo informal (miembros de la familia y amigos que ayudan a cuidar de las personas mayores) y los cuidados profesionales (servicios sociales y sanitarios). Los cuidadores sanitarios y sociales en el domicilio, los programas de ayuda por parte de personas de la misma edad, los servicios de rehabilitación, los dispositivos de asistencia, servicios de respiro y los centros de día son todos ellos servicios importantes que permiten que los cuidadores informales sigan prestando ayuda a las personas mayores.

La adopción de esquemas de servicios encaminados a asegurar la vida independiente del anciano y el reconocimiento de las condiciones dramáticas en las que viven los asilados y de los efectos desastrosos que la institucionalización tiene en el anciano no vulnerable crean las condiciones para el abandono

progresivo en la región de los asilos de ancianos como fórmula de atención. Influenciados por los esquemas de atención desarrollados en los países industrializados, grupos empresariales (nacionales y transnacionales) establecen y desarrollan hogares de ancianos o casas de reposa que operan con fines de lucro y ofrecen una amplia gama de servicios a ancianos con grados relativos de vulnerabilidad. En general, funcionan con un alto grado de autonomía operacional en la medida que el Estado ejerce un control más bien laxo, con un grado potencial de abuso relativamente alto. Sin embargo, su costo aproximadamente alto, limita su accesibilidad a una pequeña proporción de la población anciana (47).

La institucionalización del adulto mayor, cualquiera que sea el motivo, se ha llevado a cabo con la finalidad de resolver los problemas derivados de los escasos o nulos recursos económicos, de la falta de apoyo, del abandono, de la marginación social, etc., en el que se encuentra este grupo de personas. Es sabido que el mayor consumo de recursos sanitarios y sociales acontece en esta etapa de la vida y que la relación que toda persona tenga con el anciano será de gran ayuda para su integración con la familia y la sociedad. En un estudio, realizado en las personas mayores de 65 años de edad en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Aranda y Pando mostraron que la falta de apoyo, sobre todo familiar, incrementa aún más el riesgo en la aparición de enfermedad y que las pobres redes de apoyo social acentúan el riesgo de diversos trastornos psicológicos (46).

Los adultos mayores que son asistidos por las instituciones de internación, por lo general, corresponden al grupo de los viejos – viejos, franja que se extiende de los 75 años en adelante; estas personas tienden a aumentar su nivel de dependencia y requiere progresivamente mayor apoyo de múltiples organizaciones. En general se pueden reconocer dos grupos de factores que vulneran las condiciones de vida de los adultos mayores: los factores económicos donde el debilitamiento de los

lazos socio-familiares, el déficit de vivienda, asociado muchas veces a otro factor que es la ausencia de apoyos familiares; el hacinamiento, la falta de ingresos y de cobertura social; las enfermedades y/o discapacidades donde las limitaciones psíquicas y físicas que los colocan en situación de dependencia para concretar algunas actividades básicas. La internación a veces se da en forma anticipada por no haber existido acciones preventivas de apoyo en materia habitacional, o cuando al padecer una enfermedad y caer internado en un hospital por fallas de la atención médica previa o falta de cuidados en la familia. También puede suceder que la decisión de institucionalización no sea tomada a tiempo, generando de esta manera conflictos y desgaste familiar excesivo.

Algunas características negativas de las organizaciones de internación son: el adulto mayor cambia de contexto (deja de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos), el sentimiento de carga e inutilidad (mediante prácticas sobreprotectoras y convertirse en objetos pasivos), el desarraigo (expectativas básicas que no son colmadas) el aislamiento con el medio (dificultad para desenvolverse como ciudadanos), el diseño arquitectónico (vulnera el derecho a la privacidad), la vestimenta suele ser usada indiscriminadamente, la tarea de baño colectivo a los residentes genera pudor y humillación, el maltrato, entre otras (48).

La institucionalización de los adultos mayores en Colombia está reglada por la Ley 1276 de 2009 donde se establecen nuevos criterios de atención integral en los centros de vida – entendidos como el conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los adultos mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar - (art.7) (49).

En esta norma se define que los servicios mínimos que ofrecerán estos centros son: alimentación que asegure la ingesta necesaria, orientación psicosocial

preventiva, atención primaria en salud que abarque la promoción de estilos de vida saludable, aseguramiento en salud universal, capacitación en actividades productivas, deporte, cultura y recreación, encuentros intergeneracionales, promoción del trabajo asociativo, constitución de redes de apoyo, uso de internet y auxilio exequial mínimo de un salario mínimo mensual vigente.

Y la ley 1315 de 2009 que busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social (art.1), para ello se clasifica de la siguiente manera: centros de protección social para el adulto mayor: Instituciones de protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores; centros de día para adulto mayor: Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas; instituciones de atención: Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructura físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que benefician al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos (50).

Para concluir y actualizar acerca de las condiciones de vida de los adultos mayores en Colombia, se puntualizará en los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 2010 sobre el adulto mayor en Colombia, en la cual se entrevistaron 17.574 personas y la tasa de respuesta total fue de 92 por ciento y donde se encontró que los departamentos que presentan mayor proporción de mujeres que de hombres mayores de 60 años y más son Atlántico, Bogotá, Guajira, Antioquia, Valle, Bolívar y Magdalena, predominando en el resto de los departamentos del país el género masculino (51). Con relación a las características sociodemográficas de la población el 71% de los adultos mayores hombres está casado o vive en unión libre, mientras que para las mujeres

representan el 37%; el 38% del total de las mujeres son viudas en comparación con el 11% que se ve representado en el grupo del género masculino; alrededor de la quinta parte de los adultos mayores no ha aprobado ningún año de educación, 58% ha cursado solo la primaria, 17% tiene secundaria y solo el 5% tiene educación superior; tres de cada cinco adultos mayores son jefes de hogar y 20 por ciento son conyugues (51).

Cerca de una cuarta parte de los adultos mayores trabaja, 70% de ellos son trabajadores independientes, 13% son jornaleros y trabajadores familiares sin remuneración y 11% son obreros o empleados de empresas particulares o públicas; del total de adultos mayores que trabajan, el 74% tiene ingresos inferiores a un salario mínimo mensual (SMM), 17% recibe uno a menos de dos SMM, 3% de dos a menos de tres SMM y 6% tienen tres o mas SMM, lo cual evidencia la situación económica en la cual se encuentran los adultos mayores del país. Entre los adultos mayores que no trabajan un 27% vive de la ayuda de los familiares; casi la tercera parte 28% son jubilados; el 9% vive de otros ingresos, hay un 13% que recibe subsidio de bienestar social para su supervivencia y 30% que no tiene ningún ingreso (51).

Un 14% del total de adultos mayores son beneficiados de algún programa alimentario del estado; el 8% recibe alimentos dentro de un programa de protección social al adulto mayor y el 6% recibe comida del programa nacional de alimentación para el adulto mayor; en su mayoría son varones, de 70 a 84 años y de 90 a 94 años, de las zonas rurales y que ganan menos de un salario mínimo (51).

Tres de cada cinco adultos mayores se sienten afectados emocionalmente por causa de su edad. Las enfermedades más diagnosticadas a los adultos mayores en el último año son: enfermedades coronarias, neumonía, hipertensión arterial, artritis, epilepsia y cáncer. El 45% de los adultos mayores pertenece al régimen

contributivo, otro 45% al subsidiado, 3% al régimen especial y 6% no tiene afiliación a ningún sistema de salud (51).

La discapacidad es más frecuente entre los mayores de 50 y 65 años, en todos los casos; sin embargo, cerca del 7% de la población colombiana padece alguna discapacidad como: poca facilidad para moverse o caminar, no poder usar los brazos o las manos, dificultad para escuchar aún con aparatos especiales, no poder hablar o comunicarse, poca visión aun usando lentes, dificultad para entender o aprender y no poder desplazarse en trechos cortos por problemas cardiacos o de respiración (51).

1.2.2 Envejecimiento y Sistema Estomatognático.

Al igual que otros órganos y sistemas del cuerpo humano, la boca también envejece, por lo que es importante que las personas conozcan algunos cambios que ocurren, ya sea para no inquietarse o para asistir a la consulta odontológica a tiempo. Con este objetivo, se describirán condiciones, signos o síntomas más frecuentes que pueden ocurrir en la cavidad bucal durante el proceso de envejecimiento, sin profundizar en lo que sucede en los niveles celular, histológico o fisiológico, con la finalidad de que la persona adulta mayor comprenda como bregar con los cambios y los problemas bucodentales que, tarde o temprano, enfrentará. La expectativa es que, si las personas conocen las alteraciones que ocurren en la boca, se interesarán en mantener la correcta higiene bucal y las visitas periódicas al odontólogo.

1.2.2.1 Teorías y Generalidades del Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso progresivo natural del ser humano, que cada persona experimenta con diferente intensidad pero una cosa es definitiva, todas

las especies envejecen y experimentan notables cambios desde su nacimiento hasta la muerte.

En la actualidad, existen más de trescientas teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento pero, hasta el día de hoy, ninguna de ellas aclara en su totalidad este complicado fenómeno universal, natural, progresivo, individual e irreversible. Por su parte Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en tres categorías: Biológicas, Psicológicas y Sociológicas, modelo que se toma en este trabajo para abordarlas (52).

1.2.2.1.1 Teorías Biológicas

Existe una diferenciación, unas basadas en factores externos o Teorías Estocásticas la cual indica que el envejecimiento es resultado de consecuencias de alteraciones que ocurren de forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo y las otras basadas en factores internos o No Estocásticas (Deterministas) las que suponen que el envejecimiento está predeterminado y que proponen que el envejecimiento es la continuación del proceso del desarrollo y corresponde a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

1.2.2.1.2 Teorías Estocásticas

Dentro de las teorías Estocásticas esta la del **Error Catastrófico o Teoría Mutacionista**, propuesta por Orgel en 1963 (53), que habla del envejecimiento como la acumulación de errores en la síntesis proteica y el daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en la transcripción y translación durante la síntesis de las proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo. Actualmente hay pocas evidencias que apoye esta teoría.

La **Teoría del Entrecruzamiento**, la cual postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Se conoce también como **Teoría de Burgër o del Colágeno**, y explica que además de los cruzamientos inter e intramoleculares, el colágeno se precipita ocasionando acúmulos de calcio y de colessterina, con la formación de membranas que impiden los recambios nutricios y provocan la atrofia de los distintos órganos y tejidos.

La **Teoría de la Acumulación de Productos de Desechos** expuesta por Sheldrake en 1974 (54), la cual considera que hay una acumulación de productos del metabolismo celular que al no ser solubles no pueden ser eliminados acumulándose en las células.

También dentro de las Estocásticas, se encuentra la **Teoría del Desgaste Natural**, o **Teoría del Ritmo de Vida** la cual propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo; esta teoría se enfoca en la creencia que las células de nuestro cuerpo se dañan por el sobreuso o abuso a que son sometidas. Weisman en una versión más moderna de esta teoría enuncia que el desgaste de las células somáticas resulta de su trabajo fisiológico es decir que envejece más lentamente y vive más aquel que lleva una vida tranquila y relajada ya que maneja una tasa metabólica baja.

La **teoría de la Autointoxicación** propuesta por Metchnikof dice que la causa del envejecimiento del organismo humano depende de los productos del metabolismo y de la putrefacción intestinal. Acerca de esta misma teoría Ramón y Cajal (55) dicen “La sangre es, a la vez que el río que fecunda, la cloaca que recoge las escorias de la vida celular”. La liposfuscina, el aumento de la creatinina y la urea

en la vejez al igual que la arterioesclerosis son situaciones que intentan explicar que en el envejecimiento se produce una disminución de los procesos metabólicos y un aumento del material inactivo, con la consiguiente pérdida de la capacidad funcional.

La **Teoría de los Radicales Libres** propuesta por Harman en 1956 (56), formula que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres, estos son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. Este daño oxidativo es la consecuencia de un desequilibrio entre la producción celular de radicales libres y la capacidad antioxidante de los mismos, existiendo discrepancias acerca de si el fenómeno patológico primario es un incremento en la producción de radicales libres o una disminución de las enzimas antioxidantes.

La **Teoría de Errores en la Síntesis de la Proteína** de Schock que dice que el cumulo de proteínas deficientes es considerada la fuente más importante de deterioro de la capacidad fisiológica de las células.

La **Teoría de las Modificaciones en el Sistema Endocrino**, la cual expresa que las hormonas funcionan como mensajeros y actúan sobre las células que tiene receptores específicos para dichas sustancias en el cuerpo con la finalidad de regular muchas funciones orgánicas relacionadas con el metabolismo, la reproducción, síntesis de proteínas, función inmunitaria, desarrollo y conducta. En otras palabras consideran los órganos reproductores como los controladores del proceso de envejecer. En la actualidad esta teoría está superada.

1.2.2.1.3 Teorías No Estocásticas o Deterministas

Dentro de las teorías No Estocásticas está la **Teoría Genética** la cual se basa en el código genético de cada individuo, esgrime que está escrito en cada una de las células cuando empezar a envejecer, esto propone que la causa del envejecimiento está en la información genética. Quizá, la teoría más reciente y aceptada es la de los telómeros, que son las partes terminales de los cromosomas, que carecen de genes pero poseen segmentos repetidos de DNA y tienen la función de mantener la estabilidad de los cromosomas; por lo tanto, si los telómeros faltan o se dañan, los cromosomas se tornan inestables o desaparecen, situación que provoca, a su vez, la destrucción de los genes y por ende, la muerte de las células. Algunos investigadores aseguran que con solo que los telómeros se acorten, las células envejecen, Moysis, 1991 (57) y Lange, 1998 (58).

La **Teoría del Envejecimiento Programado o Teoría Evolucionista**, la cual sostiene que los cuerpos se envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo, el cual está preestablecido por cada especie, esta indica la posibilidad de la existencia de genes específicos de envejecimiento determinantes de la longevidad. Si esto fuera cierto, esta programación podría ser afectada tanto por factores exógenos como endógenos que alterarían la evolución prevista.

La **Teoría del Cronómetro Celular** la cual afirma que el proceso de envejecer es un mecanismo programado; como si las células consideraran solamente un número predeterminado de reproducciones durante la vida.

La **Teoría del Marcapasos o “Reloj del envejecimiento”** propuesta por Burnet en 1970, dice que los sistemas inmunes y neuroendocrino serían marcadores intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida.

La **Teoría de Capiloroapatía Senil**, propuesta por Bastal y Dogliotti, admite que los capilares sanguíneos de la piel de los ancianos sufren una gran cantidad de alteraciones degenerativas de la misma forma que el resto de los capilares del cuerpo.

1.2.2.1.4 Integración de las Teorías Estocásticas y Deterministas del Envejecimiento: Hipótesis del Daño Mitocondrial

En 1980 Miquel y otros, mantuvieron que el envejecimiento celular puede derivar del daño causado al genoma mitocondrial (ADNmt) por radicales libres de la membrana mitocondrial interna. Esta afirmación fue corroborada posteriormente por Fleming y otros que explican que el daño irreversible se da en el (ADNmt) el cual conduce a una síntesis inadecuada de proteínas de la membrana interna y a una disminución resultante en la síntesis de ATP que crea un círculo vicioso de pérdida mitocondrial, con la consiguiente disminución en la producción de energía, síntesis de proteínas, función fisiológica y muerte final (59).

1.2.2.1.5 Teorías derivadas de la Psicología

Dentro de la mayoría de las teorías Psicológicas se establece que diferentes circunstancias enfrentadas deben ocurrir para que el individuo envejezca exitosamente. La teoría del Individualismo de Jung, dice que conforme la persona envejece hay un cambio de enfoque desde el mundo externo hacia una experiencia interior. Para envejecer exitosamente, el adulto mayor tiene que aceptar tanto los logros como los fracasos.

En la teoría del Desarrollo de Tareas y Vejez de Peck en 1955, menciona que para alcanzar la integridad, se deben desarrollar las habilidades de redefinirse a sí mismo. También se debe dejar ir la identidad ocupacional, superar la incomodidad corporal y establecer un significado personal.

1.2.2.1.6 Teorías derivadas de la Sociología

La sociología considera a la ancianidad como una etapa vital de creciente importancia. Las teorías se basan en la relación de las personas con la sociedad, y el status de los ancianos.

Dentro de esta categoría se considera la teoría Adaptativa cuyo enfoque está en cómo el anciano se adapta al final de la vida y como el medio ambiente influye en ese proceso adaptativo. Otra Teoría sería la de la Modernización, la cual destaca la situación actual del anciano caracterizada por ser relegado socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales él gozaba de un status elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría.

Las Teorías Funcionalista o Teorías de la Socialización, estudian el papel de los ancianos desde el punto de vista de la actividad. Defienden la asignación de roles sociales diferentes tras la jubilación, ya que asocian la falta de actividad con la falta de autoestima. Dentro de estas se resaltan la Teoría de la Actividad, que se fundamenta en la importancia que se da a los roles del individuo para que se sienta útil.

Y otra Teoría es la de la Desvinculación o del Retraimiento enunciada por Cumming y Henry en 1961 (60), la cual expresa que el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen.

Una tercera Teoría es la de la Continuidad, que propone que no hay una ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de adaptación a la vejez, siempre manteniendo una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas.

1.2.2.1.7 Teorías derivadas del Envejecimiento Demográfico

Las Teorías derivadas del envejecimiento demográfico, estudian la evolución de la sociedad en las últimas décadas, y como el aumento de la esperanza de vida de la población y las tasas de fecundidad natalidad y mortalidad disminuidas, hacen de las sociedades occidentales unas sociedades ancianas.

La Teoría del Medio Social, sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales, de hecho el medio en el que vive y se desenvuelve un individuo abarca no solo el contexto social con sus normas sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen.

La Teoría de la Construcción Social de la Vejez, que critica la imagen parasitaria que se ha creado de la vejez, al considerar a los mayores un segmento improductivo dependiente de las ayudas sociales. Tratan de romper con la idea de las personas mayores como un grupo homogéneo defendido en las teorías anteriores.

Para concluir esta revisión de teorías y teniendo en cuenta lo expresado por Mikel García Iturrioz, en alguno de sus escritos, que dice: probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores intrínsecos y extrínsecos que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte. El proceso de envejecimiento sería el resultado de la interacción entre las noxas que atacan el organismo, y los mecanismos de defensa, todo esto en un individuo con su carga genética determinada.

Si bien es cierto que el envejecimiento es un proceso universal no ocurre en forma uniforme en los diferentes individuos de una misma especie, ni tampoco en los distintos órganos de una misma persona. Es característicamente heterogéneo.

Aún falta mucho por comprender acerca del proceso de envejecimiento y obviamente se está lejos de encontrar la “fórmula de la eterna juventud”. Teóricamente, la prolongación de la vida tendrá un máximo determinado por la longevidad de cada especie y parece lógico afirmar que el secreto de cómo prolongar la vida está en el arte de aprender cómo no acortarla.

En la práctica, lo que realmente importa es la edad funcional de la persona, y no su edad cronológica. Es esta la que va indicar su capacidad de autosuficiencia para las actividades del diario vivir.

Más importante que dar más años a la vida, es dar más vida a los años, esto es, a fin de cuentas, aumentar la calidad de vida, remata el autor.

1.2.2.2 La Edad de las Personas

Todos los seres vivos envejecen, todos siguen un proceso por el que se nace, se crece, se madura, se envejece y se muere. En este sentido, el universo es igualitario, pero no equitativo. En la naturaleza se encuentran unas vidas que no alcanzan las 24 horas, en el caso de algunos protozoos unicelulares, y otras que llegan a los 129 años como la tortuga de Carolina.

El ser humano se halla entre los más longevos. Su máximo de vida de especie, marcado genéricamente, está situado alrededor de los 120 años. Pocos han sido los que han llegado a estas edades, pero los que lo han logrado han vivido buenas condiciones casi hasta los últimos días.

Se habla de diferentes tipos de edades: la edad cronológica que es la que se determina por la fecha del nacimiento. La edad biológica que es la edad en relación con el grado de envejecimiento. No existe en la actualidad ninguna prueba capaz de determinar la edad biológica de una persona. Pero es evidente

que unas personas envejecen con más rapidez que otras. Esta edad es quizás la que más se acerca a la verdadera edad de la persona.

La edad psicológica es la que está determinada por los rasgos psicológicos de cada grupo de edad. Sin duda alguna, este concepto de edad es uno de los más importantes puesto que una persona es mayor si se siente mayor. Cada edad tiene su rasgo psicológico determinado, por lo que sería un grave error pretender que una persona de 80 años pensara como una de 40 o de 20 años. Lo que si resultaría acertado y posible sería la eliminación de los rasgos psicológicos negativos que no deben de asociarse a la edad. El crecimiento psicológico que incluye la capacidad de aprendizaje, el rendimiento intelectual, la creatividad, las modificaciones afectivas-valorativas del presente, pasado y futuro, así como el crecimiento personal no cesan con el proceso de envejecimiento.

La edad social es la edad marcada por las circunstancias económicas, laborales y familiares. De este modo, la jubilación marca una edad social por pertenencia a un grupo social con importantes cambios en diferentes aspectos (laboral, económico y de recursos).

La existencia de una correlación entre estas cuatro edades es lo habitual. Las personas mayores cuando se les pregunta por ellas y por su relevancia, sitúan la edad cronológica como la menos importante. Lo fundamental no es tener 85 años, sino sentirse de acuerdo con su edad, con su salud, con su rol social. Al conjunto de las edades biológica, psicológica y social se le conoce con el nombre de edad funcional, es decir, edades que la persona es capaz de realizar una vida autónoma manteniendo su capacidad de decisión además es independiente ya que no necesita de una persona para realizar las actividades básicas, de relación y sociales de la vida diaria. En el momento actual cabe la opción de influir de forma positiva o negativa en esta suma de edades. La excepción se encuentra en la edad cronológica, la única que no se puede modificar.

1.2.2.3 Envejecimiento bucal fisiológico

Según lo expresa el profesor Ricardo Roisinblit (61) hay aspectos del envejecimiento que se dan por igual en todos los tejidos del organismo y por tanto, también en la boca: deshidratación, alteración de la permeabilidad celular y disminución de la capacidad de reparación.

El paso de los años se ve reflejado en el rostro, aunque algunas personas no aparentan la edad que tienen. El aspecto de la cara se va modificando por la hipotonía y la pérdida de elasticidad de la piel, manifestándose algunos cambios característicos, como la pérdida de la prominencia labial, el descenso de la línea de la sonrisa, la aparición de arrugas y surcos faciales, las manchas y la pérdida de la dimensión vertical por atricción o por falta de piezas dentarias (62). Aunque no sea una característica constante, uno de los primeros surcos que se profundiza es el naso-labial, luego le siguen los frontales, el suborbitario y por último los verticales de la glabella y el labio superior (63).

En los individuos desdentados se produce un “colapso bucal” con hipotonía, hundimiento de los tejidos blandos y disminución de la dimensión vertical, aparentando un aumento de la prominencia del mentón, del ancho de la mandíbula y del arco zigomático (64). Siendo así una rehabilitación protética que contemple estos cambios puede devolverle al anciano parte de su aspecto anterior, lo que hará que recupere su dignidad y su autoestima.

En referencia a los maxilares, en un individuo dentado, la atrofia del reborde óseo o proceso alveolar es normalmente lenta y superficial, pero se acelera en presencia de enfermedad periodontal y ante la pérdida de los dientes y su remodelado, produciéndose una reducción en su altura, en vestibular del maxilar superior y lingual del inferior. La pérdida de los dientes que se observa en la vejez no es un indicativo fisiológico de ésta, sino de patologías preexistentes, además al perderse estos, los antagonistas tienden a extruirse aunque no es constante.

Con respecto a la Articulación Temporomandibular, la mayor parte de las personas mayores presentan un buen funcionamiento de las articulaciones y se ha encontrado que sólo un 22% tiene alguna anormalidad, ligeramente mayor en los individuos desdentados (65). La existencia de dolor en la ATM se asocia generalmente a problemas de oclusión de las prótesis y que estos se corrigen la cambiarla y al ajustar la oclusión. Las patologías más frecuentes son enfermedad degenerativa y artritis reumatoide. Algunos autores no consideran un problema de relevancia a los trastornos de la ATM en la ancianidad (66).

Acerca de la Musculatura se puede observar que a través de los años las fibras musculares disminuyen en tamaño y en número y son remplazadas por grasa y tejido conectivo fibroso. Además se evidencian alteraciones en la función motora. La acción de los músculos de la masticación disminuye en forma sustancial, prolongándose considerablemente el tiempo requerido para masticar los alimentos (67). Según Lacourt, “la fuerza de mordida de un adulto senil, es seis veces menor que en un adulto joven”. Esto se debe a la pérdida de la función masticatoria con la consiguiente elección de comidas blandas. También disminuye la coordinación masticatoria. Se observa además que las partículas que deglute son de mayor tamaño con el consecuente discomfort que esto produce, además de las posibles consecuencias digestivas (64).

En referencia a las glándulas salivales, se ha observado que se reduce la función salivar y este es uno de los factores que más altera la calidad de vida de los ancianos. La hipofunción de las glándulas salivales está frecuentemente asociada a la edad y lo que se observa es que los acinos de las glándulas salivales disminuyen y padecen degeneración grasa y acumulación de tejido linfoide, por lo que también decrece el flujo de saliva producida y aumenta la viscosidad de ésta, motivado casi siempre por efecto secundario de la ingesta de medicamentos (68). Se han encontrado 400 medicamentos que producen xerostomía entre estos

antihipertensivos, sedantes, antidepresivos, antiparkinsonianos, al igual que los pacientes tratados por tumores con radiaciones ionizantes (69).

La boca seca afecta notablemente la capacidad para llevar una prótesis, por la incomodidad que se siente y por las lesiones que se producen, por la falta de esa capa lubricantes que tiene que existir entre ella y la mucosa. Además en individuos de más de 60 años se registra un descenso del 75% en la actividad de las enzimas de la saliva, especialmente la amilasa (70). También se ha encontrado un descenso en la concentración de Na y K, pero no en el cociente Na/K.

En la Mucosa Bucal, a medida que avanza la edad, también se producen procesos de envejecimiento. El epitelio se va adelgazando, disminuye el espesor de la queratinización en el paladar, las encías y la capa estratobasilar y aumenta en carrillos y labios (65). Por lo tanto, en las zonas sin queratosis el epitelio adelgazado se hace más vulnerable a los traumas y puede ser dañado por alimentos duros. Sin embargo, una leve irritación crónica produce generalmente queratosis en un individuo anciano.

La encía al igual que el resto de la mucosa, se va atrofiando y se hace frágil, adquiriendo un aspecto brillante y cerúleo con pérdida del punteado. Se cree que la facilidad que tiene algunas personas mayores para producir inflamación gingival a consecuencia de la placa bacteriana, se debe no solo a dificultades para hacer su higiene bucal, sino también a la disminución del sistema inmunitario. También se incrementará por este motivo la susceptibilidad a las infecciones por *Cándida Albicans*.

La queilitis angular se da cuando hay una pérdida de la dimensión vertical se forman pliegues en las comisuras labiales, que son el asiento ideal de la *Cándida Albicans* vehiculizada por la saliva. Este microorganismo aprovecha la oportunidad

que se presenta, por la humedad y la temperatura del lugar, pero no siempre es el único factor etiológico, ya que algunas queilitis están asociadas o más bien mantenidas por anemia por déficit de hierro.

Las estomatitis por prótesis también son frecuentes y están asociadas al factor etiológico predominante que es la *Cándida Albicans*, que se asienta en la zona palatina cubierta por la prótesis.

Con respecto a la Lengua, se observan macroscópicamente una variedad de alteraciones morfofuncionales, que van desde la atrofia de las papilas filiformes y gustativas del dorso lo que le da un aspecto liso hasta varicosidades en la parte ventral de la lengua, aunque hay una gran variabilidad individual. Dentro de los cambios patológicos que se pueden encontrar están la glositis atrófica, la glosopirosis, el movimiento anormal por problemas neurológicos o cáncer de piso de boca, la lengua geográfica, la lengua saburral y la lengua escrotal. Los traumatismos linguales son muy frecuentes y las ulceraciones son dolorosas y de lenta cicatrización. La percepción gustativa disminuye y con ella se va perdiendo el apetito.

En la deglución tanto en su fase oral como en la fase faríngea, se producen cambios neuromusculares como consecuencia de la laxitud de los ligamentos de la laringe (71). Estos cambios observados en el 20% de las personas mayores de 65 años, son los que entorpecen la coordinación de estos movimientos, con sus consiguientes trastornos, como la aspiración accidental de los alimentos con el riesgo potencial de contraer neumonía.

Los órganos dentales en los adultos mayores son de fundamental importancia ya que cumplen una función en la masticación, en la dicción y en las relaciones sociales. Su pérdida puede dar inicio a problemas tales como depresión y pérdida de autoestima entre otras. Con la edad suele haber pérdida del esmalte por

desgaste, por erosiones y por abfracciones, con la consecuente aparición de zonas pigmentadas. La dentina se torna más oscura, menos hidratada y menos elástica. Hay retracciones gingivales, reabsorción del hueso alveolar y exposición de cemento radicular que por su pequeño espesor y su labilidad, en corto plazo desaparece. En todos estos cambios, a veces resulta difícil establecer los límites entre lo fisiológico y lo patológico.

El esmalte dentario más que un tejido puede considerarse un material, ya que después de formarse no tiene ninguna actividad vital y sólo presenta cambios físico-químicos como los intercambios iónicos, muy trascendentales a través de toda la vida del órgano dental. El esmalte puede sufrir modificaciones de permeabilidad ya que con los años, los poros del esmalte disminuyen por adquisición de iones, volviéndose menos permeable. Al aumentar los iones de flúor, carbonatos, hierro y estaño aumenta la resistencia a la agresión de los ácidos. Todas estas modificaciones favorecen la deshidratación del esmalte y por consiguiente la tendencia a la aparición de cracks o grietas longitudinales.

Con respecto al color del esmalte, hay un cambio progresivo incrementándose los tonos amarillos y marrones y este se hace más intenso en el borde incisal donde el esmalte se ha adelgazado considerablemente y por lo tanto es más fácil la penetración y la visualización del color dentinario modificado además por la penetración de los pigmentos que forman parte de la dieta y de los hábitos de los pacientes por ejemplo el tinto y el cigarrillo.

La dentina de los órganos dentales se vuelve más frágil y menos permeable, por el depósito continuo de dentina peritubular con aumento del componente mineral. Esto trae como consecuencia obliteración de los túbulos que a la fina se traduce como disminución de la sensibilidad lo cual hay que tener en cuenta para la planificación de los tratamientos operatorios y la selección del material obturador; el cemento aumenta su espesor con el paso de los años incluso llega a triplicarse

especialmente en la zona apical contribuyendo a alargar el órgano dental y compensa un poco lo ocasionado por la atricción (71). Se ha podido observar en patologías sistémicas como la enfermedad de Paget la hiperceementosis (72).

Con respecto a la pulpa de los órganos dentales se observa, disminución del volumen de la cámara pulpar y el ancho de los conductos, hay grandes variaciones que se ocasiona por la edad o por los irritantes locales como caries, abrasiones, tallados para coronas etc. lo que induce a la aposición de dentina secundaria. El foramen apical se estrecha por el depósito de cemento, con el consiguiente compromiso en la irrigación y en la inervación. Es frecuente encontrar al interior de los conductos nódulos pulpares o agujas cálcicas, además las arterias se reducen en número, el drenaje venoso y linfático se enlentece con zonas de éstasis, conduciendo a la pulpa a una disminución de su aporte nutricional y reduciendo su capacidad de defensa (73). Los nervios sufren una degeneración reticular y reducen su sensibilidad entre otras cosas porque las fibras nerviosas se mineralizan reduciéndose la cantidad de axones.

En referencia al periodonto se observa que a medida que pasa el tiempo se nota un estrechamiento del espacio ocupado normalmente por el ligamento periodontal. El espesor puede disminuir si no hay actividad en una determinada pieza dentaria, por disminución en la fuerza de los músculos masticatorios o por depósito de cemento pero también puede aumentar en casos de sobrecarga masticatoria.

Propiamente en la encía, se puede observar cambios en el color, la forma y la textura, además de la resección gingival, en la cual la encía está más baja y el diente está más expuesto. Cuando el cemento es expuesto al medio bucal, por ser menos duro que el esmalte, junto con otros factores ya mencionados, aumenta la posibilidad de la aparición de la caries en el cuello de los dientes o caries radicular.

Con respecto al fluido gingival se ha demostrado en estudios de gingivitis experimental, que el flujo del fluido gingival de un grupo de adultos mayores en relación a un grupo de jóvenes fue el doble, ante igual presencia de placa (74).

En algunas ocasiones, la halitosis o mal aliento se acentúa con la vejez como respuesta a una marcada putrefacción microbiana, falta de higiene de las prótesis, ingesta de ajo o cebolla, consumo de tabaco y alcohol. En caso de que la halitosis sea muy fuerte, puede conducir a aislamiento social.

Se puede afirmar que si las personas no cumplen un constante cuidado bucodental, en términos de una correcta higiene, visitas al odontólogo, por lo menos una vez al año, además de la vigilancia de manera integral de la salud, es muy probable que el envejecimiento fisiológico bucodental avance y se deteriore más rápidamente que el resto de los órganos y de los sistemas del organismo.

1.2.2.4 Enfermedad bucodental en la edad avanzada

El sistema estomatognático está definido como un grupo de órganos que participan en importantes funciones como la masticación, deglución y fonación, que está integrado por diversas estructuras compartiendo un pequeño territorio. Así en el encontramos huesos, músculos, glándulas salivales, articulaciones, mucosas, dientes y piel. Probablemente debido a su pequeña extensión y a que con poca frecuencia puede llegar a comprometer la vida del paciente, es relegado a un segundo plano y omitido del examen rutinario.

A pesar de que la salud oral del paciente adulto mayor está determinada por diversos factores tanto propios como ambientales, es un útil indicador de los cuidados odontológicos recibidos por el paciente durante toda su vida. Al respecto hoy se sabe que en un alto porcentaje, la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la

condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total.

La patología que es posible encontrar en el adulto mayor es variada, pero claramente existen cuadros más frecuentes, que debieran orientar en cuanto al énfasis preventivo y al tratamiento más eficaz. Como todo sistema, este puede presentar alteraciones de orden degenerativo, tumoral, traumático y enfermedades de origen infeccioso. Dentro de estas últimas, existen dos que merecen especial análisis por constituir ambas problemas de salud pública; la caries y la enfermedad periodontal.

La caries radicular se considera una patología que va a ser cada vez más frecuente y más relevante en la clínica diaria. Coincide además, con la menos presencia de dientes en la boca, aumentando así, la posibilidad de los dientes remanentes a sufrir caries dental.

La caries radicular se define, como un área en la superficie del diente específicamente en la unión amelo-cementaria o en una ubicación más apical, que ha sufrido una disolución clínicamente aparente del mineral del tejido calcificado. Aparece como áreas blancas en la fase inicial y coloreada marrón o negro en etapas más avanzadas, con bordes irregulares, con o sin cavitación, sobre una zona de raíz expuesta, a lo largo de una unión amelo-cementaria expuesta, o en el borde de una restauración que sea supragingival, pero en la estructura de la raíz (75).

El agente causal primario suele ser el *Streptococcus Mutans*, aunque estudios indican una fuerte asociación de *Lactobacilos* y *Actinobacillus* (76). Y se localizan básicamente en superficies vestibulares y superficies proximales rara vez en palatino o lingual por el efecto de limpieza de la lengua y la ayuda de la saliva. En el maxilar inferior, son más frecuentes las lesiones en molares seguidos de

premolares, caninos e incisivos. En el maxilar superior ocurre todo lo contrario, son más frecuentes las lesiones de incisivos, seguidos de caninos, premolares y molares. La tasa de incidencia de la caries radicular en los adultos mayores es aproximadamente equivalente a la tasa de caries coronal en niños (77).

En el siguiente cuadro se relacionan los factores de riesgo que favorecen la aparición de caries radicular (75):

Cuadro 7. Factores de riesgo de caries radicular.

Factores intraorales	Factores extraorales
Disminución del flujo salival	Edad avanzada
Disminución de la capacidad tapón de la saliva	Uso infrecuente de los servicios odontológicos
Puntuación elevada de la placa bacteriana	Bajo nivel educacional
Formación de bolsas periodontales	Sexo
Perdida grave de fijación	Raza
Recesión gingival	Consumo de tabaco
Presencia de cálculos	Debilidad física
Recuentos elevados de Strept. Mutans	Disfunción cognitiva
Recuentos elevados de Candida Albicans	Falta de entramado social de apoyo
Caries coronal restaurada y no restaurada	Uso de medicamentos que disminuyen el flujo salival
Caries de raíz restaurada y no restaurada	Exposición limitada de agua o productos fluorados
Apoyos sobre los dientes (prótesis)	Ingestión frecuente de alimentos con sacarosa.
Restos radiculares retenidos	Ingestión limitada de productos lácteos.
8 o más dientes ausentes	
Reducción de la capacidad masticatoria	
Presencia de dentaduras removibles	
Presión y triturado	

Fuente: Shay K. "Caries de la raíz en el paciente mayor: Importancia, prevención y tratamiento. 1997.

Otros procesos destructivos pueden afectar los tejidos duros de los dientes, pero no tienen origen carioso, como la Atricción que es el desgaste fisiológico que se produce al chocar diente con diente, pero si el paciente bruxa el proceso de atricción es más rápido y de esta manera se asociaría la atricción a un proceso

patológico. En esta afección también es importante la dieta por ejemplo consumo de alimentos con partículas abrasivas y la disminución del flujo salival.

La Abrasión se cataloga como un desgaste pero tiene su origen en una causa mecánica, lo más clásico es lo que sucede en el cuello de los dientes por el uso de cepillos de cerda duras.

La Erosión es otro tipo de desgaste pero difiere de los anteriores porque lo que predomina es un estímulo químico específicamente por ácidos de tipo no bacteriano, por ejemplo cuando hay problemas de reflujo gastrointestinal o por medicamentos o por alimentos tipo coca cola que contiene cierto porcentaje de ácido orto fosfórico. Y la Abfracción que es una lesión que se caracteriza por presentar pérdida a nivel cervical producto generalmente de un trauma de oclusión.

El aumento de la edad según algunos autores, es considerado como uno de los factores de riesgo de la Enfermedad Periodontal; dentro de los cambios registrados como causados por el envejecimiento incluyen disminución en la queratinización, el epitelio se hace más fino, las fibras de colágeno se hacen más bastas, hay un aumento del cemento en anchura con una disminución del ligamento periodontal y las fibras principales se hacen más irregulares (78).

Los adultos mayores desarrollan más rápida la gingivitis y en estados de mayor gravedad, además de diferencias con respecto a la placa, en la que los mayores contenían mayor contenido de carbohidratos (79).

Factores de riesgo médicos también se asocian con la edad, ya que la mayoría de los cuadros crónicos que afectan frecuentemente a los adultos mayores no afectan directamente a los tejidos periodontales, pero si pueden afectar al tratamiento periodontal. Por ejemplo los pacientes con artritis que pueden no ser capaces de

manejar elementos de higiene como la seda dental. Enfermedades como la diabetes mellitus, es de los problemas sistémicos a tener en cuenta, ya que hay estudios que introducen conceptos de grado de control metabólico junto con la presencia de cálculos como importantes para determinar la susceptibilidad a la enfermedad periodontal (80).

El uso de medicamentos es un factor de riesgo de igual forma importante para desarrollar enfermedad periodontal. El efecto directo de los medicamentos sobre tejidos gingivales se manifiesta con frecuencia en forma de hipertrofia gingival, asociado a medicamentos con fines anticonvulsivos, inmunosupresores y antagonistas de los canales de calcio (81). A continuación se resumen los factores de riesgo que pueden incidir en la enfermedad periodontal:

Cuadro 8. Factores de riesgo para la enfermedad periodontal.

1. Características Genéticas	Función anormal de PMNN Menor producción de Ig. G Mayor producción de IL 1 B Mayor producción de PGE2
2. Factores de riesgo sistémico	Enfermedades sistémicas agudas Enfermedades sistémicas crónicas Incapacidades físicas o mentales Medicación
3. Factores de riesgo de comportamiento	Tabaco Alcohol Higiene bucal Acceso a los servicios de salud Estrés Depresión
4. Factores de riesgo sociodemográficos	Educación Ingresos Raza Grupo familiar Situación socio-económica

Fuente: Grossi SG, Genco RJ, Machtei E y colaboradores. 1995.

Entre otras patologías que pueden afectar el adulto mayor es la Xerostomía o Síndrome de la boca seca, el cual se relaciona en la mayoría de los casos aunque no en todos, con una disminución del flujo salival, asociado a causas como los medicamentos, tratamientos médicos, y alguna patología sistémica. Afecta una de cada cuatro personas y el índice crece a partir de los cincuenta o sesenta años.

Dentro de los medicamentos que con más frecuencia se han demostrado que disminuyen la función salival están los antidepresivos tricíclicos, los antihistamínicos, los antihipertensivos y los diuréticos al igual que cuando el paciente se somete a tratamiento de tumores donde la radiación disminuye el flujo salivar por hipofunción de las glándulas salivares. Otras enfermedades asociadas a la disfunción salival son el Síndrome de Sjogren, la fibrosis quística, la diabetes mellitus no controlada, las afecciones de tiroides y la depresión.

La xerostomía está asociada a problemas bucodentales graves como gingivitis, destrucción dental, caries radicular, dolor en tejidos blandos y en lengua, halitosis y trastornos alimenticios. Algunos de los síntomas más frecuentes son la sensación de ardor y dolor en la lengua, boca reseca fisuras en las comisuras de los labios, sed constante, predominio de aftas, acumulo de placa bacteriana, halitosis, esmalte dental desgastado y dificultad para el uso de las prótesis (82).

Otras patologías con menor incidencia asociadas con el estado de la salud bucodental del adulto mayor, son las epiteliales como la Leucoplasia que puede producirse por la irritación que ocasiona la fricción de una dentadura postiza u otros factores como el consumo de tabaco y alcohol.

De las infecciones orales más frecuentes esta la candidiasis que suele presentarse como placas con punteado blanco, de mucosa eritematosa atrófica con formación de una pseudomembrana. La estomatitis de la dentadura y la

queilitis angular son las dos formas más frecuentes de candidiasis oral en el paciente mayor.

En referencia a la pérdida total de los dientes o edentulismo en un estudio realizado en Chile concluyen: actualmente se acepta que la pérdida de los dientes no es una consecuencia del envejecimiento normal. La pérdida de los dientes se relaciona con el avance de la edad, simplemente porque las personas mayores han estado expuestas durante más tiempo a caries, enfermedades periodontales, periapicales o traumatismos (83).

La calidad de vida del adulto mayor se ve influenciada por el estado de su salud bucodental, la dentadura es de gran relevancia en la estética facial y la comunicación oral, teniendo por consecuencia, gran influencia en sus relaciones interpersonales y por ende en su autoestima, la que se ve disminuida por la pérdida total de los dientes.

Las consecuencias de la pérdida de dientes, es tal vez el tema más delicado y el que reunió mayor cantidad de opiniones. Los aspectos psicológicos revelados, muestran una enfermedad de carácter físico, pero que repercute muy fuertemente en el aspecto psicológico, el sentimiento de rechazo, de vergüenza, de dar lastima, de aislamiento social, de dificultades con la pareja se mantiene latente en sus recuerdos.

Dentro de los problemas funcionales del adulto mayor edéntulo, se debe considerar que la pérdida de los dientes condiciona la selección y preferencia de los alimentos, y por ende la nutrición; tendiendo a la preferencia de alimentos blandos, los que son bajos en fibras y menos nutritivos, esto a que tiene comprometidos la eficacia masticatoria. La falta de dientes impide la contención de aire en el momento de articular palabras; produciendo problemas de dicción, vocablos y fonemas que dificultan la capacidad de comunicación y expresión oral;

generando sensaciones de aislamiento y marginación, al sentirse limitados en su capacidad de comunicación (84).

1.2.2.5 Resultados de enfermedad bucodental en el adulto mayor en Colombia según el ENSAB IV

El Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (3), ENSAB IV, en su introducción enuncia que es una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social que busca establecer las condiciones de salud – enfermedad - atención bucal de la población colombiana y aproximarse de manera comprensiva a los aspectos sociales que, al parecer, podrían determinar o influenciar estas condiciones a lo largo del curso de la vida.

Para este fin, y a partir del diseño de un estudio epidemiológico poblacional, se integran los resultados de la valoración clínica de los sujetos incluidos con las conclusiones en torno a las condiciones de vida y trabajo de estos individuos según la forma como se integran a la sociedad, sus modos y estilos de vida que se reflejan en la salud bucodental. A la vez y con base en la información recolectada mediante el análisis estadístico, se muestran, de manera inicial, las desigualdades e inequidades en salud bucodental en el país.

Este estudio de corte cuanti-cualitativo permitirá reconocer diversas condiciones tanto de la salud bucodental, como el contexto social en el que se reproducen. Vale la pena destacar que es la primera vez que en un estudio poblacional, aborda los elementos conceptuales del enfoque de la determinación social en salud bucodental en Latinoamérica.

Los resultados de este estudio son fundamentales para el país, en el entendido que la salud bucodental es una de las condiciones que más afecta a la población colombiana, tal como lo menciona la OMS, en varios documentos según los cuales la salud bucodental es un problema de salud pública, no solo por la alta frecuencia

de las patologías bucodentales, sino por las implicaciones que representa para la salud en general de las personas. De esta manera especial, hace un llamado de atención en torno a la situación de América Latina, por ser la región con las condiciones bucodentales más desfavorables con respecto a otras del mundo.

El ENSAB IV (3), como instrumento de diagnóstico señala algunas particularidades sobre las condiciones de salud bucodental de la población colombiana, a partir de las cuales es posible diseñar e implementar políticas, planes y programas que contribuyan a generar condiciones óptimas de salud bucodental en el país desde edades tempranas.

En referencia a la salud bucodental del adulto mayor comprendida entre los 65 y 79 años, la experiencia de caries se encuentra en este estudio en el 96,2% de las personas y la prevalencia es de 43,4%. La experiencia modificada de $C_{(2-6)}$ (ICDAS)OP se encuentra en el 97% de las personas y la prevalencia modificada en el 44,4%. Por sexo las diferencias se dan en la prevalencia y en la prevalencia modificada; así en los hombres estos índices se encuentran en el 53% y en el 51,1% respectivamente frente a lo encontrado en las mujeres que es de 35,5% para la prevalencia y de 38,58% para la prevalencia modificada.

Por regiones, la Oriental presenta el mayor valor con 98,59% de las personas con experiencia de caries y la prevalencia se encuentra en mayor frecuencia en la región Atlántica con un valor de 61,8%.

El índice COP en las personas de 65 a 79 años llega a 20,55 y el índice $C_{(2-6)}$ (ICDAS)OP modificado se encuentra en 22,62 dejando prácticamente solo cerca de 6 dientes sin experiencia de caries a la población de esta edad, con similares características en hombres y mujeres.

En esta edad el índice de dientes sanos se encuentra ampliamente reducido, siendo de 4,90; el índice de dientes cariados sin embargo es de 1,16; el índice de dientes obturados es de 1,71, en tanto que el índice de dientes perdidos nuevamente se duplica para llegar a 17,67 dientes.

Con respecto a la enfermedad periodontal el valor estimado del índice de extensión y severidad para la población evaluada en este grupo de edad es de 79 y 3,15 respectivamente, lo que significa que en promedio 79% de todas las superficies dentales evaluadas por individuo (extensión) presenta pérdida del NIC mayor a 1 mm, mientras el valor promedio de pérdida de inserción en estas superficies afectadas (severidad) es de 3,15 mm.

En referencia al Edentulismo, el 98,9% de la población que se encuentra entre las edades de 65 a 79 años, presenta pérdida dentaria parcial, ligeramente mayor en mujeres (99,4%) con respecto a los hombres (98,1%), con mayor proporción de las personas que proceden de los centros poblados (99,7%), mayor concentración en la Región Atlántica (100%) y las personas de este grupo que no se hallan asegurados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (100%).

En los adultos mayores el 54,3% de la población presenta pérdida total de dientes inferiores, con mayor frecuencia en mujeres (62,5%), la mayor presencia de esta condición se encuentra en los adultos mayores que proceden de centros poblados (61,8%), los que viven en la región pacífica (66,9%) y los que se hallan afiliados al sistema de salud a través del régimen subsidiado (56,8%).

En tanto el 37,7% de esta población presenta edentulismo total superior, con mayor frecuencia en las mujeres (40,3%), en las personas de esta edad que proceden de los centros poblados y rural disperso (44% respectivamente). Bogotá es la región en que más personas presentan edentulismo total superior (51.4%)

condición que también se encuentra en las personas afiliadas al SGSSS a través del régimen subsidiado (38,9%).

El 32.8% de las personas de 65 a 79 años presenta edentulismo total bimaxilar, siendo mayor en mujeres (37.7%) con respecto a los hombres (26.9%). Con esta condición se ven más afectados los adultos mayores que proceden de los centros poblados (44.1%), los que viven en Bogotá (48.4%) y en los que se hallan en el SGSSS a través del régimen contributivo (35%).

Sobre las prótesis el ENSAB IV (3) reporta que el promedio de pares oclusales naturales en este grupo de edad disminuye notablemente a 2.28, lo que indica que los adultos mayores presentan en promedio entre 4 y 5 dientes en boca, con mayor promedio para los hombres que para las mujeres 2,7 y 1,8 respectivamente, pero conservando el patrón que presentan los demás grupos de edad.

En relación con la presencia de prótesis parcial en maxilar superior, el 75,6% la usan siendo mayor para el sexo femenino y las personas que provienen de la cabecera municipal con 77,9%, frente al rural disperso con el 69,7%. Las personas de otros regímenes presentan el 87,2% y el contributivo el 84,9%. En la distribución por regiones, la Atlántica muestra menor porcentaje de presencia de este tipo de prótesis, con 57,6%, Orinoquía y Amazonía con 70%, la Oriental con 73,9%, las regiones Pacífica y Central comparten el 78,5% cada una y Bogotá muestra la mayor presencia de prótesis parcial en maxilar superior con 90,3%.

Al observar el requerimiento de prótesis parcial en el maxilar superior, con los individuos que necesitan cambiar la prótesis que están usando, por alguna razón y los individuos edéntulo que no usan este tipo de prótesis, el 72,8% de individuos la requiere. La presencia de prótesis parcial en el maxilar inferior es de 48,7%, para este grupo de edad. La necesidad de prótesis parcial inferior, ya sea por

necesidad de cambio o por no uso, es de 81,9%. La región Atlántica requiere en 89,7% este tipo de prótesis.

En relación con el uso de prótesis total en maxilar superior, el 93,7% de los individuos edéntulo presentan prótesis, siendo mayor en las mujeres que en los hombres (96,6%). La necesidad de cambio por desadaptación o por no uso es de 62,6%. La presencia de prótesis en el maxilar inferior es de 72,6% en los edéntulos para este grupo de edad y en cuanto a la necesidad de prótesis total inferior es de 75,3%, ya sea por necesidad de cambio o por no uso de este elemento.

Con respecto al comportamiento de lesiones asociadas al uso de las prótesis, el estudio arroja los siguientes resultados: se evidencia un 39,6% con estomatitis protésica, situación que se observa mucho más en mujeres con el 48,8% que en hombres 28,5%. El grado de severidad encontrada en las personas con estomatitis protésica presenta algunos cambios frente a los grupos de edad anteriores, disminuye la frecuencia identificada para grado I (44,5%) y grado II (12,4%) equivalente al aumento en la severidad grado II (43.1%).

Adicionalmente, el 10,5% de las personas ya manifiesta aumento tisular por prótesis, el cual se observa más en mujeres (11,4%) que en hombres (9,4%). Del total de personas que tiene prótesis removible, el 79,3% la usa mientras duerme.

Frente a todo este panorama estadístico y teniendo en cuenta la prevalencia para en este grupo etario, de caries y enfermedad periodontal y teniendo en cuenta al plano que bajó la salud bucodental en el Plan Decenal de Salud Pública, el gobierno tiene en debate, en la actualidad, un proyecto de ley por medio de la cual se establece el derecho fundamental a la salud oral en Colombia y se dictan otras disposiciones. El objeto del proyecto de ley radicada en el 2014 con el número 176, es el de garantizar el derecho a la salud oral integral a toda la población

colombiana como un derecho a través de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación con énfasis en los niños, las niñas y los adolescentes, con el fin de mejorar los indicadores de salud oral de la población en consonancia con el perfil epidemiológico y los ámbitos y competencias del Sistema de Salud Colombiano.

1.2.3 Salud Bucodental y Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Es pertinente en este punto hacer una correlación entre la salud bucodental y la calidad de vida, para lo cual se recreará inicialmente acerca del concepto de calidad de vida y luego se hará la correlación.

1.2.3.1 Concepto de Calidad de Vida

Según Alfonso Urzúa y Alejandra Caqueo - Urizar en su artículo publicado en el 2012 donde hacen una revisión teórica del concepto de calidad de vida (85), expresan que el la utilización del concepto de calidad de vida puede remontarse a los Estados Unidos, después de la segunda guerra mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas de si tenía una buena vida o si se sentían financieramente seguras, dicha teoría la apoya Campbell en 1981 (86) y Meeberg en 1993 (87).

En el 2004 Cummins expresó que el concepto de calidad de vida actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a como debiera ser conceptualizada la Calidad de vida (88).

En el cuadro siguiente se encuentran definiciones aportadas por diversos autores al referirse a la calidad de vida.

Cuadro 9. Definiciones de calidad de vida según autores.

Referencia	Definición propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas, física, psicológica, social, de actividades. Material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL = NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Criticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al. (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al. (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Fuente: Artículo "Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto." Urzua M, A. y Caqueo – Urizar, A. 2012.

Analizando las definiciones del cuadro, no existe un concepto único sobre calidad de vida y algunos autores como Borthwick y Duffy en 1992 (89) y Felce & Perry en 1995, proponen hacer una categorización de la siguiente manera (90):

En la primera categoría relacionan Calidad de vida igual a condiciones de vida, bajo esta perspectiva, la calidad de vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona tales como

salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación.

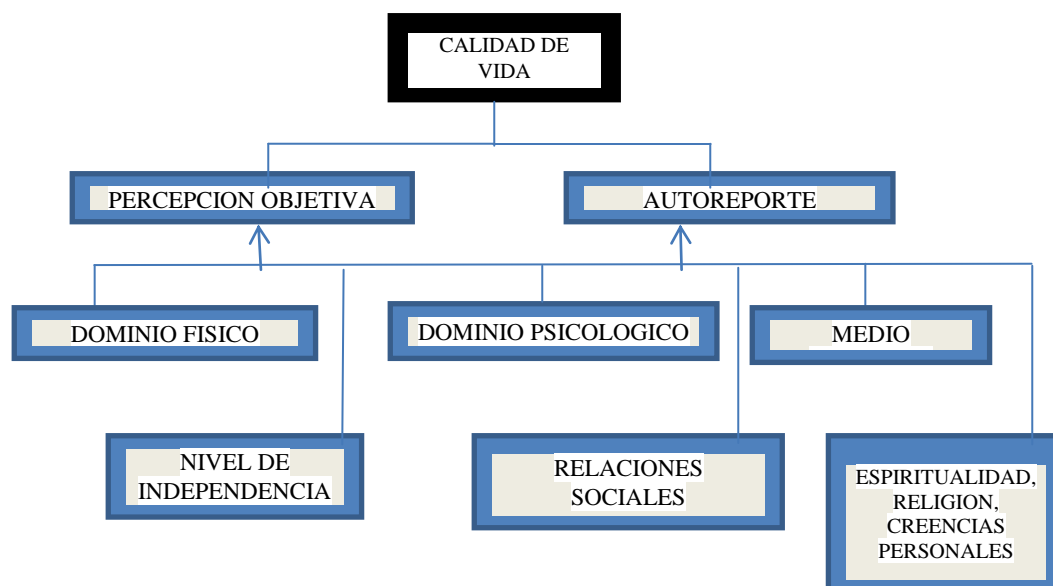
La segunda categoría asocia la calidad de vida igual a satisfacción con la vida o satisfacción personal; así la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida es decir que el principal foco de interés es el bienestar subjetivo, dejando de lado las condiciones externas de la vida por ejemplo su contexto económico, social, cultural, político o incluso su propio estado de salud.

La tercera categoría relaciona la calidad de vida igual a condiciones de vida más satisfacción con la vida, desde esta perspectiva las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general.

En el año 1995, Felce & Perry proponen un cuarto modelo teórico, agregando la necesidad de considerar los valores personales, aspiraciones y expectativas. Esta cuarta categoría articula la Calidad de Vida = Condiciones de vida + Satisfacción con la vida * Valores. Para estos autores la Calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas medidas por los valores personales. Siendo así cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico.

En esta cuarta categoría se incluye la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollan un grupo de trabajo en calidad de vida (World Health Organization Quality of Life – WHOQOL, el cual propuso una definición propia de Calidad de Vida.

Figura 9. Diagrama del modelo conceptual de la OMS



Fuente: OMS- WHOQOL group.

Bajo este marco, la calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e interés.

Esta definición conceptual de la OMS, diferencia claramente las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los auto-reportes subjetivos, en términos de satisfacción / insatisfacción, con estas conductas estado o capacidades evaluadas en las seis dimensiones propuestas. Según la WHOQOL Group, 1995 cada una de estas dimensiones se compone de subdominios y aunque el modelo no es el único ni ha logrado tener consenso entre los investigadores, se destaca la importancia que en este concepto se otorga a la influencia que ciertos factores tiene en la percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo por ende, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la calidad de vida, el proceso cognitivo de la evaluación (91).

Una definición global de calidad de vida se puede expresar como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones su vida. Al ser una medida de auto-reporte se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción.

Bajo esta consideración se propone entonces una quinta categoría que propone un modelo centrado fundamentalmente en el proceso de evaluar que realiza cada persona y se expresaría así: Calidad de vida = (Condiciones de vida + Satisfacción con la vida)* Evaluación.

El nivel de calidad de vida percibido por un individuo estaría fuertemente modulado por los procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza tanto de sus condiciones de vida, como el grado de satisfacción con cada una de ellas.

En un meta-análisis, publicado en un artículo por Smith, Avis & Assman, en 1999 (92), plantearon que la percepción de la calidad de vida estaría basada en un proceso cognitivo similar al que se usa para enunciar actitudes y juicios. Este proceso involucraría primero, identificar los dominios relevantes que la comprenden, segundo determinar los estándares en cada dominio y tercero integrar los juicios separados de cada uno de los dominios en una evaluación global de calidad de vida. Bajo esta óptica, la calidad de vida es multidimensional, ya que puede incorporar distintas dimensiones para llegar a una sola evaluación.

Como conclusión y después de la revisión de muchos artículos los autores creen que el resultado de la evaluación de la calidad de vida estaría mediado por dos grandes procesos, el de la asignación de la importancia que otorgaría cada persona a cada dominio a evaluar, y por otra parte, por el tamaño de la brecha derivado del proceso de comparación la cual puede ser intrasujeto o extrasujeto.

En la comparación intrasujeto jugaría un rol importante las discrepancias por ejemplo entre lo que quiero/tengo; actual/ideal; pasado / presente / futuro. En la comparación extrasujeto tendría un rol clave la comparación social, y entre estas, la orientación a la comparación social.

Además de estas cinco categorías han surgido otras clasificaciones que articulándolos con otros conceptos han generado unos dilemas entre los cuales se discute si la calidad de vida corresponde a una percepción subjetiva de la persona sobre ciertas condiciones, o bien incluir además de esta percepción , la evaluación objetiva de las mismas condiciones y el otro dilema se refiere a si la calidad de vida se refiere a un concepto ideográfico en donde el sujeto establece sus componentes o bien nomotético, estableciendo un criterio general para todos los sujetos.

Tomando lo planteado por Fernández y Ballesteros en 1998 (93), se puede decir que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres cosas: es subjetiva, el puntaje asignado en cada dimensión es diferente en cada persona y el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida. En este contexto es importante destacar la necesidad que plantean algunos autores como Trujillo, Tobar & Lozano (94), que consideran que se deben incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida.

Con respecto a este último concepto de lo evolutivo Rossella Palomba expuso en Santiago de Chile en el 2002 (95), en un Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores, que el concepto de calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto grado de bienestar “subjetivo”, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.

La misma plantea en su definición de bienestar o “well – being” que en el pasado estaba fuertemente ligado a los ingresos y más comúnmente a la presencia de medios adecuados, sólo recientemente se ha atribuido mayor importancia al bienestar como la cualidad de obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles, y no solo de su mera posesión.

Según Palomba la calidad de vida contiene dos dimensiones principales: Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos” y la percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el termino de bienestar (well-being). La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar (well-being) y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos.

También establece que en la calidad de vida intervienen factores materiales que son los recursos que uno tiene por ejemplo: ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud y nivel de educación entre otros; y muchos autores asumen una relación causa – efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

Otros factores que inciden en la calidad de vida son los ambientales y a esto corresponde las características del vecindario o comunidad que se mide por la presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple y sobretodo muy primordialmente las características del hogar.

Los factores de relacionamiento incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales y estos inciden en la calidad de vida al igual que la integración a organizaciones sociales y religiosas, el tempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en

las edades avanzadas. Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, los vecinos y las otras redes pasan a tener un rol modesto en el relacionamiento.

Las políticas gubernamentales también inciden en la calidad de vida, ya que no debe verse desde la perspectiva del individuo sino que hay que considerar la perspectiva social y la calidad de vida y del bienestar de las personas adultas mayores dependen parcial o totalmente de las políticas existentes.

La expositora también considera que la cuestión es de género, experimentar la vejez es una experiencia principalmente femenina. Demográficamente el envejecimiento poblacional ha traído consigo un incremento en las desigualdades de género a medida que la edad avanza. Las mujeres adultas mayores están en desventajas por su relativamente menor disponibilidad de recursos materiales y financieros, por su nivel de discapacidades funcionales y por la menor facilidad de acceso a recursos en materia de cuidados. Además las mujeres perciben en mayor medida que los hombres sentimientos de soledad y aislamiento.

Empíricamente la medición de la calidad de vida en las edades avanzadas es problemática por dos razones: la falta de una definición clara y la deficiencia en la teoría que hace difícil la medida de este constructo y la comparabilidad de sus resultados. La autora concluye que no ha sido llevado hasta el momento ningún estudio extensivo ni encuesta que considere de manera comprehensiva todos los aspectos mencionados y que determina como tal la calidad de vida.

1.2.3.2 Antecedentes de los Estudios Sobre Calidad de Vida Oral

El envejecimiento de la población tiene su reflejo también a nivel odontológico, al ser la patología oral de tipo acumulativo, se encuentra una prevalencia cada vez más emergente de pacientes adultos mayores con gran patología oral no tratada. A pesar de los avances en la ciencia y la tecnología aún se conserva en la práctica

odontológica una visión netamente curativa, es común encontrar en la sociedad actual el alivio inmediato del dolor dental por medio de la extracciones, lo que ha conllevado a una prevalencia del edentulismo crónico en la población adulta mayor, que puede ir acompañado con cierto grado de disfunción oral. Por las razones anteriores los primeros estudios de calidad de vida oral se destinaba a medir el impacto que la patología oral acumulada producía en la vida diaria de los sujetos más prevalentemente afectados en este caso lo adultos mayores (96).

Según Neumann y colaboradores (97) expresa que el avance científico y los esfuerzos comunitarios de la Salud Pública en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología oral han conseguido cambiar los patrones epidemiológicos de las enfermedades bucodentales, apareciendo formas clínicas incipientes y menos severas tanto de caries como de enfermedad periodontal, para que los métodos de diagnóstico tradicional, ya no son sensibles. A pesar de la tangible mejora en el estado de salud oral de las nuevas generaciones en los países industrializados, las expectativas de salud han cambiado y nos hemos convertido en sociedades cosméticas que no solo valoran la prevención y tratamiento de las enfermedades orales sino que demandan la instauración de los patrones actuales de belleza occidental, llegando incluso a constituir uno de los motivos de consulta en algunas edades en las que los problemas reales de salud oral ya han sido prevenidos o tratados.

Los indicadores de calidad de vida oral surgieron desde la década de los 70 para evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas orales, y complementar la información aportada por los índices clínicos ya que no son sensibles a percepciones subjetivas como el dolor, la estética, la función (98).

Una de las primeras definiciones que trata de englobar la naturaleza multidimensional de la salud es la formulada por la OMS en 1948 (99): “La salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no solo la ausencia de

enfermedad”. A pesar que esta definición algunos autores la consideran utópica, contiene en su fórmula, componentes subjetivos y objetivos. Esta apreciación sugiere entonces que para medir salud no sólo se deben utilizar índices que midan la presencia o severidad de una patología sino que debe suplementarse con medidas del bienestar psicológico y social.

Siguiendo estas pautas una definición apropiada y realista del concepto de salud oral sería “el estado de la dentición que cómoda y funcionalmente permiten al individuo el desempeño de los roles sociales inherentes a su sociedad” (100).

Recientemente la OMS ha publicado una clasificación en la que no utiliza términos negativos como “deficiencia”, “discapacidad” y minusvalía sino que utiliza términos neutrales como “función”, “actividad” y “participación”, estableciendo una graduación positiva o negativa de los diferentes estadios jerárquicos de una patología: en el órgano (función), en el individuo (actividad) y en la sociedad (participación) (101).

En 1993, la OMS (93) definió la calidad de vida en relación con la salud como: “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”. Este concepto tan amplio recoge la influencia que las relaciones sociales, la salud física, el estado psicológico – afectivo y el nivel de independencia pueden ejercer en la autovaloración de la calidad de vida de una persona.

Siguiendo esta línea conceptual se puede definir la calidad de vida oral como: “la percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasadas y presentes, su implicación en el cuidado, sus

expectativas, sus paradigmas y, por supuesto el sistema de valores que su contexto sociocultural le inspira” (102).

Parece obvio que el impacto que los problemas orales puedan tener en la vida diaria de un sujeto será mínimo en comparación con otras patologías más discapacitantes y severas como el cáncer o las enfermedades degenerativas (103). Pero en población general se ha demostrado asociación significativa entre la autoevaluación de la salud oral con índice de calidad de vida general en adultos mayores (104). Strauss y Hunt en 1993 (105) declararon que el 39% de los sujetos ancianos participantes en su estudio de calidad de vida oral consideraban que los dientes influían en la salud general.

La salud oral afecta física y psicológicamente a las persona en cómo crecen, disfrutan la vida, hablan, comen, saborean, se relacionan o nos atraen(106). Se ha postulado que el factor oral predominantemente que influye en la calidad de vida general del sujeto adulto mayor es la habilidad masticatoria por sus implicaciones nutritivas y/o gastrolesivas (107).

La calidad de vida es un fenómeno tan dinámico que no sólo varía entre sujetos sino que varía dentro de un mismo sujeto únicamente al cambiar sus expectativas vitales, sus circunstancias, su optimismo o su autoestima. La calidad de vida oral puede variar únicamente por adaptación y compensación orgánica con el paso del tiempo (108). A su vez puede producir mejoras y deterioros simultáneos en la calidad de vida oral por ser de naturaleza multidimensional, por ejemplo al perder piezas dentales aumenta la dificultad masticatoria, pero se alivia el dolor – disconfort que generaban las piezas dentales extraídas.

1.2.3.3 Impacto de Salud Bucodental Sobre la Calidad de Vida del Adulto Mayor

Se considera que los factores sociodemográficos y los factores clínicos representan las variables más importantes para explicar las percepciones de los pacientes respecto a su salud oral (109). La edad, sexo, clase social y nivel educacional mediatizarán los efectos de los factores clínicos en la percepción de los individuos. También existen variables conductuales de variables sociodemográficos como son los hábitos higiénicos, periodo de revisiones odontológicas, motivos de consulta, dieta odontosaludable entre otras que pueden influir en la percepción de la salud oral (110).

Todos los estudios de calidad de vida oral encuentran asociación significativa aunque poco potente entre diferentes variables clínicas y el bienestar oral lo que apunta a que la influencia latente de otros factores pueda ser la más determinante. (111). Entre estos factores el perfil sociodemográfico del sujeto puede ostentar gran potencial determinante.

Los siguientes estudios servirán para analizar la influencia sociodemográfica (edad, género, raza, nivel socioeconómico y educacional) y factores clínicos encontrados: Los primeros estudios de calidad de vida oral estaban dirigidos a población anciana pues se presumía que este subgrupo poblacional sería el más discapacitado oralmente ya que la patología oral es de carácter progresivo y acumulativo cuya resolución terapéutica en muchos casos es mutilante.

Cushing et al (112) utilizando el cuestionario “Social Impacts of Dental Disease” encuentran que a mayor edad la frecuencia de problemas masticatorios y estéticos también aumenta y fundamenta este hallazgo a la pérdida dentaria acumulada. El estudio de Tubert-Jeannin et al realizado en el 2003 (113) utiliza el “General Oral Health Assessment Index” (GOHAI) sobre población francesa y declara la tendencia creciente del nivel de impacto oral con la edad. Locker y Grushka en 1987,(114)

observaron que las personas ancianas tenían más probabilidad de reconocer que sufren impactos en su comportamiento que los jóvenes.

Por el contrario, autores como Neumann et al (1989) (97) afirman que existe una correlación positiva entre la edad y la percepción de bienestar: a mayor edad mejor se percibe la salud oral, en consonancia con lo propuesto por Reisine y Bailit (103). Estos estudios no contradicen los hallazgos de los anteriores sino que son complementarios porque en ellos se valora la salud autopercebida y la satisfacción oral mediante escala Likert que no tiene necesariamente que estar justificado únicamente por la presencia de impactos orales, ya que uno puede no tener problemas con su boca y estar insatisfecho o considerar pobre su salud oral y viceversa.

Existe cierto desacuerdo en la literatura científica respecto a la influencia del sexo en el bienestar oral. Una revisión publicada en el año 2002 (115) afirma que independientemente de las diferencias clínicas y conductuales existentes entre ambos géneros, las mujeres perciben mayor nivel de impacto oral y refieren más frecuentemente dolor e insatisfacción estética en su boca. Es destacable también que las mujeres dan más importancia a la salud oral que los varones.

Según algunos autores como Gooch y Dolan (116) publicaron que los sujetos de raza blanca refieren menos impactos orales que los de raza negra. Igualmente la proporción de sujetos de raza blanca que autoevaluaron positivamente la apariencia.

Nikias et al (117) afirmaron que la pérdida dentaria, el estado periodontal y el nivel de higiene oral están más fuertemente correlacionados con el nivel educacional que con el nivel socioeconómico, mientras que el nivel de caries está más fuertemente correlacionado con el nivel económico que con el nivel educacional.

Algunos autores (118) observaron que las personas con menor nivel de ingresos y/o menor nivel educacional referían más impactos orales.

Estudios realizados en Australia y Estados Unidos sobre el impacto de las condiciones bucales en adultos mayores han reportado que las enfermedades bucales muestran disfunción, falta de bienestar y discapacidad con predominante interés clínico, así como el impacto al dolor, dificultad al comer y aislamiento (119) demandante.

Investigaciones realizadas por De la Fuente Fernández y Fuentes Pérez (120) en la ciudad de México, aportan evidencia referente a la salud bucodental y su asociación con la calidad de vida en la población de adultos mayores. En ambas investigaciones se expone que el estado bucodental repercute en las actividades cotidianas e influye directamente en su calidad de vida. Ello genera consecuencias mayores al comer, disfrutar alimentos, pronunciar de forma correcta e interactuar en sociedad.

Los datos obtenidos por Sandra Pinzón y Victoria Zunzunegui (1999), de la escuela andaluza de Salud Pública, también concuerdan en que los sujetos quienes tenían caries dentales, presentaban puntuaciones más bajas en sus índices de calidad de vida oral, de la misma manera como destacan los valores del GOHAI en quienes presentaban necesidad de prótesis dental (121).

Wong y MacMillan (2005), realizaron un estudio con un grupo de 233 ancianos asistentes a un centro social, con una edad de entre 60 y 80 años. Utilizando la versión china del GOHAI, realizó la valoración de calidad de vida oral, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de prótesis extraíble en boca (122).

Los resultados del estudio en China, indicaron un resultado del GOHAI de 53 puntos para aquellos pacientes desdentados y de 49,1, puntos para los portadores

de dentaduras parciales. Sus resultados concluyeron que la pérdida de dientes y el uso de la prótesis, no tiene gran impacto en la calidad de vida, sin embargo, los casos donde se utilizan prótesis dentales parciales experimentaron un impacto negativo en los niveles de calidad de vida oral, quizá debido a una menor satisfacción con la dentadura y a la presencia de dientes con problemas de soporte avanzados.

Como conclusión a este capítulo se trae un artículo realizado en la ciudad de Cartagena (123) que confirma la influencia de la salud bucodental en la calidad de vida de los adultos mayores. Las dimensiones registradas con mayor impacto son malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, lo cual indica implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas, por lo que las personas con estas características acuden a centros a solicitar servicio odontológico, por presentar problemas en su capacidad fisiológica bucodental, que además les impide mantener la comunicación social adecuada. Se recomienda entonces que estas necesidades sean evaluadas antes que afecten su calidad de vida, sin embargo, debido a la creciente demanda de atención de este grupo poblacional en el país, se genera un importante problema de salud pública que debe ser abordado.

1.2.4 Política y legislación sobre envejecimiento y vejez en el mundo y en Colombia.

Después de puntualizar estos datos y frente a todas estas evidencias del fenómeno de la transición demográfica se hace evidente la necesidad de crear políticas públicas claras de aplicación en todo el ciclo vital y que todos los países se preparen desde ahora para poder enfrentar el fenómeno que hay que atacar desde acciones interdisciplinarias y acciones transdisciplinarias. En esta medida y con el objeto que las políticas públicas encuentren un asidero, se abordarán a continuación los asuntos de políticas y legislación que sobre el fenómeno de

envejecimiento se han dado cronológicamente en el mundo y como se ha adherido Colombia a los mismos.

1.2.4.1 Evolución de Políticas de Envejecimiento desde los Organismos Internacionales

La Asamblea General de las Naciones Unidas convocó la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en 1982 que produjo el “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”, basado en 62 puntos; este plan insta a la acción específica en asuntos tales como la salud y la nutrición, la protección de los consumidores de edad, la vivienda y el medio ambiente, la familia, el bienestar social la seguridad de ingreso y el empleo, la educación y la recopilación y análisis de datos derivados de investigaciones (124).

Más adelante, en 1991 la Asamblea General adoptó los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, en el que enumeraban 18 derechos de las personas de edad relacionados con la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad (125). Un año después, se celebró la Conferencia Internacional sobre Envejecimiento para seguir aplicando el Plan de Acción, aprobándose la Proclamación sobre el Envejecimiento y siguiendo la recomendación de la conferencia, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó en 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad y los debates en este año giraron sobre estas cuatro dimensiones: el desarrollo individual durante toda la vida, las relaciones multigeneracionales, la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo y la situación de las personas de edad.

En 1999 la OMS acuñó el término de Envejecimiento Activo y lo definió “como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”(126); concepto que también fue adoptado por la Segunda Asamblea

Mundial del Envejecimiento, celebrada en 2002 en Madrid, España. Este término hace referencia a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad aunque en sus inicios, algunas definiciones le dieron mayor énfasis al aspecto laboral definiéndola como la capacidad de las personas de llevar vidas productivas en la sociedad y en la economía a medida que se envejece (127).

En el plano operativo, dicho concepto se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos, considerando cambios inherentes a la edad, riesgos ambientales y psicosociales, así como las medidas preventivas que pueden aplicar. La “acción” en materia de envejecimiento continuó en 2002, con la celebración en Madrid de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (128). Con el objetivo de diseñar una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. El Plan de Acción pedía cambios en las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles para favorecer el enorme potencial del envejecimiento en el siglo XXI. Sus recomendaciones concretas para la acción dan prioridad a las personas de edad y al desarrollo, promoviendo la salud y el bienestar para la vejez, y velando por entornos propicios y de apoyo.

El Plan de Acción revisado establece como principales recomendaciones para la adopción de políticas por parte de los Estados, considerar dentro del desarrollo de un mundo que envejece la participación activa de los adultos mayores en la sociedad y en el desarrollo; la generación de oportunidades de trabajo para la fuerza laboral de los mayores que quieran trabajar; el mejoramiento de las condiciones de vida de los que vive a nivel rural, mitigar las condiciones de los que están aislados o marginados; la generación de espacios de conocimiento, educación y capacitación en forma permanente a lo largo del ciclo de vida; el fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional a través de la igualdad y

reciprocidad entre generaciones; la reducción de la pobreza de los mayores; la promoción de programas para garantizar ingresos suficientes así como la protección social y la prevención de la pobreza y, en el caso de situaciones de emergencia, desastres naturales y de conflicto, dar acceso equitativo a los mayores a alimentación, abrigo y atención médica y contribuir a estimular las contribuciones de éstas al restablecimiento y reconstrucción de comunidades y restauración de la malla social después de las emergencias.

Para facilitar el acceso a la salud y bienestar a las personas mayores las recomendaciones se centran en la promoción de la salud y bienestar a través del ciclo vital; el acceso universal y equitativo a los servicios de salud; la implementación de programas de evaluación de impacto y de información adecuada a las personas mayores con HIV/SIDA y los cuidadores; el suministro adecuado de información y capacitación a los profesionales de la salud; el desarrollo de servicios de cuidado en salud mental adecuados y el mantenimiento máximo de la capacidad funcional a lo largo del ciclo vital de los mayores con discapacidad.

Igualmente, se plantean recomendaciones para asegurar ambientes apoyadores, en otras palabras, se refiere a la promoción del “envejecimiento en el lugar” en la comunidad; al mejoramiento de la vivienda y diseño ambiental para estimular que vivan en forma independiente; a la accesibilidad de las personas mayores a un transporte adecuado y acorde a sus medios; al suministro de cuidados continuos para los mayores; a la eliminación de todas formas de abuso y/o violencia contra ellas y la creación de servicios de apoyo y, al estímulo del reconocimiento público de la autoridad, sabiduría y productividad de las personas mayores.

A partir de estas recomendaciones a nivel mundial, se desarrolla en noviembre del 2003, una reunión de carácter regional en Santiago de Chile, para analizar la implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional

de Madrid sobre el Envejecimiento (129). En este encuentro se plantean metas, objetivos y recomendaciones para la acción en favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias que son: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable.

Para el logro de estas metas se establece una meta general: “Se alienta a cada país de la región a impulsar las acciones necesarias para lograr la plena ejecución de esta Estrategia y establecer los mecanismos para su aplicación, seguimiento, evaluación y revisión, de acuerdo a sus propias realidades”.

Los países participantes en la Conferencia se comprometieron a: Definir, dentro de un plazo de seis meses después de finalizada la presente conferencia, para cada uno de los objetivos de la estrategia, las metas específicas para lograr, de acuerdo con sus propias realidades, así como los mecanismos para realizar el seguimiento de las políticas y programas que apliquen. Los avances logrados en tal sentido se presentarían en la reunión del comité especial sobre Población y Desarrollo, que se llevaría a cabo en el marco de la sesiones de la CEPAL en Puerto Rico, en mayo de 2004.

En noviembre de 2004 se realizó en San Salvador el II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores (130), del mismo se realizó un informe de la Reunión de expertos sobre Envejecimiento, que planteó los siguientes desafíos: el fortalecimiento de la capacidad institucional dirigida a personas mayores, de manera de contar con los profesionales, los mecanismos y los recursos para cumplir eficazmente con las recomendaciones emanadas de la reunión, el establecimiento de consensos a nivel nacional para abordar el envejecimiento poblacional como un asunto de política relevante para el desarrollo del país y la utilización de los mecanismos necesarios para fortalecer el tratamiento del tema en el ámbito nacional. Entre estos últimos destacan la

formación de recursos humanos, la cooperación técnica entre países, el desarrollo de adecuadas estrategias de promoción y la creación de condiciones para el efectivo ejercicio de los derechos y deberes en la edad avanzada.

En el 2005 en Buenos Aires, Argentina se ejecutó la Reunión de Expertos y de Gobiernos sobre Envejecimiento en países de América del Sur (131), en la que los representantes de los gobiernos, identificaron las siguientes preocupaciones entre otras: fortalecer la voluntad política de los gobiernos en relación al tema, fortalecer las áreas de gobierno dedicadas a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, disminuir la brecha entre la legislación vigente y su implementación y asegurar la participación y representación de los adultos mayores en el espacio de toma de decisiones.

Hacia julio del 2007 formulan la Guía Metodológica para la Evaluación Participativa de Políticas y Programas, en el marco de la estrategia Regional sobre el Envejecimiento (132), esta guía fue elaborada por CELADE en cumplimiento de una solicitud de la CEPAL, para que fuera ampliamente utilizada en el seguimiento y la evaluación de las acciones dirigidas a la población adulta mayor. La intención de la publicación es convertirse en una fuente de ideas y de ejemplos prácticos que pueden ser utilizados en los países de la región para conducir al proceso de evaluación participativa de sus intervenciones en envejecimiento.

Básicamente lo que se pretende evaluar son los mecanismos de implementación de la estrategia regional y se refiere a los dispositivos que los países ponen en práctica para cumplir con las recomendaciones acordadas en la primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento. Aluden específicamente a cuatro ámbitos de acción pública: La normatividad, la institucionalidad, la política y los programas.

En diciembre de 2007, en el marco de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, promulgan la Declaración de Brasilia (133), que promovía una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Fue organizada por la CEPAL, el gobierno del Brasil y contó con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. En la declaración surgen una serie de propuestas, resoluciones y recomendaciones encaminadas básicamente a sumarse al compromiso de una visión compartida de la igualdad y el ejercicio de los derechos en la vejez.

En el marco de esta declaración se reafirmó el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad. Se propuso la realización de intervenciones en la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad con discapacidad, se reafirmó el compromiso de incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros que logren un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica, se propuso además la realización de estudios e investigaciones que faciliten la adopción de decisiones informadas en el tema y la elaboración de perfiles demográficos y socioeconómicos de las personas de edad, y además se propuso también la creación de marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra personas de edad.

Además instan a los centros académicos, a las sociedades científicas y a las redes de cooperación en población, envejecimiento y desarrollo, a realizar

estudios detallados, diversificados y especializados sobre el tema, así como a organizar reuniones de trabajo e intercambio para fortalecer la agenda de investigación y capacitación en materia de envejecimiento, y crear y apoyar centros de estudios, investigación y formación de recursos humanos en este ámbito.

Durante los años 2008 al 2012 se le hizo seguimiento a los avances en los contenidos propuestos de la Declaración de Brasilia en el marco de tres reuniones realizadas una en Rio de Janeiro, la otra en Buenos Aires y la tercera en Santiago de Chile, luego en mayo de 2012 se lanzó la Declaración de Tres Ríos en San José de Costa Rica en el marco de la III Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina (134). En dicha declaración resaltan los siguientes aspectos negativos: Los derechos de las personas adultas mayores siguen siendo vulnerados, El enfoque de políticas públicas y programas dirigidos a las personas adultas mayores, no ha ido acompañado del desarrollo de una visión de vejez que dé cuenta de la diversidad de formas de envejecer, Las políticas de vejez carecen de prioridad y de presupuestos estatales y sostenidos, Un alto porcentaje de la población carece de acceso al trabajo formal, digno y en consecuencia queda excluida de la seguridad social, La pobreza reafirma la desigualdad e inequidad para todas las edades.

Además los grupos de población adulta mayor desplazada, refugiada, migrante continúan en condición de vulnerabilidad, Los servicios de salud pública no toman en consideración las necesidades de los adultos mayores, La institucionalización en establecimientos de larga estadía sin consentimiento informado de las personas adultas mayores y sin estándares de calidad de los servicios constituye una violación de los derechos humanos con estos y otros argumentos más se firmaron unos compromisos para exigir y vigilar el respeto a los derechos humanos y el reconocimiento del rol de las personas Adultas Mayores como actores sociales como también desarrollar acciones y asumir nuevos compromisos para

promover y educar en el respeto, en el ejercicio pleno y la defensa integral de los derechos de las personas Adultas Mayores.

En diciembre del 2013 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, a través de su Secretario General, rinde un informe acerca del seguimiento hecho a la Ulterior aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002. De este informe se resaltarán los obstáculos o impedimentos que se han tenido para la aplicación del Plan de Acción y luego se esbozarán las nuevas ideas y enfoques que se están proponiendo.

Los aspectos que se evaluaron como base para el informe fueron: la Dirección y la eficacia de la aplicación del Plan, la pobreza, protección social y trabajo, los problemas en la prestación de atención sanitaria, el maltrato y la violencia, la discriminación por motivos de edad. Dentro de los obstáculos más relevantes se resaltan: Falta de recursos financieros y humanos para financiar y poner en marcha políticas y programas para las personas de edad, escasa participación o representación ante los gobiernos de adultos mayores para poder influir en las políticas que beneficien al sector, el envejecimiento no se incorporado a los programas de desarrollo a nivel nacional ni mundial, diferentes percepciones nacionales y regionales que llevan a enfoques normativos diferentes y por último en algunos países se aplica un enfoque basado en derechos en la formulación de las políticas mientras que otros predomina un enfoque religiosos, filosófico o cultural.

Las nuevas ideas y enfoques que se proponen buscan entre otras cosas: buscar el apoyo de organizaciones dirigidas por adultos mayores o que se ocupan de desarrollo de personas de edad para que aporten pruebas sobre los efectos de las actitudes discriminatorias, a los que formulan las políticas dejar a un lado el pensamiento de la asistencia médica y social y la visión idiosincrásica sobre el envejecimiento y promover más la perspectiva de derecho humano, la sociedad

civil debe ampliar el ámbito de acción al plano nacional, regional e internacional, incluir en programas de desarrollo básico y que no sigan siendo un aspecto marginal.

El primero de octubre de 2014 se lanzó el Índice Global de Envejecimiento por HelpAge (135), el informe califica a 96 países según el bienestar económico y social de las personas adultas mayores. El índice representa al 91% de la población mayor de 60 años del planeta es decir 9 de cada 10 personas mayores y mide el bienestar de los mayores centrado en cuatro áreas claves: seguridad en los ingresos, estado de salud, competencias (empleo y educación) y entornos favorables.

Entre los resultados se puede resaltar por ejemplo que España se encuentra en el número 21 en el Índice, por debajo de países de su entorno como Reino Unido número 11, Francia número 16, o Alemania número 5; los datos en España muestran que las personas mayores viven razonablemente bien, con una alta esperanza de vida y que aunque queda mucho por hacer para que vivan una vida digna, segura y saludable.

Noruega está en el número 1 liderando el índice el año 2014 y desbancó a Suecia que en 2013 estuvo en el primer lugar. El último puesto lo ocupa Afganistán número 96, y lo acompañan en los últimos lugares países como Mozambique y Malawi. El índice indica que el crecimiento económico por sí mismo no mejorará el bienestar de las personas mayores y que se necesitan políticas específicas sobre envejecimiento.

Varios países de América Latina como Chile, Uruguay, Panamá, Costa Rica, México y Argentina ocupan buenas posiciones en el índice, especialmente por la seguridad de ingresos generada por las pensiones. Colombia está en el puesto

número 52 y la falla más latente por mejorar, gira alrededor del Estado de Salud de los adultos mayores.

El índice destaca la falta de datos suficientes en países o áreas relevantes, para medir el bienestar de las personas mayores y esta misma situación es una limitante para que los gobiernos puedan planificar de manera oportuna y efectiva políticas que disminuyan la desigualdad que pesa sobre la población adulta mayor.

1.2.4.2 Envejecimiento y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

En este punto cabe el interrogante ¿Está presente el envejecimiento en los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM? Como lo expresa la Fundación colombiana Centro de Psicología Gerontológica CEPsIGER (136), de manera explícita en envejecimiento no se incluye en ninguno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque necesariamente ha de estar incluido dado que dichos objetivos se refieren, en su totalidad, a la vida humana, la cual es envejecimiento de principio a fin.

Erradicar la pobreza, el hambre, así como acabar con diversas enfermedades, son cuestiones que tiene que ver con el vivir- envejecer de todas las personas. En un sentido similar, mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil se relacionan con el comienzo mismo del vivir - envejecer, clave para la calidad de vida durante la totalidad del transcurso vital. Así mismo, promover la igualdad de géneros y la autonomía de la mujer es cuestión necesaria de tener en cuenta en la educación y en la práctica cotidiana, desde que comienza la vida, hasta que termina, porque el género y el envejecimiento atraviesan la totalidad de la vida, lo cual resulta fundamental de tener presente en la formulación de políticas y planes de acción de toda sociedad, en los cuales deberían incluirse envejecimiento y género como ejes transversales.

El acceso a la enseñanza primaria universal está ligado a la urgente necesidad de una educación permanente, incluyente y de calidad para todas las personas, desde temprano en la vida y a lo largo de la misma, considerando además que somos personas cambiantes en contextos cada vez más rápidamente cambiantes. A tenerlo presente en la práctica y evitar analfabetismos funcionales y contextuales, se orienta la educación permanente o “educación vitalicia” como la denominara el escritor mexicano Carlos Fuentes. Al respecto afirma que las responsabilidades de la educación abarcan los dos extremos: primero la educación básica de los niños; segundo, la educación vitalicia de los adultos.

En coherencia con el cuidado permanente de la vida, está la sostenibilidad del ambiente. Cuidar la tierra o el planeta que habitamos, es condición indispensable para seguir viviendo. Finalmente, la cooperación para el desarrollo pretende la unión de esfuerzos y solidaridades para hacer posible un vivir - envejecer con calidad de vida en todas las latitudes y a través de todas las generaciones.

La ONU realiza en la actualidad una serie de consultas con el fin de formular los objetivos del desarrollo más allá del 2015, año en el termina el plazo para el cumplimiento de las metas establecidas en la Cumbre del Milenio del año 2000. Teniendo en cuenta que el envejecimiento poblacional es un tema crucial para la humanidad en el presente siglo, y dado que fue omitido en la Declaración del año 2000, es necesario promover la inclusión en el nuevo documento como una de las prioridades del desarrollo en todos los países del mundo.

1.2.4.3 Políticas Estatales y acciones de la Sociedad Civil para el Adulto Mayor en Colombia

Con más de 40 millones de habitantes, Colombia vive actualmente una rápida transformación demográfica al igual que el resto del mundo, el fenómeno de la transición demográfica donde la estructura por edades de la población cambia, aumentando el peso de los grupos de mayor edad. El acelerado crecimiento de su

población a mediados del siglo XX se convierte hoy en un escenario caracterizado por un rápido incremento de la población mayor de 60 años, la cual ha pasado de 600.000 personas en 1950 a tres millones en el 2001 y será de 15 y medio millones en año 2050. Estos cambios tienen incidencia en la organización social, en los valores y normas de comportamiento individual de la familia, tiene implicaciones en el campo socioeconómico y en los sistemas de educación, salud y seguridad social entre otras cosas.

Asumiendo el envejecimiento como proceso que se inicia en la concepción y termina con la muerte y la vejez como un estadio de dicho proceso, las acciones predominantes en la segunda mitad del siglo XX en Colombia, se centraron en la vejez más que en el envejecimiento (33). A partir de la década de los 90 se perciben avances en considerar las perspectivas de la vida entera o ciclo vital; lo que se refleja en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES de 1995, el cual destaca la importancia de una cultura de envejecimiento.

En referencia a las políticas estatales y las acciones de la sociedad civil, antes de la expedición de la Constitución de 1991, el concepto y marco legal que prevaleció respecto a la responsabilidad del Estado con relación a los adultos mayores y en especial los indigentes fue que ella era de carácter asistencial, a discreción de los gobernantes y condicionada a la existencia de recursos del presupuesto que se pudieran aplicar a tal fin. La obligación formal e institucional de la protección del adulto mayor estaba limitada a la responsabilidad de la familia por la manutención. Con anterioridad no existía una normativa que desarrollara un sistema para la financiación y aplicación de los recursos con los que se proveería esta asistencia por parte del Estado, no existían estadísticas como tampoco estudios específicos y la prestación de los servicios necesarios se limitaba al nivel municipal en lugares denominados ancianatos.

Luego de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de 1982, las acciones del Estado y la sociedad civil para mejorar las condiciones de vida a los adultos mayores y a todas las personas en la perspectiva de envejecimiento, tuvieron un especial desarrollo en la década de los noventas.

En el final de los sesentas y los años setentas, la responsabilidad institucional, entre otras de la protección al adulto mayor en extrema pobreza hasta antes de la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, era de la familia. Después, con la creación de este en 1968, se le asignó funciones de promoción y estabilidad de bienestar de las familias colombianas. Los adultos mayores fueron incluyéndose como extensión de los programas institucionales.

Durante esta época se fundó la Confederación de Pensionados de Colombia con el objeto de organizar a los mayores con estatus de pensionado y surgieron asociaciones mutuarías como resultado de la necesidad de agruparse para obtener solidaridad y protección en la vejez y contra la enfermedad.

Con la Ley 29 de 1975 (137) se otorga facultades especiales al Gobierno para apropiar partidas con destino a la financiación de servicios básicos de subsistencia a los adultos mayores sin recursos, tales como alimentación, vestuario, albergue, atención médica hospitalaria completa. Se crea el Consejo Nacional de Protección al Anciano y el Fondo Nacional de Protección al Anciano, y se encarga al Estado de la construcción y dotación de los locales necesarios para prestar estos servicios. A su vez se promulgó el estatuto de pensionado con las leyes 12 de 1975 y la 4 de 1976 (138, 139).

En la década de los años ochenta la crisis financiera no permitió destinar grandes cantidades de recursos para la atención a las personas de edad. Las principales acciones se encaminaron a ajustar el sistema pensional y a ampliar la cobertura de la seguridad social.

Las Cajas de Compensación de Subsidio Familiar iniciaron acciones orientadas a las actividades culturales, folclóricas y recreativas de las generaciones de mayores; otras impulsaron la atención integral; otras crearon bancos de expertos, es decir Adultos Mayores que prestan servicios en diferentes áreas; y apoyo a microempresarios mayores.

Durante esta época se cambió la figura de Defensores de Menores por Defensores de Familia señalado en el Decreto 2737 de 1988 (140), correspondiente al código del menor, esto con el objeto de extender protección al adulto mayor.

Por la reforma tributaria de la Ley 55 de 1985 (141) la responsabilidad específica de la atención de los adultos mayores recae en el ICBF y posteriormente en 1990 se crea el IVA social, esta entidad transfiere los recursos a la Red de Solidaridad Social.

En los años noventa el tema de envejecimiento y vejez empezó a tener mayor relevancia en la política pública. Durante esta época se establecieron de manera más permanente dependencias relacionadas con el tema, como la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia, la cual se ocupó de lo relacionado con la vejez.

Se creó la Defensoría del Pueblo y dentro de la misma una delegada para la Niñez, la Mujer y la Vejez. Se realizaron acciones de formación y actualización en gerontología en varios departamentos del país por iniciativa de la Presidencia de la República, junto con la Defensoría y el Centro de Psicología Gerontológica-CEPSIGER. Fue el momento de la organización de los Cabildos de Mayores en algunos departamentos del país para estimular la participación política de los adultos mayores.

Con la Ley 10 de 1990 se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se introduce el concepto de atención en salud como servicio público de carácter universal a cargo del estado (142).

La constitución política de 1991, estableció que el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, al tiempo que le señala al Estado que debe garantizar los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (143).

La carta política consagra dos tipos de derechos en relación con las personas mayores: “el derecho al reconocimiento de sus diferencias y, por lo tanto, a una protección especial, y a un conjunto de derechos de carácter distributivo asociados con el Estado Social de Derecho, en el sentido de derechos económicos, sociales y culturales.

El Consejo Nacional de Política Social y Económica (CONPES 2772 de 1994 y CONPES 2793 de 1995) le asigna a la Red de Solidaridad Social, entre otras funciones el desarrollo de un Programa específico dirigido a apoyar el mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos mayores.

A partir de esta época Colombia empezó a formar parte de la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (RIICOTEC) y la Red Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores (RIIAM) redes que mediante la cooperación y el intercambio de experiencias entre países con la participación de organismos regionales y multilaterales, apoyan el desarrollo de políticas integrales y la ejecución de proyectos para beneficio de los adultos mayores.

La reglamentación del mandato constitucional desembocó en la expedición de la Ley 100 de 1993 (144) que ha constituido uno de los pasos en la conformación de

un Sistema de Seguridad Social Integral en el país, para favorecer en especial la atención en salud de las personas de edad y asegura el ingreso de una parte de la población de una pensión para la vejez a las generaciones más jóvenes que avanzan en su proceso de envejecimiento.

Con esta ley, se abandona la idea del seguro selectivo para los trabajadores y la seguridad social adquiere una concepción más universal al proveer un mínimo de protección a las personas independientemente de que contribuyan o no al sistema. En forma simultánea, en junio de 1995 se somete a consideración al Consejo Nacional de Política Económica, los lineamientos de política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana y en especial a las personas mayores. Con el desarrollo de esta política se buscó compartir dicha responsabilidad entre organizaciones gubernamentales de todo orden, las no gubernamentales y la sociedad civil. El CONPES 2793 de 1995 se constituyó en un gran avance ya que planteo los lineamientos de política relativos al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, sin embargo, no logró articular los distintos actores sociales en un plan de acción que pusiera en práctica los lineamientos propuestos y adecuara normativa e institucionalmente al país.

En el 2002, después de 20 años de que se aprobara el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de Viena, se llevó a cabo la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento con el objeto de realizar un examen general de los resultados de la Asamblea de 1982 y aprobar un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en el contexto de una sociedad para todas las edades.

Los retos para Colombia fueron y aún subsisten, en que las Políticas Públicas del futuro deben dirigirse a la población en general y a grupos etarios específicos, buscando evitar los riesgos más preponderantes en las diversas etapas de la vida, estas deben ser de tipo preventivo que respondan a las demandas de las necesidades básicas de una población en procesos de envejecimiento.

Las acciones macroeconómicas deberán asegurar niveles de empleo e ingreso para acceder a los mercados de bienes y servicios; se deberán incluir las de carácter social, que brinden los mecanismos y recursos para proteger los grupos excluidos tanto del ámbito mercantil como del orden predominante a nivel social, político y cultural. El plan de acción debe ser holístico de tal forma que se piense en el ser humano como un individuo integral desde su condición de niño, joven, adulto o de persona mayor.

La subvaloración social de la población mayor y la falta de espacios y alternativas para su despliegue pleno hacen necesaria la incorporación de medidas y alternativas de atención y de transformaciones culturales que lo revaloricen. En este sentido hay que reconocer las nuevas y futuras condiciones de la población mayor en términos económicos, sociales y culturales; para proponer y generar alternativas en el mejoramiento de las condiciones de vida.

El fenómeno de transición demográfica tendrá una serie de efectos socioeconómicos importantes como son, entre otros, la necesidad de incrementar el gasto en la salud, equipamientos e infraestructura médica, así como la producción de vivienda y de la oferta de servicios que mejoren las condiciones de vida.

Construir una sociedad con mayores oportunidades de acceso a educación de calidad, a salud, a más y mejores servicios básicos permitirá una mejor inserción a los mercados de trabajo y la posibilidad de que ciudadanos puedan ser artífices de su futuro.

Al hacer este ejercicio de análisis sobre envejecimiento y la vejez en el país y considerando las recomendaciones del Plan de Acción Revisado, Colombia se plantea retos en diferentes ámbitos: Una Política Integral, Reformas en la Seguridad Social, Promoción de la Participación Social y Cooperación, mejorar las

condiciones de ingresos y empleo, fomentar los vínculos intergeneracionales e interpersonales, fortalecer la investigación y mejorar las condiciones de infraestructura y vivienda.

1.2.4.4 Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019

La Ley Nacional del Plan de Desarrollo 2006 -2010 aprobado por la Ley 1151 de julio de 2007, determina que el Ministerio de la Protección Social, debe llevar a cabo el proceso de definición y desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (145).

En el diseño de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se recogen todos los insumos presentados en las relatorías de las mesas de trabajo que se han realizado de 2003 a 2006 donde participó la academia, la sociedad civil organizada, instituciones prestadoras de servicios sociales y de salud para las personas mayores, ministerios, institutos descentralizados, profesionales independientes, investigadores y estudiosos, además las recomendaciones de las diferentes Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), la revisión de la bibliografía relacionada con las políticas dirigidas a las personas mayores en el mundo y en América, las iniciativas normativas desarrolladas en el país, así como el interés fundamental del Estado Colombiano de atender integralmente las necesidades de las personas mayores y del proceso de envejecimiento (146).

Colombia tuvo una activa participación en todo el proceso de negociación del Plan de Acción de Madrid, razón por la cual, este es un compromiso que para el país no admite dudas. Se ratifica también el interés expresado durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento al suscribir la Estrategia Regional sobre Envejecimiento, aprobada por la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en Santiago de Chile, en noviembre de 2003. En estos escenarios el país se comprometió a construir en forma colectiva, con la

participación de los sectores público y privado, una política de largo plazo en materia de envejecimiento, basada en un diagnóstico que tuviese en cuenta los resultados de las investigaciones específicas que permitieran darle, como principal característica, una condición holística ajustada a las necesidades del país.

La Universidad Javeriana, a solicitud del Ministerio de la Protección Social, y a través de un contrato, realizó una revisión exhaustiva del tema y presentó en junio de 2006 el documento “Envejecer en Colombia, Aportes para una política en Vejez y Envejecimiento”, en el que se identificaron algunos escenarios de Política. A finales del mismo año, la Fundación Saldarriaga Concha, a solicitud del Ministerio de la Protección Social, se vincula directamente a este proceso, y a través de la contratación de dos consultoras, hace una revisión de todos los documentos “memoria” de las mesas de trabajo y de las diferentes reuniones realizadas sobre el tema, actualiza el diagnóstico, establece el marco nacional y las diferencias regionales sobre la situación de personas mayores en Colombia y plantea los aspectos estructurales de la política.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se enmarca en cuatro aspectos conceptuales de gran trascendencia en los compromisos del Estado: El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez está dirigida a toda la población residente en Colombia y en especial, a los mayores de 60 años. Con énfasis en aquellos en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género. Teniendo presente el lineamiento por ciclo de vida. Es una Política Pública, de Estado, concretada, que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019.

La política reconoce entre otras cosas la heterogeneidad del país, a la familia como unidad básica de la sociedad, la necesidad de promover las garantías, realización, restitución y la protección de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos, la necesidad de crear entornos económico, político, social, cultural, espiritual y jurídico favorables para mejorar las condiciones de vida garantizando un envejecimiento activo, la política debe extenderse a estrategias sobre todo el ciclo vital debe trascender la visión del envejecimiento como problema, reconoce las limitaciones del Sistema Integral de Información del país para evidenciar la situación de envejecimiento, la necesidad de poner en la agenda pública la vejez y el envejecimiento como temas prioritarios para la gestión pública y la Atención Primaria en Salud como una estrategia pertinente, altamente eficiente y eficaz. Los retos de la política apuntan al envejecimiento demográfico; envejecimiento femenino; la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la calidad de vida de las personas mayores, superar las condiciones de exclusión social; el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento y la vejez; erradicación del hambre y de la pobreza extrema en la población de persona mayor en condiciones de vulnerabilidad.

Posterior a la entrada en vigencia de la política de envejecimiento y vejez el gobierno nacional lanzó el decreto 3039 de 2007 (147) en el marco de la política Nacional de Salud Pública en el cual se propone enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.

En el 2007 lanzó la ley 1171 (148) la cual ampliaba los beneficios para las personas de 62 años, como descuentos en espectáculos, descuentos en instituciones educativas, en transporte público, en turismo y la ventanilla preferencial.

En el 2008 la ley 1251 (149) propuso la protección, promoción y la defensa de los mayores. Los objetivos de esta ley son: -Proteger los derechos humanos de las personas mayores y crear condiciones que promuevan y garanticen su seguridad económica, satisfacción de las necesidades fundamentales y mejoren la calidad de vida. – Garantizar condiciones de Protección Social Integral para la población adulta mayor. –Promover un envejecimiento activo que garantice condiciones de autonomía, integración y participación efectiva de la población en todo su ciclo de vida. – Movilizar y articular las acciones intersectoriales en torno a la Protección Social Integral de las personas mayores y a la garantía de una vida digna. – Promover un país más incluyente, solidario y equitativo para las personas mayores en extrema pobreza y alta vulnerabilidad social.

En enero de 2009 con la ley 1276 (150) se modifica la ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida. Esta ley ha sido de gran importancia por la asignación de recursos a los Hogares de Protección y a los Centros de Vida.

Con la ley 1315 de julio 13 de 2009 (151) se promulgaron las condiciones mínimas que dignifican la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

En estos momentos con todas las disposiciones normativas y con los cambios en la visión de las personas mayores, ya no se habla de vejez sino de envejecimiento y vejez, no hay un enfoque biologista sino holístico de toda la situación, no se trata de homogenizar sino de reconocer la diferencia ya no se mira al mayor desde la óptica de beneficencia y asistencialismo sino como un sujeto de derechos y deberes que es convocado a la participación ciudadana.

Las políticas y la legislación no puede quedarse en el papel, deben trascender e impactar positivamente a la población envejeciente y a la que ya es mayor de 60 y

más años, debe propiciarse una cultura del envejecimiento que involucre la educación y los medios de comunicación con recurso humano cualificado en su atención y en su investigación. “Una sociedad para todas las edades es una sociedad dedicada a promover el desarrollo” OMS.

1.2.4.5 Lo que se está haciendo por el Adulto Mayor y los Retos de hoy

Dentro de los avances en la gestión de la Política está la Difusión de la Política Nacional e Internacional y la Gestión de proyectos territoriales para su implementación. La continua búsqueda de la intersectorialidad y la interinstitucionalidad y los avances en el proceso de formación del CONPES para su actualización, se ha trabajado en mesas temáticas nacionales en referencia técnica política, cuidadores, organizaciones sociales el comité técnico SABE – Colombia y otras encuestas nacionales.

Se está aplicando una encuesta para la identificación de la situación de las instituciones de promoción y protección social a partir de la aplicación de los estándares de calidad donde todos los establecimientos como Ancianatos, Hogares-Residencia y Centros de vida/día deben acogerse al Sistema de Garantía de la Calidad.

A nivel de los territorios la gestión de la Política Pública promueve proyectos de participación de la Transferencia Nacional donde se busca como objetivo impactar en las inequidades sociales y se propone un 100% con participación social MIPSAM (Metodología Integrada de Participación Social de y para los Adultos Mayores).

Se propone un proceso de Asistencia técnica a través de los Departamentos y los Municipios que le deben hacer seguimiento y evaluación a los proyectos de transferencia nacional, a la aplicación de la política planteada en la Ley 1251 del 2008, vigilar los Recursos de la Estampilla y su utilización en los Centros de

Protección y Promoción Social y además la aplicación de estándares de calidad y planes de mejora.

El Ministerio de Salud ha brindado apoyo a la creación de la Federación Colombiana de Personas Mayores - Red Tiempos, afiliada a la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores FIAPAM y en esta misma línea ha promovido los Encuentros Intergeneracionales de Saberes, la Conformación o Comités de Personas Mayores (PM) y la invitación para participar en los Consejos de Política Social.

A nivel del territorio los avances de la política están mejor definidos en Bogotá, Boyacá, Medellín, Pasto, Huila, Cartagena y Quindío. Está en proceso en el resto del Departamento de Nariño y Caldas y en el resto del país hay 32 proyectos bajo los lineamientos nacionales. Se trabaja también en el Diseño y aplicación de la Directriz de Enfoque Diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas mayores en situación de desplazamiento, con la participación del MPS-ACNUR, Pastorales de la Ancianidad y HelpAge.

En estos momentos el reto es abrir espacios para los nuevos campos del conocimiento como la geriatría, la gerontología involucrando los cuidadores. Con el SENA se apoyó el diseño del Programa de formación para la Atención Integral a Personas Mayores en Domicilio, que se abrió al público a partir de febrero de 2012. Se realizó un inventario de los grupos de investigación que viene trabajando en el tema de envejecimiento y vejez y que están inscritos en Colciencias, los cuales resultaron un total de 50 grupos y de los mismos se creó una base de datos con la revisión del estado del arte sobre envejecimiento y vejez y la identificación de las líneas temáticas de Investigación.

Los derechos se traducen en bienes y servicios y dentro del esquema de servicios complementarios del SSSI, se incluyen los subsidios en dinero a través del

Programa Colombia Mayor, los Beneficios Económicos Periódicos (BEP) y se refuerzan con las acciones de las Cajas de Compensación Familiar – Asocajas que incluye los Programas para el Adulto Mayor.

Las Aseguradoras definen acciones de Promoción y Prevención, aplican guías de atención y busca la articulación con programas de rehabilitación y atención integral. En los centros de protección y promoción social que brindan servicios sociales a las personas mayores deben implementarse estrategias enmarcadas en Estilos de Vida Saludable y se propone también la articulación al Plan Nacional de Recreación.

A pesar de los avances anteriores se debe trabajar mucho más y los retos deben estar enfocados a posicionar en la agenda pública en el más alto nivel el tema del envejecimiento y la vejez en especial en las EPS, que aún no trabajan en este tema; reducir las inequidades sociales en las personas mayores y erradicar la pobreza extrema; promover en los jóvenes y adultos la importancia de la afiliación a los sistemas de salud y pensiones; lograr la efectiva participación de las personas mayores en los procesos que las afectan; fortalecer el Sistema de salud y Protección Social para llegar a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

En referencia al primer reto planteado, dando aplicación a los numerales 4,9, y 10 del artículo 6° y numeral 9 del artículo 7° del Decreto 2462 de 2013 (152), la Superintendencia Nacional de Salud imparte las siguientes instrucciones que deben cumplir las Entidades Administradoras de planes de beneficio EAPB, las instituciones prestadoras de los servicios de salud IPS y las entidades territoriales, para garantizar la protección de los derechos de los usuarios adultos mayores.

Dichas instrucciones se compilan en un número de once que cobran vigencia para su cumplimiento a través de la Circular Externa 000004 de marzo 20 de 2015 y que obliga de manera reglamentaria a brindar una atención especial y oportuna, a

garantizar procesos de atención intersectorial e interdisciplinar, a ofrecer un trato digno y atención preferencial y diseñar programas y proyectos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor entre otras.

Y específicamente en lo que a salud bucodental se refiere, en junio de 2015 se abrió el primer debate al Proyecto de Ley 176 de 2014, donde la Mesa Directiva de la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, rinde informe de ponencia en la cual se establece el derecho fundamental a la salud oral en Colombia y se dictan otras disposiciones.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia de caries y enfermedad periodontal y relacionarla con los factores que determinan salud bucodental asociados a la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Barranquilla.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las características basales de los sujetos participantes en el estudio.

Identificar las estrategias de autocuidado e higiene bucal en los adultos mayores participantes.

Determinar el estado de salud bucal de los adultos mayores participantes.

Identificar la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores sujeto de estudio.

Relacionar las estrategias de autocuidado e higiene bucal, según variables sociodemográficas.

Correlacionar los problemas orofuncionales, representados en la caries y la periodontopatía, con la autopercepción de la calidad de vida y los factores de riesgo en los adultos mayores sujeto de estudio.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudio

El procedimiento metodológico sugerido para esta investigación es un estudio descriptivo de corte transversal. Se hizo una medición simultánea de un evento en salud, en este caso en particular de la salud bucodental (caries, periodontopatías) de los adultos mayores institucionalizados de Barranquilla, de algunos factores de riesgo que se considera que puedan estar asociados con el primero y la auto percepción que los adultos mayores tenían de su calidad de vida relacionada con el estado de salud bucodental.

La medición de esta propuesta, se realizó en el primer y segundo semestre del 2014, por lo que no hay seguimiento y no es posible determinar la antecedencia de la exposición al factor en estudio. Se recurrió a este tipo de estudio por la alta prevalencia de caries y enfermedad gingival como patologías que mas afectan la salud bucodental de toda la población y que en esta en particular se traduce en perdidas de órganos dentales. El estudio permitió calcular la prevalencia de los eventos en salud y evaluar mediante nuevos estudios, su comportamiento en el tiempo.

Como todo estudio de prevalencia, servirá a futuro para evaluar el impacto de las acciones de salud en las poblaciones y la planificación y administración en salud. Por tratarse de una investigación de tipo observacional no hubo mayores requerimientos éticos para la investigación, y así fue determinado en su momento por el Comité de Ética de la Universidad del Norte.

3.2 Población de estudio

La población objeto de este estudio fueron individuos considerados adultos mayores, de la ciudad de Barranquilla. Según lo establecido en la Ley 1276 de

2009 y a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida. Define como adulto mayor: literal b) Adulto Mayor como aquella persona que cuenta con sesenta años de edad o más; a criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen.

Acorde a lo ilustrado en la pirámide poblacional se esperaba que para el 2010 en la ciudad de Barranquilla existiera una población adulta mayor alrededor de 119.479 personas y que para el 2020 se espera una población adulta mayor de 167.602 es decir que a futuro tendremos una disminución de niños y jóvenes y mayor proporción de personas en edad adulta.

La población diana está constituida por la población que en un lugar y tiempo dado comparte las características que se estudian. La misma no hace parte del estudio, pero a ella, con algunas reservas, podrían aplicarse los resultados de la investigación. En este caso en particular la población diana fue, adultos mayores institucionalizados en asilos ó en hogares geriátricos, en la ciudad de Barranquilla en el primer y segundo semestre del 2014; que aproximadamente corresponden al 2,2% de 132.216 según DANE es decir una población más o menos de 2908 adultos mayores institucionalizados.

La población accesible es una población que comparte las características de la población diana, pero a la cual se cuenta con la posibilidad de acceder fácilmente a ella y es considerada como la fuente de los sujetos de investigación. Para el estudio propuesto fueron adultos mayores que se encuentran institucionalizados en el Hogar Geriátrico San Camilo y en el pasa día del mismo hogar, y el pasa día Sor Teresa de Calcuta de la Iglesia de San Francisco de Asís de Barranquilla durante el año 2014, en total se contó con aproximadamente de 155 adultos

mayores accediendo a esta población a través de los convenios de cooperación Interinstitucional que la Universidad Metropolitana tiene con los mismos.

La población elegible es aquella que resultó de aplicar a la población accesible los criterios de selección: de inclusión y de exclusión, que la hagan más precisa frente al objeto del trabajo definido. Para el estudio propuesto se establecerán los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- Adulto mayor residente en los hogares geriátricos establecidos.
- Edad mayor de 60 años.
- Sexo masculino y/o femenino.
- Que tenga o no rehabilitación protésica.

Criterios de Exclusión:

- Trastorno psiquiátrico/demencia senil.
- No dar su consentimiento para entrar en el estudio.
- Enfermedad o discapacidad que impida la apertura bucal.

3.3 Muestreo

Para el tamaño de la muestra, aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se proyectó la muestra. En el caso que nos atañe como el tipo de estudio es de corte transversal se va a usar la estimación, para lograr conocimientos sobre una o más características de un universo. En este tipo de estudios solo se trabaja con una muestra, y el tamaño de la misma dependió fundamentalmente de la prevalencia o frecuencia del evento bajo estudio en el universo.

El cálculo matemático del tamaño de la muestra, en estudios de una sola muestra o de tipo descriptivo, depende de tres factores: el porcentaje de confianza o límite de confianza con el que se desea generalizar los datos a la población total, el

porcentaje de error que se esta dispuesto a aceptar en tal generalización y el nivel de variabilidad que se calcula para la comprobación de hipótesis.

$$\text{Fórmula: } n_0 = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * p * q}{e^2}$$
$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

n= tamaño de la muestra.

Z α /2= Nivel de confianza (95%)

p= Probabilidad de ocurrencia-prevalencia.

q= Probabilidad de fracaso o de no ocurrencia.(1-p)

N=Tamaño de la población elegible.

e= error de muestreo.

Para el trabajo propuesto la población elegible fue de 155 adultos mayores.

n= tamaño de la muestra.

Z α /2= (95%)

p= 0.5

q= 0.5

N=155

e= error de muestreo (3% = 0,03).

Aplicando la fórmula, el tamaño de la muestra dió = 136. La muestra definitiva para el análisis quedó constituida en 126 casos de estudio.

3.4 Variables de estudio

Inicialmente se verá la distribución de las variables del formulario para el examen de salud bucodental. El nombre de la persona solo se tomó como referente de organización para no repetir un mismo individuo dos veces.

Dentro de las variables sociodemográficas e información general se consideraron los siguientes aspectos:

Edad: Edad en años cumplidos, del adulto mayor a que se le examinó cavidad oral y se le aplicó la encuesta del GOHAI. La edad se analizó a través de la pregunta 1.

Los resultados son organizados por intervalos de edad, de la siguiente forma:

- 1 = 61 a 65 años.
- 2 = 66 a 70 años.
- 3 = 71 a 75 años.
- 4 = 76 a 80 años.
- 5 = 81 y más años.

Sexo: Condición sexual definida por el adulto mayor. El sexo se analizó a través de la pregunta 2.

- 1 = Masculino.
- 2 = Femenino.

Raza: Declaración del adulto mayor sobre su pertenencia a un grupo racial un particular y por lo que se observa en cada individuo. La raza se analiza a través de la pregunta 3.

- 1 = Mestizo
- 2 = Afrocolombiano.
- 3 = Indígena.
- 4 = Blanco.
- 5 = Otro.

Profesión: Tipo de trabajo en el que se desempeña o se desempeñó el adulto mayor en su vida laboral. Origen: DANE adaptación para Colombia del CIU-88 A.C.) Esta pregunta se analiza a través de la pregunta 4.

0 = Fuerza pública.

1 = Miembros del poder ejecutivo, de los cuerpos legislativos, personal directivo de la administración pública y de empresa.

2 = Profesionales universitarios, científicos e intelectuales.

3 = Técnicos, postsecundaria no universitario y asistentes.

4 = Empleados de oficina.

5 = Trabajadores de servicios y vendedores.

6 = Agricultores, Trabajadores y Obreros agropecuarios, forestales y pesqueros.

7= Oficiales, operarios, artesanos y trabajadores de la industria de la construcción, de la minería.

8 = Operadores de instalaciones de máquina y ensambladores.

9 = Trabajadores no calificados.

Estado Civil: Situación del adulto mayor determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco. El estado civil se analizó a través de la pregunta 5.

1 = Casado (a).

2 = Soltero (a).

3 = Viudo (a).

4 = Divorciado (a)

5 = Unión Libre

6 = Separado (a)

Estrato socioeconómico: estrato acorde a la capacidad económica en el que se desenvolvía o se desenvuelve el adulto mayor.

1 = Alto.

2 = Medio

3 = Bajo.

Seguridad social en salud: adherencia o no del adulto mayor, al sistema de salud colombiano, implantado a través de la ley 100 de 1993.

1 = Si

2 = No

Régimen en salud: Inclusión a través de los regímenes establecidos en el sistema de salud de los adultos mayores o sin cobertura.

1 = Contributivo.

2 = Subsidiado.

3 = Ninguno.

Afiliación al sistema: Calidad de afiliación al sistema de salud del adulto mayor según el régimen o fuera de él.

1 = Cotizante.

2 = Beneficiario.

3 = Ninguno.

Dentro de los factores de riesgo se consideraron los siguientes aspectos que correlacionados en mayor o en menor grado potencializan los aspectos patológicos de la cavidad bucal.

Las estrategias de autocuidado e higiene incluyen entre otras:

Cepillado con crema dental: el adulto mayor utiliza un cepillo con pasta dental para hacerse higiene oral.

1 = Si.

2 = No.

Uso de seda dental: cuestiona si el adulto mayor refuerza la higiene oral con el uso de la seda dental para limpieza interproximal.

1 = Si.

2 = No.

Uso de enjuague bucal: complementa el adulto mayor su higiene oral con el uso de enjuague bucal.

1 = Si.

2 = No.

Alguna técnica para limpiar las prótesis: el adulto mayor usa otra estrategia diferente al uso de pasta y cepillo para limpiar las prótesis, por ejemplo pastillas efervescentes o cepillo y jabón en barra normal.

1 = Si.

2 = No.

Limitación de orden socioeconómico personal para adquirir elementos de aseo: el adulto mayor es capaz por sus propios medios económicos de conseguir elementos de aseo, como cepillo pasta dental fluorada y enjuague bucal.

1= Si.

2= No.

Consumo de dieta criogénica: cuestiona si la dieta diaria que consume el adulto mayor contiene alta concentración en carbohidratos, como por ejemplo pan y azúcares.

1= Si.

2= No.

Impedimento físico o discapacidad: el adulto mayor posee alguna discapacidad que altere directamente la posibilidad de hacer una buena higiene oral.

1 = Si.

2 =No.

Terapia farmacológica variada y de larga duración: el adulto mayor padece algún trastorno sistémico que lo obliga a mantener un consumo de medicamentos de manera permanente y variada, por ejemplo cuando concomitantemente padece ECNT.

1 = Si.

2 =No.

Enfermedad Sistémica: Se despliega un abanico de posibles enfermedades que más afectan la población adulta mayor dentro de las que se incluyen las ECNT y que lo obligan a consumo de medicamentos.

- 1 = Diabetes
- 2 = Hipertensión
- 3 = Osteoporosis
- 4 = Enfermedades hematológicas y coagulopatías. (cardiovasculares)
- 5 = Alteraciones Hepáticas.
- 6 = Insuficiencia Renal.
- 7 = Alteraciones visuales y motoras.
- 8 = Alteraciones nutricionales.
- 9 = Alteraciones de origen mental.
- 0 = Inmunosupresión.

Presencia de Neoplasias: se cuestiona si el adulto mayor padece de neoplasias en la actualidad en cualquier parte del cuerpo, si observan lesiones precancerosas en mucosa oral o hay ausencia de las mismas.

- 1 = Cáncer.
- 2 = Lesiones precancerosas
- 3 = Ninguna.

Tiene algún apoyo familiar (visitas y/o económico): el adulto mayor recibe dinero o apoyo afectivo por parte de sus familiares.

- 1 = Si.
- 2 = No.

El formulario continúa, con la evaluación clínica de la cavidad bucal y demás estructuras relacionadas del sistema estomatognático.

Examen extraoral: Evalúa el contexto extraoral del adulto mayor.

- 0 = Aspecto extraoral normal
- 1 = Ulceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (cabeza, cuello, extremidades)
- 2 = Ulceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (nariz, mejilla, barbilla)
- 3 = Ulceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (comisuras)
- 4 = Ulceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (borde bermellón)
- 5 = Cáncer oral
- 6 = Anomalías de los labios superior o inferior
- 7 = Ganglios linfáticos abultados (cabeza, cuello)
- 8 = Otras hinchazones de la cara y la mandíbula.
- 9 = No registrado.

Evaluación de la articulación temporomandibular: Evalúa signos y síntomas que se pueden presentar en el adulto mayor.

- **Síntomas:**

0 = No.

1 = Si.

9 = No registrado.

- **Signos:**

Chasquido o ruido: 0 = No. 1 = Si. 9 = No registrado.

Dolor a la palpación: 0 = No. 1 = Si. 9 = No registrado.

Disminución en la apertura: 0 = No. 1 = Si. 9 = No registrado.

Trastorno de la mucosa oral: Evalúa los trastornos que se pueden encontrar en la mucosa oral de los adultos mayores.

0 = Ningún estado anormal.

1 = Tumor maligno.

2 = Leucoplasia.

3 = Liqueen plano.

4 = Úlcera (aftosa, herpética o traumática)

5 = Gingivitis Necrotizante Aguda.

6 = Candidiasis.

7 = Absceso.

8 = Otro trastorno.

9 = No registrado.

Índice periodóntico comunitario: Evalúa el estado periodontal del adulto mayor desde signos y síntomas menos complejos hasta los más complejos correlacionándolos con órganos dentales de referencia de los cuatro cuadrantes.

0 = Sano.

1 = Hemorragia.

2 = Cálculo.

3 = Bolsa de 4-5 mm.

4 = Bolsa de 6 mm. ó más

5 = Sextante excluido.

9 = No registrado.

Órganos dentales de referencia por sextante: 16/17, 11, 26/27, 47/46,31 y 36/37.

Perdida de fijación: evalúa el nivel de inserción de los tejidos de soporte al tejido dentario tomando como referencia el límite de unión entre el cemento y el esmalte y el fondo del surco, para esto se usa sonda periodontal.

0 = 0 – 3 mm.

1 = 4 – 5 mm.

2 = 6 – 8 mm.

3 = 9 – 11 mm.

4 = 12 mm o más.

5 = Sextante excluído.

9 = No registrado.

Órganos dentales de referencia por sextante: 16/17, 11, 26/27, 47/46,31 y 36/37.

Estado de la dentición y tratamiento necesario: acorde a odontograma y convenciones registradas en el mismo formato. De esta revisión clínica saldrá el resultado de órganos dentales cariados, obturados, perdidos y sanos, equivalente al COP-D tradicional.

El diagrama muestra un odontograma con 32 sextantes numerados en rojo. Los números son: 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 en la fila superior; 55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65 en la fila intermedia superior; 85, 84, 83, 82, 81, 71, 72, 73, 74, 75 en la fila intermedia inferior; y 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 en la fila inferior. Cada número está sobre un símbolo de diente que representa un sextante. Debajo de cada símbolo hay un espacio rectangular para registrar información. El fondo de la parte inferior del diagrama es azul y contiene el texto 'CONVENCIONES ODONTOGRAMA'.

Cariados	●	R	Erosión o abrasión	◡	R	Provisional en buen estado	P	N	Prótesis removible	=	N	
Obturados	●	N	Corona en buen estado	○	N	Provisional en mal estado	P	R	Prótesis total	=	N	
Endodoncia realizada	▲	N	Corona en mal estado	●	R							
Endodoncia indicada	▲	R										
Exodoncia realizada	I	N				Póntico	I	N	C	O	P	S
Exodoncia indicada	X	R				Prótesis fija	—	N	PORCENTAJE			

Situación de la prótesis: Evalúa el tipo y estado de la prótesis que está usando el adulto mayor, para reemplazar los órganos dentales perdidos.

- 0 = Ninguna prótesis.
- 1 = Prótesis fija unitaria.
- 2 = Prótesis fija de varias unidades.
- 3 = Dentadura postiza parcial.
- 4 = Dos puentes y dentadura postiza parcial.
- 5 = Dentadura completa removible.
- 9 = No registrado.

Necesidad de prótesis: Acorde a la evaluación anterior se determina si el adulto mayor necesita algún tipo de rehabilitación oral y determina su tipo.

- 0 = Ninguna prótesis necesaria.
- 1 = Necesidad de prótesis unitaria
- 2 = Necesidad de prótesis múltiple
- 3 = Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria
- 4 = Necesidad de una prótesis completa (sustitución de todos los dientes)
- 9 = No registrado.

Anomalías dentofaciales y oclusión: Evalúa la forma como están ocluyendo los órganos dentales o los maxilares de los adultos mayores y si esta se acompaña de otras anomalías.

- 1 = Normoclusión (relación molar anteroposterior).
- 2 = Mesioclusión (superposición anterior del maxilar superior).
- 3 = Distoclusión (superposición anterior de la mandíbula).
- 4 = Diastemas.
- 5 = Apiñamiento dental.

Necesidad inmediata de asistencia a consulta: Acorde a la evaluación clínica determina si el adulto mayor requiere consulta urgente o programada para evitar complicaciones.

- Trastorno que amenaza la vida: 0 = Ausente. 1= Presente. 9= No registrado.
- Dolor por la infección: 0 = Ausente. 1= Presente. 9 = No registrado.

Consulta Programada: Evalúa si el adulto mayor requiere una consulta programada.

- 0 = No.
- 1 = Si.
- 9 = No registrado.

Para la evaluación de la autopercepción del impacto que tiene la salud bucodental en la calidad de vida, se tomó como indicador el GOHAI, los estudiantes fueron entrenados con pruebas pilotos para facilitar la interpretación de la pregunta, dicha pregunta se hacía sobre los tres últimos meses.

Para el diligenciamiento de la base de datos se tomó como referente la sumatoria de las 12 preguntas incluidas en el cuestionario GOHAI, esta se tradujo acorde a los resultados de la siguiente manera:

- De 57 a 60 un alto nivel de calidad de vida.
- De 51 a 60 un moderado nivel de calidad de vida.
- De 50 o menos un bajo nivel de calidad de vida.

Posteriormente, se tomaron los resultados que generó cada una de las funciones de acuerdo al valor generado por cada una de las preguntas, es decir que para evaluar la condición o función física se hizo la sumatoria de los interrogantes 1, 2, 3 y 4; para evaluar la función o condición psicosocial se sumaron los valores generados de la escala Likert de las preguntas 6,7, 9, 10 y 11 y para medir el dolor

relacionado con la autopercepción se tomó la sumatoria generada por el resultado de la pregunta 5, 8 y 12.

Con estos valores definitivos en la base de datos se realizó el análisis estadístico que generó los resultados que se ilustran más adelante.

3.5 Operacionalización de variables.

Formulario/ N° pregunta	Nombre variable	Definición Operativa	Naturaleza	Nivel de medición	Criterios de clasificación y codificación
1	Edad	Número de años cumplidos por el entrevistado a la fecha de la realización del proyecto y/o encuesta.	Cuantitativa	Intervalo	61 a 65 años 66 a 70 años 71 a 75 años 76 a 80 años 81 años y mas
2	Sexo	Característica fenotípica que diferencia al hombre de la mujer.	Cualitativa	Nominal	1 = Masculino 2= Femenino
3	Raza	Grupo de la especie humana constituido por personas con unas mismas características físicas.	Cualitativa	Nominal	1. Mestizo. 2. Afrocolombiano 3. Indígena. 4. Blanco. 5. Otro.
4	Profesión	Trabajo en que se desempeñó o se desempeña el encuestado.	Cualitativa	Nominal	0 = Fuerza publica 1 = Miembros del poder ejecutivo, de los cuerpos legislativos, personal directivo de la administración pública y de empresa. 2 = Profesionales universitarios científicos e intelectuales 3= Técnicos, postsecundario no universitario y asistentes 4= Empleados de oficina 5= Trabajadores de servicios y vendedores 6= Agricultores, trabajadores y obreros agropecuarios, forestales y pesqueros 7= Oficiales, operarios, artesanos y trabajadores de la industria manufacturera de la construcción y de la minería 8= Operadores de instalaciones de máquina y ensambladores 9= Trabajadores no calificados.

5	Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre 6. Separado
6	Estrato socioeconómico	Los estratos socioeconómicos son una forma de estratificación social basada en las remuneraciones que reciben o recibían las personas.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrato alto. 2. Estrato medio 3. Estrato bajo.
7	Seguridad Social en Salud	Vinculación de una persona a una EPS, aseguradora o entidad responsable de la cobertura de sus servicios de salud.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No.
8	Régimen en salud	Vinculación al SGSSS a través de los regímenes establecidos en ley 100 de 1993.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contributivo. 2. Subsidiado. 3. Ninguno.
9	Afiliación al sistema.	Categoría establecida dentro del régimen de afiliación según la característica del aporte.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cotizante 2. Beneficiario. 3. Ninguno.
10	Autocuidado: Cepillado con crema dental.	Estrategia de higiene oral para control de la placa bacteriana y residuos alimenticios.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No.

	Autocuidado: Uso de Seda Dental	Estrategia de higiene oral para control de la placa y residuos alimenticios en caras proximales de los dientes.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
	Autocuidado: Uso de enjuague bucal	Estrategia de higiene oral para control de placa bacteriana a través de sustancias químicas disueltas en soluciones con y sin alcohol..	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No.
	Autocuidado: Alguna técnica para limpiar las prótesis.	Estrategia de higiene oral para la limpieza específica de las prótesis dentales	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No.
11	Limitación de orden socioeconómico para la adquisición de elementos de aseo.	Falta de dinero para adquirir elementos de aseo.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No.
12	Consumo de dieta cariogénica	Consumo en la dieta diaria de altas cantidades de hidratos de carbono que favorece la producción de ácidos por parte de las bacterias.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No.

13	Impedimento o discapacidad	Condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectaría la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No.
14	Terapia Farmacológica variada y de larga duración.	Es el cuidado médico relacionado con el uso de medicamentos, solos o en combinación con otros tipos de terapia.	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No.
15	Enfermedad sistémica.	Enfermedad que afecta el cuerpo entero, en lugar de una sola parte o un solo órgano.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Osteoporosis 4. Enf. Hematológicas y coagulopatías. 5. Alteraciones hepáticas. 6. Insuficiencia renal 7. Alteraciones visuales y motoras. 8. Alteraciones nutricionales. 9. Alteraciones de origen mental. 0. Inmunosupresión.
16	Presencia de Neoplasias	Alteración de la proliferación y, muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cáncer 2. Lesiones precancerosas 3. Ninguna.

17	Tiene apoyo familiar	La familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
18	Examen extraoral	Revisión de las estructuras externas de la cavidad oral con boca cerrada para observar posibles alteraciones de labios, comisuras, etc.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. Aspecto extraoral normal. 1. Ulceras, inflamaciones, erosiones y fisuras en: Cabeza, cuello y extremidades. 2. Nariz mejilla y barba. 3. Comisuras. 4. Borde Bermellón. 5. Cáncer oral 6. Anomalías de labios. 7. Ganglios abultados. 8. Otras hinchazones. 9. No Registrado
19	Evaluación de la Articulación temporomandibular	La ATM se explora para detectar posibles signos y síntomas asociados al dolor y a la disfunción.	Cualitativa	Nominal	<p>Síntomas: 0= No 1= Si 9= No registrado.</p> <p>Signos: Chasquido. Dolor a la palpación. Disminución a la apertura. 0= No 1= Si 9 = No registrado.</p>
20	Mucosa Oral	La boca esta tapizada por la mucosa bucal. El examen tiene por objeto identificar anomalías que se puedan encontrar desde el borde rojo de los labios hasta el istmo de las fauces.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ningún estado anormal. 1. Tumor maligno. 2. Leucoplasia. 3. Lique plano. 4. Ulcera. 5. Gingivitis (GUNA) 6. Candidiasis. 7. Absceso. 8. Otro trastorno. 9. No registrado.

21	Índice periodontico comunitario IPC	El objetivo de este índice es traducir una situación clínica, como es la presencia de placa, cálculo, sangrado o bolsa periodontal, a un valor numérico cuantitativo o a un gradiente cualitativo, utilizable estadísticamente de forma sencilla.	Cualitativa	Nominal	<p>0=sano 1=Hemorragia 2= Cálculo 3=Bolsa de 4-5 mm 4=Bolsa de 6 mm. 5=Sextante excluido 9=No registrado.</p>
22	Perdida de fijación o NIC acorde al límite amelocementario.	Nos da información sobre la pérdida de inserción del diente y es útil para establecer comparaciones entre grupos de población, pero no sirve para describir la pérdida de fijación total en un individuo.	Cualitativo	Ordinal	<p>0= 0-3 mm. 1= 4-5 mm. 2=6-8 mm. 3=9-11 mm. 4=12 mm o más 5= sextante excluido. 9=No registrado.</p>
23	Índice de COP-D Dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados. Registro en odontograma.	Índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Índice individual: C+O+P Índice comunitario o grupal: CPO Total / Total de examinados	Cuantitativo	Razón (Varía según el registro clínico.)	<p># De Cariados. # De Obturados. # De Perdidos.</p>

24	Situación de la prótesis	Examen clínico para determinar la rehabilitación de órganos dentales deteriorados o perdidos.	Cualitativa	Nominal	0= Ninguna prótesis. 1=Prótesis fija unitaria. 2=Prótesis fija de varias unidades. 3=Dentadura postiza parcial. 4=Dos puentes y dentadura postiza parcial. 5=Dentadura completa removible. 9=No registrado.
25	Necesidad de Prótesis.	Acorde al examen clínico anterior se determina la necesidad de prótesis del paciente, nueva o por remplazo.	Cualitativa	Nominal	0= Ninguna prótesis necesaria. 1=Necesidad de prótesis unitaria. 2=Necesidad de prótesis múltiple. 3=Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria. 4=Necesidad de una prótesis completa. 9=No registrado.
26	Anomalías dentofaciales y oclusión.	Como ocluyen los maxilares del paciente independiente que este edéntulo o no y si existen otras situaciones de malposición dentaria.	Cualitativa	Nominal	1= Normoclusión. 2= Mesioclusión. 3= Distoclusión. 4= Diastemas. 5= Apiñamiento dental.
27	Necesidad inmediata de asistencia a consulta	Acorde al resultado del examen clínico, determinar si requiere atención de Urgencias.	Cualitativa	Nominal	Trastorno que amenaza la vida: Ausente=0 Presente=1 No registrado=9 Dolor por la infección: Ausente=0 Presente=1 No registrado=9
28	Cuestionario GOHAI Indicador de salud oral geriátrico.	El Geriatric Oral Helath Assesment Index (GOHAI) fue diseñado para detectar necesidades de atención bucodental, con alta sensibilidad a variables clínicas, además no requiere personal calificado para su aplicación.	Cuantitativa	Razón	12 interrogantes con respuesta escala Likert: Siempre: 1. Frecuentemente: 2. Algunas veces: 3. Raras veces: 4. Nunca: 5. Resultado de la sumatoria: 57 a 60 = alto 51 a 56 = moderado. 50 < = bajo.

Dentro de las fuentes posibles de sesgo durante la recolección de la información, se hubieran podido tener los errores causados por el observador, el instrumento de observación o el individuo o sujeto observado. Varias de las macrovariables escogidas involucran una encuesta o un interrogatorio puntual acerca de una situación particular, se podía cometer el error que el recurso humano viera o escuchara solamente lo que le interesa, o que se perdiera información relevante para el trabajo.

Se hubiera podido cometer error en el examen clínico y la apreciación de las condiciones de rehabilitación. La situación de enfermedades bucales involucra un recurso humano con experiencia sin embargo se podían cometer errores en la observación clínica de la caries y de la enfermedad periodontal. Errores en el cálculo de los índices. Errores en la apreciación del estado de las rehabilitaciones. Errores en la presunción de diagnóstico de las patologías orales. Para prevenir estos errores se estandarizó el recurso humano a través de capacitaciones y pruebas pilotos antes de aplicar el instrumento y se estandarizó el personal para la realización de exámenes clínicos teniendo el apoyo de un estomatólogo con el objeto de hacer diagnósticos diferenciales. La metodología para la estandarización consistió en un repaso de todas las patologías bucodentales correlacionadas con el adulto mayor visualizando imágenes en presentaciones y textos especializados luego se hacía proceso de evaluación personalizado. No se realizó prueba de concordancia.

Otros errores que se hubieran podido cometer son los ocasionados por el instrumento de evaluación. Las condiciones del instrumental a utilizar para hacer el examen clínico. Las encuestas y los cuestionarios que se editan con errores. Para disminuir estos errores se usó un solo tipo de silla y un área dotada con condiciones óptimas de iluminación para hacer el examen. Se utilizó instrumental en óptimas condiciones para la evaluación (inventariado) y se revisaron encuestas y cada una de los cuestionarios para que no exista posibilidad de fallas en el

diligenciamiento, semanalmente acorde a las encuestas y exámenes realizados se hacían las auditorias para controlar el completo y correcto diligenciamiento, como se identificaban las historias con el nombre del individuo permitia hacer correcciones en la próxima sesión de encuestas y exámenes.

Pudo haber errores por el sujeto observado ya que son personas mayores y pueden no entender, evitar, no recordar o confundir los interrogantes que se les hace. Ignoran, el para que se hace la investigación y no desean colaborar. No se hizo por fases y no se ganó la confianza del personal en estudio. Para disminuir estos errores se explicó claramente los objetivos del proyecto. Se hicieron firmar los consentimientos informados e interactuar para ganar su confianza haciendo actividades lúdicas y fomentando un trato amable y cordial y estimular los ancianos con visitas y obsequios que le sirvieran para la salud bucodental.

3.6 Plan de recolección de la información

3.6.1 Fuentes Primarias

La información se recogió, aplicando la encuesta y realizando la valoración clínica a cada uno de los adultos mayores participantes en el estudio. Para la recolección de información se trabajó con un grupo de estudiantes de VIII y X semestre del Programa de Odontología de la Universidad Metropolitana, que fueron calibrados por un Docente Odontólogo Estomatólogo, para afinar sus competencias en el Diagnóstico de la normalidad y anormalidad que pudiesen encontrar al hacer el examen bucodental de los adultos mayores, objeto de este estudio. En el proceso de calibración se les enfatizó en el examen clínico extraoral e intraoral, dentro del intraoral se les explicó nuevamente las lesiones más comunes que se pueden encontrar por ejemplo en mucosa y tejidos blandos, para hacer los diagnósticos diferenciales y la correlación que pudiesen tener con las enfermedades sistémicas o el uso de elementos protésicos.

Para el examen propiamente dicho se apoyaron en instrumental básico desechable que contiene: espejo plano, explorador y pinza algodонера totalmente protegidos con sus elementos de bioseguridad, lo anterior acompañado con iluminación adecuada con lámparas de cuello de cisne y en sillas cómodas que permitían la visibilidad del campo operatorio. En el caso que el paciente tuviese prótesis, se le retiraba, se hacía el examen intraoral y el examen de la prótesis, se lavaba con enjuague bucal en solución y nuevamente se le reposicionaba. A los pacientes se le complementaba con educación individual en salud oral para minimizar los factores de riesgo y se les proporcionaba un kit de aseo para higiene bucal.

3.6.2 Fuentes Secundarias

La encuesta y el examen clínico se realizaron, en el caso del Hogar Geriátrico San Camilo, en las mismas instalaciones del consultorio médico, lo que permitió tener a la mano las historias clínicas médicas, proporcionadas por los enfermeros cuidadores, donde podían confirmar situaciones de las patologías sistémicas y la medicación que en el momento estaban consumiendo. Además se tomó el listado de los adultos mayores institucionalizados pasa día, del hogar y del despacho parroquial. Finalmente la información se complementó con toda la revisión bibliográfica de literatura científica obtenida en bases de datos (SCIELO, LILACS, REDYLACS y PUBMED), que permitió documentar el contenido de este trabajo.

3.6.3 Instrumentos de Recolección de la Información

Dado que valorar la calidad de vida según el estado bucodental es muy subjetivo, al estar directamente influenciada por la personalidad propia, así como el entorno donde se vive y se desarrolla cada persona, se recomiendan instrumentos que permitan evaluarla dentro de un enfoque metodológico, para identificar este impacto lo más objetivamente posible. Con tal intención, y debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados de forma

directa, se han desarrollado diversos cuestionarios divididos en dimensiones representadas por grupos de preguntas que valoran la percepción psicosocial personal del individuo, como herramientas de estimación adicional al tradicional enfoque de las evaluaciones físicas (153).

En las últimas tres décadas, diversos investigadores han elaborado instrumentos para valorar la calidad de vida relacionada con la salud bucodental. En la conferencia sobre medidas de salud oral y calidad de vida realizada en Chapel Hill, en 1996, se revisaron 11 de estos instrumentos, que pueden ser autoadministrados o aplicados por un entrevistador. Los más utilizados son el SIDD, Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), DIP, DIDL, Oral Health Related Quality of life (OHQoL), Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profilek [OHIP-14]), OH-QoL UK y Osteoporosis Quality of life Questionnaire (OQLQ) (154).

Estos instrumentos que también son denominados “Indicadores Sociodentales” valoran el impacto psicosocial que las condiciones bucodentales producen en la vida diaria del individuo mediante cuestionarios que sondean las diferentes dimensiones del bienestar que se puedan ver afectadas por problemas de salud oral.

Para codificar numéricamente el impacto oral (problemas percibidos con relación a la boca, dientes o dentaduras) las respuestas suelen estar en escala Likert que generalmente representa la frecuencia de aparición de los problemas orales. A mayor frecuencia de aparición, mayor código numérico y mayor nivel de impacto presenta el sujeto.

En la población de adultos mayores los más manejados han sido el GOHAI y el OHIP-14. Respecto del OHIP, Slade y Spencer desplegaron en Australia en 1994, un cuestionario integrado por 49 preguntas, denominado OHIP-49. Debido a sus

limitaciones por su extensión, Slade validó un formato resumido con 14 preguntas, conformado al igual que el anterior, por siete dimensiones denominadas: limitación funcional, dolor físico, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas. Las respuestas se cuantifican en la escala Likert con valores de 0 a 4, donde 0 constituye el valor más bajo y el 4 es el más alto.

En referencia al “Geriatric Oral Health Assessment Index” GOHAI, fue traducido como Índice de Valoración de Salud Oral en Geriátrica y fue publicado desde 1990, por los doctores Kathryn A. Atchison, y Teresa A. Dolan del Departamento de Salud Pública Odontológica de la Universidad de California en los Ángeles (EU), tras los estudios e investigaciones con adultos mayores norteamericanos desarrollaron y publicaron en el Journal of Dental Education (155).

Esta herramienta fue diseñada para valorar en poblaciones de adultos mayores, los problemas oro-funcionales y estimar grado de impacto psicosocial asociado a los problemas bucodentales o también para evaluar la efectividad funcional y psicosocial de un tratamiento bucodental realizado.

El GOHAI está compuesto por 12 ítems o preguntas y evalúa tres dimensiones:

1. Función física, que comprende aspectos como comer, hablar y tragar;
2. Función psicosocial, comprende aspectos de preocupación acerca de la salud oral, autoimagen, conciencia de la salud y limitación de los contactos sociales por causa de problemas orales;
3. Dolor o incomodidad asociados al estado bucodental.

La respuesta a las variables o ítems, es obtenido con una escala de Likert con 5 niveles de respuesta: S= siempre (1); F= frecuentemente (2); AV= algunas veces (3); RV=rara vez (4) N=Nunca (5).

Los ítems 3 y 7 tiene valoración inversa al resto: donde, Siempre=5; Frecuentemente=4; Algunas veces=3; Rara vez=2; Nunca=1. Conversión que se realiza al momento del análisis.

El valor total del GOHAI, se establece sumando las respuestas de los ítems pudiendo variar de cero [0] a sesenta [60]. Las escalas del GOHAI fueron divididas en tres categorías: alto, moderado y bajo nivel de salud. Una escala de GOHAI de 57 a 60 es considerada como nivel alto, de 51 a 56 como moderado y 50 o menor valor es considerado como nivel bajo. La realización y estudio del Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) se basó y justificó por los siguientes tres supuestos: Primero, que la salud oral puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente; segundo, que los niveles de salud oral varían entre los pacientes y que esta variación puede demostrarse utilizando medición basada en la autopercepción del paciente y tercero, que la autopercepción ha sido identificada como predictor de la salud oral.

El diseño del instrumento se realizó con el objetivo de conocer el estado de salud oral en dos niveles: individual y colectivo. El nivel individual está dirigido al paciente, y puede ser utilizado como predictor de la necesidad de un examen oral completo; provee información acerca de los síntomas y los problemas funcionales y psicosociales que manifiesta el paciente, además para el personal no odontólogo, puede ser útil en la recolección sistemática de información acerca de las demandas de asistencia dental de los pacientes y la decisión de proveer estos servicios en forma oportuna.

El segundo nivel, colectivo o de población general, está indicado para uso epidemiológico, puede ser una manera costo-efectiva de recoger información acerca de los problemas de salud oral en las personas adultas mayores.

El GOHAI fue probado inicialmente en una muestra de 87 adultos mayores y según los autores de este índice, la geriatría y la odontología geriátrica se están desarrollando como disciplinas aplicadas, y su avance como ramas del cuidado clínico depende en parte de una capacidad de demostrar una identificación eficaz de los problemas de los ancianos y sus soluciones.

El resultado de este trabajo llevo a un modelo de cuestionario que fue aplicado en 1755 individuos con una edad mínima de 65 años, residentes en la ciudad de los Ángeles y que recibían tratamiento de salud por parte del gobierno. Este estudio demostró además que los individuos con mayor número de dientes naturales presentaron un impacto más positivo en las escala del GOHAI.

En 1991, Dolan y col, utilizaron en GOHAI en 280 hispanos con una edad media de 39 años y residentes de la misma ciudad de los Ángeles y que además recibían tratamiento del gobierno. Esto demostró que el índice permite también su uso en poblaciones de adultos jóvenes de manera confiable.

El GOHAI es ampliamente utilizado con confiabilidad en adultos mayores y adultos jóvenes y ha sido traducido y adaptado a muchos idiomas y culturas. En Granada, España los doctores Pinzón- Pulido SA y Gil Montoya JA aplicaron una versión del GOHAI adaptada a la población española, dicho trabajo fue presentado como validación del Índice de Valorización en salud Oral en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada y publicado en la revista española de Geriatría y gerontología en 1999 (154).

Estos instrumentos fueron creados para complementar los indicadores clínicos usados reiteradamente por los odontólogos de manera que facilite la recolección de datos sobre una autopercepción, tanto individual como socialmente, para que esta información pueda ser utilizada en programas educativos, preventivos y curativos y también por otros profesionales de la salud.

Todos los cuestionarios de calidad de vida oral han demostrado tener muchas similitudes de contenido y una relativamente buena capacidad psicométrica pero difieren en el objetivo preciso para el efecto que fueron diseñados, en la presencia o no de sub escalas en el método de administración, en el número de preguntas, en el sistema de cómputo para la provisión de una puntuación global y parcelada, en la incorporación o no de ponderaciones de dimensiones, en el periodo de tiempo evaluado y en los tipos de respuestas ofrecidas.

En general ningún instrumento es mejor que otro ni existe un grupo de preguntas que se consideren “estándar de oro” (156). Por ello se deben tener en cuenta algunas pautas para seleccionar un cuestionario de calidad de vida oral. Lo ideal es clarificar el propósito del estudio que puede ser descriptivo, predictivo, discriminativo o evolutivo. Los cuestionarios descriptivos se utilizan para documentar la prevalencia y naturaleza de los impactos en la población de referencia. Los cuestionarios predictivos permiten seleccionar aquellos sujetos candidatos a beneficiarse o perjudicarse de una intervención terapéutica. Los cuestionarios discriminativos permiten distinguir tanto enfermedades diferentes como entre enfermos difieren en su estado clínico en su severidad. Los cuestionarios evaluativos permiten valorar los cambios producidos en la calidad de vida de forma natural o tras intervención terapéutica, de estos hasta la fecha existen pocos estudios.

Lo reglamentario sería que un mismo cuestionario tuviera esta polivalencia pero los formatos de preguntas y respuestas difieren entre unas propiedades y otras, por lo que hoy en día no se dispone de ningún cuestionario de calidad de vida oral con estas cuatro versiones validadas.

El Formulario de la OPS para evaluación clínica, fue publicado por la OMS en 1997 y en su cuarta edición es el texto más aceptado en la actualidad a nivel mundial, para la realización de encuestas de salud bucodental. Al tener un

esquema similar es posible comparar ma fácilmente la realidad de la salud oral de diferentes grupos. Es un método bien organizado para conocer las necesidades de tratamiento odontológico de un paciente o de un grupo y de conocer su estado de salud bucodental actual. Así se puede evaluar la idoneidad y efectividad de los servicios que se proporcionan y planean o modifican los servicios de salud bucodental y los programas de formación, según sea necesario. Para efectos de recoger mas ágilmente la información en el estudio, al odontograma se hizo un ajuste en las convenciones y en la estructura, recolectando información que de base alimentó el índice de COP-D.

3.7 Aspectos éticos

Para la recolección de los datos fue necesaria la firma del consentimiento informado el cual se anexa al final, previa lectura a cada uno de los participantes.

De acuerdo con la Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993 y su Artículo 11, la presente investigación es considerada sin riesgo porque no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de la cavidad oral, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

3.8 Plan de procesamiento de datos

Se hizo la verificación de todos los datos para observar si están completos y si son precisos. Los formularios de las encuestas se numeraron y marcaron para guardar la información para que no existiera el riesgo de la confusión. Se recomendó una combinación de tabulación manual y mecánica simultáneamente.

Como el trabajo fue realizado con personal de apoyo estudiantes y docentes investigadores de la Universidad Metropolitana, la Dirección del Programa fue el centro de acopio y posteriormente vendrá el proceso de análisis de la información.

En el momento de estas recolecciones se hizo bajo la supervisión de docentes para manejar con la mayor ética y profesionalismo la información y no haya el riesgo de diligenciar la información sin soporte, para lo cual se propuso medios de confrontación de la información.

Los equipos de computo que se utilizaron fueron los institucionales los cuales se encuentran protegidos con todas las garantías de funcionamiento legal y operativa para que no halla riesgo de argucia de la información. SPSS versión 22 y Excel fueron de las herramientas que permitieron el desarrollo del procesamiento de los datos.

3.9 Plan de análisis de resultados

Los datos procesados y codificados de acuerdo con los criterios de clasificación de las variables, se resumieron y presentaron por medio de tablas. Los mismos se formularon de conformidad con el número de variables que se relacionaron y la naturaleza de las mismas.

Acorde al problema, los objetivos y el tipo de estudio que en este caso en particular es de corte transversal se programó el análisis estadístico. Para el análisis de los datos se utilizó la base de datos SPSS versión 22, las variables categóricas se presentan en frecuencias absolutas y relativas. Para las variables continuas se emplea una medida de tendencia central, la media y la desviación estándar. La relación entre las variables categóricas se determinó mediante la prueba de chi cuadrado.

Se realizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S) para verificar la normalidad de los datos cuantitativos; luego se realizó la prueba para la diferencia de medias entre hombres y mujeres, utilizando la prueba t de Student para muestras relacionadas donde la prueba de K-S indicaba normalidad, y donde los datos no indican normalidad se utilizó la prueba de rangos con signos de Wilcoxon. Se estimó la asociación entre el estado de la salud bucodental y los factores de riesgo por medio del odds ratio (OR) y su respectivo intervalo de confianza del 95%.

En las ciencias de la salud se requiere medir los eventos epidemiológicos, como la frecuencia de casos de morbilidad o mortalidad, y en este caso en particular la relación de los resultados obtenidos en los hogares geriátricos como representativos de la población en general de la tercera edad de la ciudad de Barranquilla, a fin de establecer la magnitud de la presencia de las patologías que se presentan así como la vulnerabilidad de acuerdo a las variables de persona, tiempo y lugar.

La medición es un aspecto muy importante en la labor científica, y los indicadores son medidas que se usan para describir una situación existente o para medir cambios o tendencias a lo largo de un periodo de tiempo. Los indicadores se pueden categorizar en cuatro tipos: demográficos, socioculturales, epidemiológicos y de servicios de salud, con las variables planteadas en el estudio se trataron de enmarcar en estas cuatro categorías la situación de salud enfermedad (en este caso salud bucodental) de los pacientes de la tercera edad de la ciudad de Barranquilla, que como seres humanos están insertos en una comunidad y en una sociedad que demanda calidad de vida y que tiene necesidades básicas por satisfacer en todos los ámbitos.

Los indicadores demográficos facilitaron en este caso particular la caracterización de la población medida por variables de edad, sexo, raza, estado civil y estrato socioeconómico. Los indicadores socioculturales se evidenciaron en la propuesta

a través de la evaluación de la percepción que tienen los ancianos de su salud bucodental. Los indicadores epidemiológicos se relacionaron con la prevalencia de las patologías orales más frecuentes en la población de la tercera edad y de las condiciones sanitarias correlacionadas que permitieron estimar necesidades de tratamiento odontológico asociado a la población.

Los indicadores de servicios de salud sirvieron para evaluar la calidad de la atención de los servicios de salud que se brindan específicamente en lo que se refiere a la cobertura, eficacia y eficiencia.

Dentro de los indicadores epidemiológicos se resaltó la prevalencia que se definió como el número de casos existentes de una enfermedad en un momento del tiempo, la que se analizó a través del estudio fue la prevalencia de punto, la cual indica la probabilidad de estar enfermo en un momento dado del tiempo. La prevalencia de punto de una enfermedad puede cambiar como resultado de: Un cambio en la incidencia, un cambio en la duración de la enfermedad y un cambio en las dosis.

La encuesta de autopercepción también arrojó unos datos que están incluidos en las instrucciones para su realización y en la estandarización de la misma generaron unos resultados a manera de intervalos, que permitieron cruzar la calidad de vida con las otras variables.

Posterior a este punto se procedió a realizar la discusión, en la cual al final de la misma se hace la respectiva articulación con los objetivos propuestos al inicio del trabajo.

4 RESULTADOS

Tabla 1. Características basales de los sujetos de estudio

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	55	43,7
Femenino	71	56,3
Grupo Etario		
60-65 años	25	19,8
66-70 años	24	19,0
71-75 años	22	17,5
76-80 años	24	19,0
81 años y más	31	24,6
Raza		
Mestizo	107	84,9
Afrocolombiano	14	11,1
Indígena	5	4,0
Estrato Socioeconómico		
Estrato medio	6	4,8
Estrato bajo	120	95,2
Estado Civil		
Casado	30	23,8
Soltero	42	33,3
Viudo	30	23,8
Divorciado	7	5,6
Unión libre	10	7,9
Separado	7	5,6
Profesión		
Miembros del poder ejecutivo	2	1,6
Técnicos	2	1,6
Empleados de oficina	1	0,8
Trabajadores de servicios	20	15,9
Trabajadores agropecuarios	18	14,3
Trabajadores de la industria manufactura	3	2,4
Trabajadores no calificados	80	63,5

Con relación a las principales características sociodemográficas de los participantes del estudio, el 56,3% de los sujetos fueron mujeres, el 24,6% tienen más de 80 años, un 84,9% se considera mestizo, el 95,2% pertenecen al estrato socioeconómico bajo. En cuanto al estado civil, el 68,3% no tiene pareja y en referencia al aspecto laboral el 63,5% se desempeñó en trabajo no calificado.

Tabla 2. Afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

Afiliación al SGSSS	Frecuencia	Porcentaje
Seguridad Social		
Si	68	54
No	58	46
Régimen en salud		
Subsidiado	68	54
Ninguno	58	46
Afiliación al Sistema		
Beneficiario	68	54
Ninguno	58	46

El análisis realizado a la afiliación al sistema de salud permitió identificar que un 54% de los adultos mayores encuestados si pertenecen a alguno de los regímenes de seguridad social, y un porcentaje similar se observó que se encuentran afiliados al régimen subsidiado.

Tabla 3. Estrategias de autocuidado e higiene bucal

Autocuidado e Higiene Bucal	Población general	
	Si (frecuencia y porcentaje)	No (frecuencia y porcentaje)
Cepillado con crema dental	120 (95,2)	6 (4,8)
Uso de seda dental	6 (4,8)	120 (95,2)
Uso de enjuague bucal	5 (4,0)	121 (96,0)
Técnica para lavar la prótesis	15 (11,9)	111 (88,1)
Dificultad económica o personal para adquirir los elementos de aseo	84 (66,7)	42 (33,3)
Consumo de dieta cariogénica	83 (65,9)	43 (34,1)
Discapacidad	23 (18,3)	103 (81,7)
Terapia farmacológica variada y duradera	99 (78,6)	27 (21,4)
Presencia de neoplasias	4 (3,2)	122 (96,8)
Apoyo familiar	54 (42,9)	72 (57,1)
Enfermedad sistémica	119 (94,4)	7 (5,6)
Tipo de enfermedad sistémica		
Diabetes	24 (19,0)	-
Hipertensión arterial	62 (49,2)	-
Osteoporosis	2 (1,6)	-
Enfermedades hematológicas y coagulopatías	5 (4,0)	-
Alteraciones hepáticas	1 (0,8)	-
Alteraciones visuales y motoras	10 (7,9)	-
Alteraciones nutricionales	11 (8,7)	-
Alteraciones de origen mental	4 (3,2)	-

Con relación a las estrategias de autocuidado e higiene bucal, la Tabla 3 muestra que el uso de seda dental no es una práctica de los adultos mayores encuestados, sólo un 6% la utiliza; igualmente, se observan bajos porcentajes en el uso de enjuague bucal (5%) y de técnica para lavar la prótesis (15%). También llama la atención que el 66,7% de los participantes presentan dificultad económica o personal para obtener los elementos de aseo. Así mismo, se observa que una mayor proporción de personas, 57,1% no cuentan con apoyo familiar para obtener una salud bucodental; el diagnóstico de una enfermedad sistémica esta presente en el 94,4%, siendo la diabetes y la hipertensión arterial, las de mayor frecuencia (19% y 49,2%, respectivamente)

Tabla 4. Estrategias de autocuidado e higiene bucal según variables sociodemográficas

	Cepillado con crema dental		Uso de seda dental		Uso de enjuague bucal		Técnica para lavar la prótesis		Dificultad económica o personal para adquirir los elementos de aseo*		Consumo de dieta cariogénica	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Sexo												
Masculino	52 (43,3)	3 (50)	4 (66,7)	51 (42,5)	1 (20)	54 (44,6)	5 (33,3)	50 (45)	33 (39,3)	22 (52,4)	33 (39,8)	22 (51,2)
Femenino	68 (56,7)	3 (50)	2 (33,3)	69 (57,5)	4 (80)	67 (55,4)	10 (66,7)	61 (55)	51 (60,7)	20 (47,6)	50 (60,2)	21 (48,8)
Rango de edad*												
60-70 años	46 (38,3)	3 (50)	1 (16,7)	48 (40)	1 (20)	48 (39,7)	3 (20)	46 (41,4)	41 (48,8)	8 (19)	35 (42,2)	14 (32,6)
71-80 años	44 (36,7)	2 (33,3)	4 (66,7)	42 (35)	3 (60)	43 (35,5)	8 (53,3)	38 (34,2)	24 (28,6)	22 (52,4)	28 (33,7)	18 (41,9)
81 años y más	30 (25)	1 (16,7)	1 (16,7)	30 (25)	1 (20)	30 (96,8)	4 (26,7)	27 (24,3)	19 (22,6)	12 (28,6)	20 (24,1)	11 (25,6)
Estado civil												
Con pareja	37 (30,8)	3 (50)	1 (16,7)	39 (32,5)	1 (20)	39 (32,2)	2 (13,3)	38 (34,2)	25 (29,8)	15 (35,7)	27 (32,5)	13 (30,2)
Sin pareja	83 (69,2)	3 (50)	5 (83,3)	81 (67,5)	4 (80)	82 (67,8)	13 (86,7)	73 (65,8)	59 (70,2)	27 (64,3)	56 (67,5)	30 (69,8)

*p=0,003

Al relacionar las estrategias de salud bucodental y las variables sociodemográficas, sexo, edad, estado civil, se observa en la Tabla 4 que se existen diferencias significativas entre el rango de edad y la dificultad económica o

personal para adquirir los elementos de aseo ($p < 0,05$), un mayor número de sujetos entre 60 a 70 años expresaron dicho problema.

Tabla 5. Continuación Estrategias de autocuidado e higiene bucal según variables sociodemográficas

	Discapacidad*		Terapia farmacológica variada y duradera		Presencia de neoplasias**		Apoyo familiar		Enfermedad sistémica	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Masculino	12 (52,2)	43 (41,7)	39 (39,4)	16 (59,3)	3 (75)	52 (42,6)	31 (43,1)	24 (44,4)	53 (44,5)	2 (28,6)
Femenino	11 (47,8)	60 (58,3)	60 (60,6)	11 (40,7)	1 (25)	70 (57,4)	41 (56,9)	30 (55,6)	66 (55,5)	5 (71,4)
Rango de edad (*, **)										
60-70 años	4 (17,4)	45 (43,7)	39 (39,4)	10 (37)	4 (100)	45 (36,9)	33 (45,8)	16 (29,6)	46 (38,7)	3 (42,9)
71-80 años	10 (43,5)	36 (35)	33 (33,3)	13 (48,1)	0 (0,0)	46 (37,7)	21 (29,2)	25 (46,3)	43 (36,1)	3 (42,9)
81 años y más	9 (39,1)	22 (21,4)	27 (27,3)	4 (14,8)	0 (0,0)	31 (25,4)	18 (25)	13 (24,1)	30 (25,2)	1 (14,3)
Estado civil										
Con pareja	8 (34,8)	32 (31,1)	32 (32,3)	8 (29,6)	0 (0,0)	40 (32,8)	21 (29,2)	19 (35,2)	37 (31,1)	3 (42,9)
Sin pareja	15 (65,2)	71 (68,9)	67 (67,7)	19 (70,4)	4 (100)	82 (67,2)	51 (70,8)	35 (64,8)	82 (68,9)	4 (57,1)

* $p=0,03$ ** $p=0,02$

Igualmente, la Tabla 5 muestra que la variable discapacidad como factor de salud bucodental se relaciona con el rango de edad, al incrementar la edad la probabilidad de discapacidad es mayor.

Tabla 6. Estado de salud bucodental de los adultos mayores participantes

Examen Extraoral	Frecuencia	Porcentaje
Aspecto normal	111	88,1
Úlceras e inflamaciones	1	0,8
Anomalías de los labios superior e inferior	1	0,8
Ganglios abultados en cabeza y cuello	7	5,6
No registrado	6	4,8
Índice periodóntico comunitario		
Sano	2	1,6
Cálculo	39	31
Bolsa periodontal de 4 – 5 mm	23	18,3
Sextante excluido	57	45,2
No registrado	5	4,0
Perdida de Fijación		
0-3 mm	15	11,9
4-5 mm	31	24,6
6-8 mm	13	10,3
9-11 mm	2	1,6

Examen Extraoral	Frecuencia	Porcentaje
12 mm o más	1	0,8
Sextante excluído	59	46,8
No registrado	5	4,0
Situación de la Prótesis		
Ninguna prótesis	61	48,4
Prótesis fija unitaria	1	0,8
Prótesis fija de varias unidades	5	4
Dentadura postiza parcial	19	15,1
Dos puntas y Dentadura postiza parcial	5	4
Dentadura completa removible	26	20,6
No registrado	9	7,1
Necesidad de Prótesis		
Ninguna prótesis necesaria	17	13,5
Necesidad de prótesis unitaria	2	1,6
Necesidad de prótesis múltiple	45	35,7
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y múltiple	11	8,7
Necesidad de prótesis completa	51	40,5
Anomalías Dentofaciales y Oclusión		
Normoclusión	112	88,9
Mesioclusión	7	5,6
Distoclusión	3	2,4
Diastemas	2	1,6

Continuación tabla 6

En la Tabla 6 se observa que el 88,1% presenta un aspecto normal al examen extraoral; así mismo, que el 94,4% de los adultos mayores muestran un Índice Periodóntico Comunitario Negativo incluida la ausencia de sextantes y los mayores problemas están en la presencia de cálculos con un 31% y en la presencia de bolsas periodontales de 4 a 5 mm en 18,3%. En cuanto a la pérdida de fijación, en el 24,6% es de 4-5 mm; lo que se convierte en otro indicador de la patología periodontal de base que conlleva a pérdida dentaria.

Igualmente, se muestra que el 48,4% no tiene prótesis y un 25% usa una dentadura completa removible; en cuanto a la necesidad de prótesis, un 40,5% necesita una prótesis completa. El 88,9% presenta normoclusión (Tabla 6).

Tabla 7. Programación de consulta de los participantes del estudio.

Necesidad inmediata de asistencia por trastorno que amenaza la vida	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	108	85,7
Presente	5	4,0
No registrado	13	10,3
Necesidad inmediata de asistencia por dolor por la infección		
Ausente	110	87,3
Presente	5	4,0
No registrado	11	8,7
Consulta Programada		
No	108	85,7
Si	3	2,4
No registrado	15	11,9

Como muestra la Tabla 7 la mayoría de los adultos mayores respondieron no tener una necesidad de atención por trastorno que amenace su vida (85,7%) o por dolor (87,3%).

Tabla 8. Índice de COP-D individual e Índice COP-D comunitario o grupal.

Índices	Media general (Desviación Estándar)	Frecuencia (Porcentaje) n %	Hombres (media general) Desviación Estándar	Mujeres (media general) Desviación Estándar	Valor de p
Índice de Caries	2,5 (3,7)	56 (44,4)	1,5 (2,7%)	3,4 (4,2%)	0,01
Índice de Obturaciones	0,8 (2,1)	26 (20,6)	0,6 (2,3%)	0,9 (1,9%)	0,06
Índice de Perdidas	24,5 (8,1)	126 (100)	26,1 (7,5%)	23,2 (8,4%)	0,04
Índice COP comunitario	27,8 (5,2)	-	28,2 (5,1)	27,5 (5,4%)	0,3
Edentulismo			n %	n %	
Edentulismo parcial	-	75 (59,5)	25 (33,3)	50 (66,7)	0,004
Edentulismo total	-	51 (40,5)	30 (58,8)	21 (41,2)	0,004

La prevalencia de caries en la población estudiada fue de 44,4%; el 20,6% presenta obturaciones y todos presentan pérdidas de órganos dentales. El Índice de COP-D individual promedio es de 2,5 y el comunitario de 27,8. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre hombres y mujeres en los tres primeros índices analizados. Con respecto al edentulismo parcial el 59,5% de la población estudiada le faltan algunos órganos dentales y el 40,5% son edéntulos totales, siendo los hombres con el 58,8% los más afectados con falta de todos los órganos

dentales. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medias de edentulismo parcial y edentulismo total de hombres y mujeres.

Tabla 9. Frecuencia y promedios de la Calidad de vida relacionada con la salud bucodental.

Categorías de calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Medias (Desviación Estándar)
Alta	1	0,8	60
Moderada	14	11,1	53,6 (1,8)
Baja	111	88,1	39,2 (6,6)

Se observa en la Tabla 9 que el 88,1% percibe una baja calidad de vida relacionada con la salud bucodental con un promedio de 39,2.

Tabla 10. Promedios de las subescalas de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental.

	Medias	Desviación estándar
Calidad de vida relacionada con la salud bucodental general	41	7,9
Función física	12,7	2,9
Función Psicosocial	17,8	4
Dolor	10,5	2,7

Se muestran en la Tabla 10 los puntajes promedios bajos que se obtuvieron en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental general (41) y en las sub-escalas, Función Física (12,7), Función Psicosocial (17,8) y Dolor (10,5).

Tabla 101. Relación entre calidad de vida y la salud bucodental

	Calidad de vida	
	Moderada	Baja
Índice de Caries	1,8 (3,8)	2,6 (3,7)
Índice de Obturaciones	0,2 (0,7)	0,9 (2,2)
Índice de Perdidas	28,8 (6,9)	24 (5,3)
Índice COP comunitario	30,9 (3,1)	27,4 (5,3)

$p > 0,05$

Entre tanto, en la Tabla 11 se observa que los sujetos que percibieron una calidad de vida relacionada con la salud bucodental más baja tiene un índice de caries y obturaciones promedio más alto.

Tabla 12. Relación entre calidad de vida y el Índice Periodóntico Comunitario

Índice Periodóntico Comunitario	Calidad de vida	
	Baja (%)	Moderada (%)
Alterado	56 (51,5)	11 (73,3)
Sano	55 (49,5)	4 (26,7)

Sobre la relación entre la calidad de vida y el índice periodóntico comunitario muestra que un mayor número de personas con un índice periodóntico comunitario alterado tienen una baja calidad de vida (56 personas) en comparación con los que la perciben como moderada.

Tabla 13. Relación entre el estado de la salud bucodental y los factores de riesgo.

	OR	IC 95%	Valor de p
Cepillado con crema dental	0,12	0,01-1,1	0,06
Uso de seda dental	2,1	0,2-19,5	0,4
Uso de enjuague bucal	1,4	0,2-17	0,7
Técnica para lavar la prótesis	1,7	0,5-5,6	0,3
Dificultad económica o personal para adquirir los elementos de aseo	0,5	0,2-1,1	0,1
Consumo de dieta cariogénica	0,7	0,3-1,8	0,5
Discapacidad	0,6	0,2-1,9	0,4
Terapia farmacológica variada y duradera	0,6	0,2-1,9	0,4
Enfermedad sistémica	1,1	0,15-8,2	0,9
Presencia de neoplasias	0,8	0,09-7,7	0,9
Apoyo familiar	0,4*	0,2-0,9	0,04
Prótesis	1,1	0,5-2,6	0,7

*p<0,05

Se observa en la Tabla 13 los resultados de la regresión logística binaria, el apoyo familiar es un factor protector significativo para una buena salud bucodental en los adultos mayores estudiados.

5 DISCUSIÓN

El Ministerio de Salud en el ABECÉ sobre el IV Estudio Nacional de Salud Bucal expresa: La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la salud bucodental como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida (157)(158).

En el mismo documento la Asociación Dental Canadiense señala que “la salud bucal es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza”.

Y Sheiham (159) afirma que la salud bucodental afecta a las personas de manera física y psicológica, influenciando su crecimiento y desarrollo, el goce de la vida, el mirar, el hablar, masticar, saborear la comida y disfrutar de la vida social, así como los propios sentimientos sobre su bienestar social.

Los resultados del estudio, coinciden en la generalidad con los datos resultantes suministrados por el ENSAB IV (3); en donde la caries dental tanto en Colombia como en el mundo sigue siendo la de mayor presencia en toda la población, desde las edades más tempranas hasta las edades adultas. Las enfermedades periodontales se incrementan tanto en número de personas afectadas como en severidad, a medida que aumenta la edad. Estas dos patologías afectan la salud bucodental generando pérdida dental a través del curso de la vida, afectando funciones como la masticación, los procesos digestivos, el habla y la interacción social, además tiene interacciones muy importantes en etapas y situaciones de la vida de las personas y en en este caso particular con los adultos mayores que presentan enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, que fueron los

casos de mayor prevalencia en el estudio, y que complejizan más la integridad de los individuos.

Estableciendo un análisis con respecto a las cifras obtenidas en los resultados del estudio y los generados por el ENSAB IV (3) se puede observar que: La prevalencia de caries en el grupo de estudio fue del 44.4%, mientras que la prevalencia de caries para el grupo etario entre los 65 y 79 años registrado en el ENSAB IV (3) es de 43,4%. El índice de COP-D generado en el estudio fue de 27,8 y el generado en el ENSAB IV (3) para el grupo etario entre los 65 y 79 años es de 20,5. La prevalencia de edentulismo total en el estudio es de 40,4% y en el ENSAB IV (3) este mismo ítem para el grupo etario de 65 a 79 años es de 32,8%. La presencia de algún tipo de prótesis en personas entre los 65 y 79 años es 77,4% para el ENSAB IV (3) y para el estudio fue de 44% en contraste con un 48% que no tiene ningún tipo de prótesis.

En los resultados, acorde a uno de los objetivos específicos del estudio, se correlaciona un gran impacto de la salud bucodental en la calidad de vida de los adultos mayores, este hecho se ha demostrado ampliamente a través de varias investigaciones, varios autores resaltan la importancia de la salud bucodental en la calidad de vida, como lo ha expresado Slade y Spencer desde 1994 (160), Locker y Miller en 1994 (161), Locker lo reafirmó en 1995 (162), Awad y colaboradores en el 2000 (163), N'gom y Woda en el 2002 (164), Peterson en el 2003 (158), De Oliveira y Sheiham en el 2004 (165), Peterson y Yamamoto en el 2005 (166), Hyde y colaboradores en el 2006 (167), Cunha - Cruz y colaboradores en el 2007 (168), Lahti y colaboradores en el 2008 (169), Karasneh y colaboradores en el 2009 (170) y el mismo Locker en 2009 (171).

Como lo expresaron Slade y Spencer en 1994 (160), el modelo de enfermedad establecido por Locker en 1988, ha servido para demostrar una ruta por medio de la cual la enfermedad tiene diferentes efectos en la salud y sobre todo en la

calidad de vida de las personas, ilustrando diferentes dimensiones que se presentarán según el grado de complejidad o según el orden jerárquico de la severidad. Acorde a su planteamiento se han podido desarrollar varios de los instrumentos que evalúan la calidad de vida y dentro de los mismos se resalta el GOHAI, usado en este estudio, que evalúan diversas dimensiones como la limitación funcional, dolor, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social e incapacidad. Cuando las condiciones de salud bucodental no son óptimas, las funciones de la boca se ven afectadas en diferentes grados de intensidad y dimensiones, lo cual hace de esta relación un fenómeno que se percibe de manera distinta por cada persona; de la misma manera, cada individuo se ve afectado de manera diferente por condiciones clínicamente similares.

En referencia al impacto de la salud bucodental sobre la percepción de la calidad de vida, en el estudio se reportan mayores puntuaciones en la dimensión que evaluaba la función psicosocial comparada con la función física y la sensibilidad al dolor. Estudios como los de Bortoletto (172) y Esquivel (173) reportan en sus resultados de manera similar a nuestro estudio, que los aspectos funcionales y psicosociales son los mas comprometidos sobre la salud bucodental.

Estudios realizados en Australia y Estados Unidos sobre el impacto de las condiciones bucales en adultos mayores han reportado que las enfermedades bucales muestran disfunción, falta de bienestar y discapacidad con predominante interés clínico, así como impacto al dolor, dificultad al comer y aislamiento (174).

Articulando los resultados del estudio con otros conceptos emitidos por otros estudios a nivel de Latinoamérica y el mundo encontramos que: La cavidad bucal permite hablar, sonreír, besar, tocar, oler y degustar, de tal manera que las alteraciones de la boca pueden limitar el desempeño laboral y en el hogar, de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales puede afectar la calidad de vida de las personas, como lo expresó Peterson en el 2003 (158).

Algunos autores como Hawkins y colaboradores (175), Powel y colaboradores (176) y Suominen – Taipale y colaboradores (177) han identificado factores asociados a la progresión de las enfermedades dentales, como son la edad, el sexo, estado civil, educación, ingreso, autopercepción del estado de salud general, presencia de padecimientos crónicos, limitación en las actividades de la vida diaria, número de medicamentos prescritos, frecuencia y cantidad de alimentos azucarados consumidos, frecuencia del cepillado dental, visitas regulares al dentista, número de dientes presentes, pérdida de inserción del ligamento periodontal, número de dientes cariados, número de dientes perdidos por caries y uso de prótesis total o parcial removible.

Como se evidencia en el estudio el alto porcentaje de pacientes con Hipertensión y Diabetes, son demostración que las enfermedades sistémicas con manifestaciones bucales aumentan el riesgo para enfermedades bucodentales y que a su vez estas mismas son factores de riesgo para algunas condiciones sistémicas, como lo expresa Peterson en el 2003 (158) y Griffin y colaboradores en el 2009 (178). La salud bucodental deficiente de los adultos mayores generalmente esta acompañada por una mala salud general, reconociendo que la salud bucodental entre las personas mayores es esencial para su calidad de vida como lo han expresado autores como Slade y Spencer en 1994 (160), Slade en 1997 (179), Semba y colaboradores en el 2006 (180), Locker en el 2009 (171), Locker y Quiñones en el 2009 (181), Lahti y colaboradores en el 2008 (169) e Inukai y colaboradores en el 2008 (182).

Griffin y colaboradores en el 2009 (178) y Cunha – Cruz y colaboradores en el 2007 (168), en sus investigaciones han vinculado el estado de salud bucodental con el estado de salud general, encontrando asociación entre la enfermedad periodontal y algunas enfermedades crónicas como la diabetes, producto de las dietas recomendadas a las personas se observa una afectación de su estado

nutricional como lo expresa Koehler y Leonhaeuser (183) y Bartali y colaboradores (184).

En el estudio se pudo observar a través del análisis de los odontogramas, que la presencia de caries radicular es frecuente, y este dato coincide con estudios realizados por Wallace y colaboradores (185) y reafirmado por Joshi y colaboradores (186), los cuales expresan que la prevalencia de caries radicular en las personas ancianas es mayor que en las personas mas jóvenes y este varia entre el 13 y 89 % y está asociado con las superficies en riesgo. En los Estados Unidos el 94% de los ancianos mostraron experiencia de caries dental según lo expresa Lundgren y colaboradores (187), además Starr y colaboradores (188) consideran que la caries es la principal causa de perdida dental en esta población, algo que también coincide con el alto número de personas con edentulismo total en el estudio.

La enfermedad periodontal es una de las causas de perdida dental y esta conlleva a su vez a una serie de cambios en la capacidad masticatoria de los adultos mayores por lo cual se genera una modificación en la selección de los alimentos así lo enuncia Hutton y colaboradores (189), de allí como se observa en el estudio los hábitos alimenticios de los individuos estudiados contienen preparaciones como purés, papillas, mazamorras, pan, etc. que además en algunos casos con alto contenido en carbohidratos lo que se convierte en factor de riesgo cariogénico.

Con respecto a los niveles de inserción de los tejidos periodontales el estudio muestra que la situación mas altamente encontrada es que tengan nivel de inserción entre 4 y 5 mm. en un 24% sin embargo se han reportado prevalencias entre 25 y 48% de perdida de nivel de inserción de 6 mm o más entre adultos mayores en países desarrollados, donde la prevalencia de edentulismo está disminuyendo como lo expresaron Boehm y Sacanapeco en el 2007 (190).

El alto porcentaje de adultos mayores con edentulismo total es otra hecho que se observa en el estudio, y a pesar que hay autores como Peterson (158), que consideran que esto es consecuencia del envejecimiento otros investigadores como Niessen y Weyant, 1989 (191) y Burt y colaboradores en 1990 (192), ya habían expresado que la perdida dental esta mas íntimamente relacionado con experiencias de procesos infecciosos no atendidos o atendidos de manera deficiente y a la falta de higiene.

El edentulismo parcial estuvo presente en el estudio en un 59,5 % y el edentulismo total en un 40,5 %, en contraste con lo que pasa en el mundo se ha observado en los países industrializados una disminución de la prevalencia entre un 15 a 20% según lo reporta Cunha – Cruz y colaboradores en el 2007 (168), caso particular de los Estados Unidos el cual reporta que para el grupo etario de 70 años y más esta alrededor del 37%, sin embargo países como México no reportan aun el cambio de transición epidemiológica que demuestre una tendencia hacia la disminución del edentulismo.

Se evidenció en el trabajo algunos casos de lesiones noplasicas asociadas presumiblemente a un mal ajuste de las prótesis que se convierte en un traumatismo constante y que en combinación con otros factores de riesgo potencializan la aparición de este tipo de lesiones, Hand y Whilehill (193) consideran que hay lesiones en mucosa bucal, cuando existe una alteración en la textura, color y continuidad de la superficie de la mucosa bucal y que estas lesiones pueden ser blancas tipo leucoplasias o rojas tipo eritroplasias y que dentro de las mismas se pueden desarrollar benignas, premalignas y malignas. Según la Organización Panamericana de la salud (OPS) y la Organización Mundial de la salud (OMS) afirman que de todas las neoplasias malignas el 5% corresponden a cáncer de la cavidad bucal y faríngea. Según afirma Petersen en el 2009 (194), el cáncer bucal es mas frecuente en los países industrializados y

entre el sexo masculino, siendo el octavo tipo de cáncer más frecuente en los hombres.

Otra situación particular que se observa como resultado del estudio es la dificultad para acceder al sistema de salud lo cual conlleva a que la salud bucodental de los adultos mayores es deficiente y que al igual que en resto del mundo esta asociada con la inequidad y la falta de acceso a los servicios de salud como lo afirma Peterson desde el 2003 (158) y lo confirma la OMS en el 2006 (157).

De manera coincidencial entre los resultados del estudio y estudios realizados en el Japón y Australia (195), se ha observado que la salud bucodental de las personas que están institucionalizadas es peor que la población abierta en general e involucran una mayor prevalencia de edentulismo y necesidades no atendidas de salud bucodental, lo anterior está relacionado con el pobre estado de salud bucodental y salud mental.

En su mayoría, esta población es la más desprotegida, no cuenta con seguridad social, no es económicamente activa y además, su condición de salud plantea un complicado esquema, el cual engloba enfermedades crónico degenerativas, limitaciones para la realización de actividades cotidianas, discapacidad y minusvalía, como lo reportó Borges - Yáñez en su estudio (196). Su perfil de morbilidad bucal se caracteriza por una elevada prevalencia de caries dental y periodontopatías, que se constituyen en los principales factores responsables de la pérdida dental en este grupo de edad.

Con respecto al apoyo familiar, en el estudio es relevante dicho apoyo para mejorar la estabilidad y calidad de vida de los adultos mayores, Díaz y Soler (197) en un estudio realizado en Cuba, donde fueron evaluados por el Apgar familiar un grupo de adultos mayores confirman que si bien la familia es importante en cualquier etapa de la vida, para el adulto mayor es cada día mas importante,

debido a su creciente dependencia y a la pérdida progresiva de contactos sociales.

Como complemento a lo anterior en un estudio realizado por Aranda, Pando y colaboradores en México (46) demostró que el apoyo familiar es definitivo para el adulto mayor y su carencia predispone más al individuo a padecer enfermedades y a tener trastornos psicológicos, evidenciado en el estudio en los momentos de la relación interpersonal con el estudiantado, donde toda esta población reclama una muestra de cariño, un ser escuchados y un que vuelvan pronto porque no queremos estar solos.

En coherencia con todo lo expuesto, los resultados del estudio dieron respuesta al planteamiento del problema y logró el objetivo de conocer como la salud y la percepción de la misma en los adultos mayores, puede comprometer de una u otra manera su calidad de vida indudablemente relacionada con su salud bucodental. Situaciones como el abandono de muchos de los adultos mayores en los hogares geriátricos y la falta de recursos y no de voluntad experimentada no solo por San Camilo sino por otros centros geriátricos ubicados en la periferia, permite inferir que se puede generalizar los resultados obtenidos en este estudio; lo que confirma que estamos frente a un problema de salud pública que requiere una intervención del Estado y una revisión de las Políticas y Programas emanadas para esta población, como también el apoyo intersectorial.

Dentro las limitaciones del estudio se consideran, la dificultad para hacer el proceso de encuestas y la evaluación clínica, muchos adultos mayores por su condición de abandono y su vulnerabilidad sobretodo en San Camilo se vuelven aprehensivos y en algunos casos agresivos por lo que había que realizar un trabajo de motivación primero antes de intervenir, para el caso de los estudiantes y docentes una limitante fue la disponibilidad de tiempo ya que solo podían asistir una vez en la semana para la recolección de las muestras y otra limitación es la

dificultad para plantear estrategias de intervención inmediata en frente de tanta necesidad de tratamiento, sin embargo se pudieron obtener unos resultados que evidencian la inequidad, la desigualdad y la falta de oportunidades para este grupo poblacional.

6 CONCLUSIONES

El estudio demostró en sus resultados el alto grado de deterioro de la salud bucodental de los adultos mayores por lo que se puede concluir que no han experimentado un envejecimiento bucodental fisiológico sino patológico. La alta prevalencia de caries y de enfermedad periodontal, acompañada de un alto grado de edentulismo son producto de una serie de factores como una mala higiene oral, la presencia de enfermedades sistémicas en un alto porcentaje, el consumo de una dieta cariogénica, la falta de atención profesional odontológica oportuna y periódica, la dependencia y las limitaciones tanto físicas como económicas y la falta de apoyo familiar.

Se concluye además que otras condiciones como ser del sexo femenino independiente que hubiera sido el número mayor en la muestra, no haber tenido un trabajo calificado que en la vejez le hubiera garantizado un respaldo de su seguridad social, el hecho de no tener una pareja se convierten también en factores que en el caso particular del estudio coadyuvan para demostrar una alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal.

Es importante resaltar la situación de lesiones neoplásicas que se puede estar presentando en la mucosa oral por desadaptación de las prótesis, lo cual se convierte en un agravante más a esta problemática ya que la evolución de cáncer es uno de los más agresivos y deteriorantes que existen por las dificultades para triturar y deglutir los alimentos.

Los resultados obtenidos en este estudio a través de la encuesta de autopercepción confirman la existencia del impacto de la salud bucodental en la calidad de vida de los adultos mayores, sobre todo en el sexo femenino. Se concluye que la alta prevalencia de caries, enfermedad periodontal con su alta presencia de cálculos dentales y el edentulismo se convierten en elementos que impactan en la calidad de vida de los adultos mayores, muchos de ellos anhelan

un mejor estado, bocas limpias y rehabilitadas otros están conformes con su apariencia y hasta con su condición de edéntulos sobrepasando el hecho que afecte la función del sistema estomatognático y su proceso nutricional.

Las dimensiones registradas en el estudio, con mayor impacto son la psicosocial y la funcional, lo que refiere implicaciones importantes en la realización de actividades cotidianas de los adultos mayores. Por otro lado la dimensión con menos impacto es el dolor, ello es entendible, ya que los adultos mayores en estas circunstancias difícilmente acuden a los Centros de Salud a solicitar el servicio odontológico, por lo que no se puede concluir que esta dimensión no se presenta, pero si se ven reflejadas en las capacidades fisiológicas bucodentales, afectación al desear establecer comunicación y desenvolverse socialmente.

7 RECOMENDACIONES

El estudio evidenció en sus resultados la alta prevalencia de caries, enfermedad periodontal y edentulismo que padece la población adulta mayor institucionalizada de los dos Centros de atención y demostró también la creciente necesidad de prestarles servicio odontológico curativo y especialmente de rehabilitación, por lo tanto se hace necesario implementar algunas estrategias para poder brindar esta atención ya que muchos tratamientos que requieren no están dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Es importante señalar que no basta con crear más y mejores servicios de salud, sino que es importante inculcar la cultura de la salud dirigida a informar, educar y atender desde edades tempranas conductas preventivas en el mantenimiento de la salud y diagnóstico oportuno de la enfermedad bucodental, que no solo permita aumentar años de vida, sino que estos sean de calidad.

La necesidad social en este grupo poblacional refiere la importancia que tiene el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud, médicos de práctica general, especialistas, geriatras y odontólogos, quienes tiene la responsabilidad de realizar exámenes estomatológicos de rutina, dirigidos a detectar problemas bucodentales en el adulto mayor. Del mismo modo, deben canalizarlos a las áreas correspondientes, como prácticas de prevención, intervención temprana y rehabilitación de las diversas condiciones físicas y subjetivas que se puedan ver afectadas. Con ello se logrará un envejecimiento digno y saludable

A pesar de que este estudio se realizó con una muestra no muy grande, los resultados obtenidos aportan evidencia suficiente para impulsar este tipo de investigaciones, que sirven como referente para brindar un mayor espacio dentro de los programas educativos del área odontológica al adulto mayor, conscientes

de su problemática y atención pertinente. Asimismo, el incremento actual y futuro de la población de adultos mayores obliga a reorientar las Políticas de Salud a favor de dicha población.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Bucodental. Informe No. 318 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Tovar S, Zúñiga E, Franco A, Jácome S, Ruiz J. III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III). Bogotá: Ministerio de Salud y Centro Nacional de Consultoría CNC; 1999.
3. Colombia. Ministerio de Salud. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). Unión Temporal Sistemas especializados de información SEI S.A. y Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2014.
4. Colombia. Ministerio de Salud y de Protección Social. Resolución 1841 de 2013. Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario oficial 48811 de junio 4 de 2013.
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019. Diciembre de 2007.
6. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0412 del 2000 y Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública. Bogotá, Colombia Mayo 2007 (B. atención preventiva en Salud Bucal).
7. Cardentey GJ, Trujillo OP, Silva CA, Sixto IM, Crespo PC. La salud oral de la población geriátrica que pertenece a "Ormani Arenado" Clínica Dental. Rev Ciencias Médicas. 2011; 15 (2): 76-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200008&lng=es
8. Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 116 (5): 419-26, mayo de 1994.
9. Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Estudio para la planificación integral de la odontología en Venezuela. Caracas. Venezuela: Ministerio de Sanidad y Asistencia social; 1972.
10. Brasil, Ministerio de Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministerio de Saúde, Centro de documentação; 1988.
11. Brenes W, Murillo G. Estado de salud oral y utilización de servicios odontológicos. En: Estudios de la 3ª edad en Coronado. San José, Costa Rica: Organización

- panamericana de la salud; 1990;97-109 (Serie Salud del Adulto, monografía 90-01).
12. Badenier O, Mariño R. Magnitud de las enfermedades dentales en adultos mayores de 60 años. En volumen 2: Vejez y Envejecimiento. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 1987:34-37.
 13. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Estado del cumplimiento de las normas nacionales de salud bucal para el año 2000: análisis comparativo, años 1984-1989. Habana Cuba: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de estomatología; 1989.
 14. Almida JJ, de Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1990;19:173-175.
 15. Heft M, Cardash HS, Ronen B, ben -Ur Z. The prevalence of denture related injuries in patients resident at two Israeli geriatric hospitals. *Gerodontology* 1986; 5:123-127.
 16. Pan American Health Organization. Aprofile of the elderly in Argentina. Washington, Dc:PAHO;1989. (Cuaderno técnico 26)
 17. Pan American Health Organization. Aprofile of the elderly in Costa Rica. Washington, Dc:PAHO;1990. (Cuaderno técnico 29)
 18. Pan American Health Organization. Aprofile of the elderly in Guyana. Washington, Dc:PAHO;1989. (Cuaderno técnico 24)
 19. Pan American Health Organization. Aprofile of the elderly in Trinidad y Tobago. Washington, Dc:PAHO;1989. (Cuaderno técnico 22)
 20. Pan American Health Organization. Aprofile of the elderly in Chile. Washington, Dc:PAHO;1990. (Cuaderno técnico 30)
 21. Pan American Health Organization. Aprofile of the elderly in El Salvador. Washington, Dc:PAHO;1989. (Informe Preliminar)
 22. Pan American Health Organization. Aprofile of the elderly in Brasil. Washington, Dc:PAHO;1989. (Informe Preliminar)
 23. National Institutes of Health. Oral health of United States adults. Bethesda, Maryland:NIH;1987. (Publicación NIH 87-2868)
 24. Murtomaa H, Laine P, Masalin K dental health practice among Finnish adults. *Comm Dent Health* 1984; 1:131-140.

25. Arango, VE; Ruiz, IC. Diagnóstico de los Adultos Mayores de Colombia. Fundación Saldarriaga Concha. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: mimeo, 2007.
26. Munevar AM, Rojas JK, Marín DJ. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de odontología de la Universidad nacional, durante el primer semestre del año 2000 y cuál es la percepción que tiene estos pacientes sobre su propio estado bucal. Revista de Odontología. <http://encolombia.com/odontología>
27. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Disponible en : www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
28. Organización Mundial de la Salud OMS | 10 datos sobre el envejecimiento de la población [internet]. [consultado 2015 Mayo 30] Disponible en: www.who.int/features/factfiles/ageing/es/
29. World Population Prospects: the 2002 revision. Transición demográfica Mundial, 1950-2050. [internet]. Disponible en: www.marista.edu.mx/.../33/envejecimiento-de-la-poblacion-mundial
30. CEPAL. El envejecimiento de la población mundial es inevitable. Estudio económico y social Mundial. 2007. [internet] Disponible en: www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/5/.../wess07factsheetSP.pdf
31. Fundación Santillana para Iberoamérica y Asociación Interdisciplinaria de Gerontología AIG de Colombia en colaboración con el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas FNUAP. COLOMBIA ENVEJECE: VAMONOS PREPARANDO. Implicaciones e impacto del envejecimiento demográfico. Mesa Redonda. Edición Dulcey-Ruiz E. AIG de Colombia. Bogotá, 2003.
32. ONU. CEPAL.CELADE. La transición demográfica en América Latina. [internet] Disponible en: www.cepal.org/celade/sitdem/de_sitdemtransdemdoc00e.html
33. EL ENVEJECIMIENTO Y SU ATENCIÓN EN COLMBIA: UN BALANCE Y PRESPECTIVAS. Consejería Presidencial para la política social, Vicepresidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación, ACCI, Ministerios de: Trabajo y Seguridad Social, de Relaciones Exteriores, Educación, Salud,

- Desarrollo y Comunicaciones. Bogotá, 2001. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/COLOM009.pdf
34. Rincón Mesa M. Transición demográfica, cambios sociales y envejecimiento. DANE, 1999.
35. Fundación Santillana para Iberoamérica, el Fondo de Población de las Naciones Unidas FNUAP y la Fundación Centro de Psicología Gerontológica CEPsIGER. DIALOGOS SOBRE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ. Buscando caminos para hacer viables un envejecimiento y una vejez digna. Mesa de Trabajo. Edición Dulcey-Ruiz E. Bogotá, 2010.
36. CEPAL. CELADE. Presentación de Dirk Jaspers 2010 en Cuba. Disponible en : www.unfpa.org.mx/noticias.php?id=4
37. Ministerio de la Protección Social. DIAGNOSTICO PRELIMINAR SOBRE PERSONAS MAYORES, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES EN COLOMBIA. Bogotá, 2007. Disponible en: www.minsalud.gov.co/proteccion-social/.../Situacion%20Actual%20de%2
38. ENCUESTA NACIONAL DE PROFAMILIA, 2005. [internet] Disponible en : www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/.../Principales in
39. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Envejecer nos “toca” a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, Universidad de Antioquia 2002. Citado por: Ministerio de la Protección Social. DIAGNOSTICO PRELIMINAR SOBRE PERSONAS MAYORES, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES EN COLOMBIA. Bogotá, 2007. [internet] Disponible en : www.minsalud.gov.co/proteccion-social/.../Situacion%20Actual%20de%2
40. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia. Revista epidemiológica de Antioquia. Vol. 25. No. 1-3, (2000). Citado por: Ministerio de la Protección Social. DIAGNOSTICO PRELIMINAR SOBRE PERSONAS MAYORES, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES EN COLOMBIA. Bogotá, 2007. [internet] Disponible en : www.minsalud.gov.co/proteccion-social/.../Situacion%20Actual%20de%2
41. Misión Para el Diseño de una Estrategia de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, MERPD. 2004-2015. Citado por: Ministerio de la Protección Social.

DIAGNOSTICO PRELIMINAR SOBRE PERSONAS MAYORES, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES EN COLOMBIA. Bogotá, 2007. [internet] Disponible en : www.minsalud.gov.co/proteccion-social/.../Situacion%20Actual%20de%2

42. Acosta OL. Financiamiento del Sistema de Protección Social. Citado por: Ministerio de la Protección Social. DIAGNOSTICO PRELIMINAR SOBRE PERSONAS MAYORES, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES EN COLOMBIA. Bogotá, 2007. [internet] Disponible en : www.minsalud.gov.co/proteccion-social/.../Situacion%20Actual%20de%2
43. Cardona Arango D. Situación de salud del Adulto Mayor institucionalizado Medellín, 2008. Universidad CES. 1ª ed. Medellín 2010.
44. Marín L et al. Evaluación de 1497 adultos mayores institucionalizados usando el sistema de Clasificación de Pacientes RUGT-18. Rev. Méd Chile 2004;132 (5) Citado por: Cardona Arango D. Situación de salud del Adulto Mayor institucionalizado Medellín, 2008. Universidad CES. 1ª ed. Medellín 2010.
45. OMS. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y envejecimiento. Segunda Asamblea mundial, España 2002. [internet] Disponible en: www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2 Citado por: Cardona Arango D. Situación de salud del Adulto Mayor institucionalizado Medellín, 2008. Universidad CES. 1ª ed. Medellín 2010.
46. Aranda C. Pando M. Flores M. García T. Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barna 2001:28 (2):70 Citado por: Cardona Arango D. Situación de salud del Adulto Mayor institucionalizado Medellín, 2008. Universidad CES. 1ª ed. Medellín 2010.
47. Nieto Antolinez ML, Alonso Palacio LM. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? Salud Uninorte Barranquilla, Col. 2007; 23 (2):292-301.
48. Minor L, Kaemppffmam G. La problemática del anciano institucionalizado, 1-3. Citado por: Cardona Arango D. Situación de salud del Adulto Mayor institucionalizado Medellín, 2008. Universidad CES. 1ª ed. Medellín 2010.

49. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1276 de 2009. Por la cual se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida. Diario Oficial N° 47.223 de enero 5 de 2009.
50. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1315 de 2009. Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifican la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención. Diario Oficial N° 47.409 de julio 13 de 2009.
51. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS-2010. Capítulo 17 Adulto Mayor. [internet] Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/.../index.php?...id.
52. Teorías del envejecimiento. Disponible en: escuela.med.puc.cl/pub/manual-geriatria/pdf/envejebiológico.pdf.
53. Orgel LE. The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing. Proc Natl Acad Sci 1970; 76:1476.
54. Shelldrake AR. The ageing, growth, and death of cells. Nature 1974; 250: 381-5.
55. Ramón y Cajal S. El mundo visto a los 80 años. En obras completas. Austral Summa Madrid, 2000.
56. Harman D. Aging: a theory based on the radical and radiation chemistry. J Gerontol 1956; 11:298-300.
57. Moysis, RK. The human telomere. En Scientific American. 267 (2), 34-41 EE.UU.: Scientific American. 1991.
58. Lange, TR. Science. 279. Washington, D.C. American Association for the Advancement of Science. 334-335.
59. Miquel J, Fleming JE. A two-step Hypothesis on the mechanism of in vitro cell aging cell differentiation followed by intrinsic mitochondrial mutagenesis. Exp Gerontol 1984; 19:31-6.
60. Cumming E, Henry W. Gowing old: The process of disengagement. New York: Basic Books.
61. Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010. E-Book
62. Bates JF, Adams D, Stafford GD. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. 1a ed. México. El manual moderno 1986; 5:63-73. Citado por: Roisinblit

- R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
63. Baldini M, Balduchii L, Campo J. El envejecimiento de la cavidad oral y sus tejidos. 2ª edición. Madrid Trigo Ediciones. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
64. Miguel JL, Ruiz Vega R et al. Involución senil de la región bucal. Revista Española de Odontoestomatología, 1984; 32:267-272. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
65. Caballero García J, et al. Patología sistémica oral en el paciente geriátrico. Rev. Europ. de Estomat. 1990, 2: 131-136. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
66. Ainamo A, Osterberg T. Changing demographic and oral disease patterns and treatment needs in the Scandinavian populations of old people. International dental Journal. 1992; 42: 311-322. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
67. Menéndez E, Ruiz M. Nutrición en la tercera edad. Rev. Geriátrica Práctica. 1992; 2:3-17. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
68. Baum BJ. Changes in salivary glands and salivary secretion with aging. 2ª ed. Dinamarca. 1996; p.117-126. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
69. Sreebny LM. Schwartz S. A reference guide to drags and dry mouth. Gerodontology. 1986; 5:75-99. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
70. Iacopino AM, Wathen WF. Geriatric prosthodontics: an over view. Part I Pretreatment. Quintassen. Int. 1993; 24 (4):259-266. Citado por: Roisinblit R. y

- Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
71. Berg R, Morgesnstern NE. Cambios Fisiológicos del envejecimiento. Clin. Odon. De Norteam. Edit. Interamericana. México. 1997;4:731-753. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
72. Mjör I. Changes in the teeth with aging Textbook of Geriatric Dentistry. Cap. 5 2a ed. Dinamarca. 1996;p. 94 - 102. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
73. Hernández de Ramos M. Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. 1ª ed. Colombia. Unibiblos. Cap.1 2001; p 27-35. Citado por: Roisinblit R. y Colaboradores. Odontología para las personas mayores. 1ª edición. Buenos Aires: el autor, 2010.E-Book
74. Van der Velden U, Winkel Eg, Abbas F. A posible prognostic indicator for periodontal breakdown. JC Periodontology 12, 1985; 861-866.
75. Shay K. Caries de la raíz en el paciente mayor: Importancia, prevención y tratamiento. In: Toma de decisiones clínica en odontología geriátrica. Clínicas odontológicas de Norteamérica. 1997. P871-907.
76. Lynch E, Beighton D. Relationships between mutans streptococci and perceived treatment need of primary root-caries lesions. Gerodontology. 1993;10: 98-104.
77. Beck JD. The epidemiology of root surface caries: North American studies. AVD Dent Res. 1993; 7(42).
78. Grossi SG, Genco RJ, Machtei E. et al. Assessment of risk for periodontal disease: II Risk indicators for alveolar bone loss. J Periodontol. 1995 Jan; 66;23-9.
79. Holm-Pedersen P, Agerbaeck N, Theilade E. Experimental gingivitis in young and elderly individuals. J Clin Periodontol. 1975 Feb; 2:14-24.
80. Oliver RC, Diabetes –a risk factor for periodontitis in adults? J Periodontol. 1994 May;65:530-8.
81. Dongari A, McDonnell HT, Langlais R. Drug-induced gingival overgrowth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993;76 543-8.

82. Bascones A, Tenovuo J, Ship J, Turner M, Mac Veigh I, Lopez-Ibor J. et al. Conclusiones del Simposio 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente. Av odontoestomatol. 2007 ;23:119-26.
83. Von - Marttens A, Carvajal J, Leighton Y, et al. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Rev Clin. Periodoncia. Implantol. Rehabilit. Oral. Vol 3;27-33. 2010.
84. Saez Carriera R, Carmona M. Cambios bucales en el adulto mayor. Revista Cubana Estomatol. V 44. N° 4. 2007.
85. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica, 2012. Vol. 30 N° 1,61-71.
86. Campbell A., Converse P., & Rodgers W. (1976) The Quality of American Life. New York: Russell Sage. Citado por: Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica, 2012. Vol. 30 N° 1,61-71.
87. Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 18, 32-38. Citado por: Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica, 2012. Vol. 30 N° 1,61-71.
88. Cummins, R.A. Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of Intellectual Disability Research, 49, 699-706. 2004.
89. Borthwick-Duffy, S.A. Quality of life and quality of care in mental retardation. 1992.
90. Felce, D., & Perry, J. Quality of life: Its definition and measure – ment. Research in developmental disabilities, 16, 51-74. (1995)
91. Organización Mundial de la Salud OMS. Definición Conceptual de calidad de vida. [internet] Disponible en : www.who.int/es/
92. Smith, K., Avis, N., & Assman, S. Distinguishing between quality of life and health status en quality of life research: A Meta - analysis. Quality of life Research, 8,447-459. 1999.

93. Fernández – Ballesteros, R. Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57-65. 1998.
94. Trujillo, S., Tobar, C., & Lozano, M. Formulación de un modelo teórico de calidad de vida desde la Psicología. *Universitas Psychologica* 3,89-98. 2004.
95. CELADE/División de población, CEPAL. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Rossella Palomba. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores. Santiago de Chile, 2002.
96. Ship JA. The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell. *Physiol. Behav.* 1999; 209-215
97. Neumann LM, Chirstensen C, Cavanaugh C. Dental esthetic satisfaction in adults. *J Am Dent. Assoc.* 1989; 118: 565-570.
98. Cohen K, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv.* 1976; 6: 681-698.
99. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la salud. Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud OMS, NO 2, p 100. 1948.
100. Dolan T. Identification of an appropriate outcomes for an ageing population. *Spec Care Dentist*, 1993; 13:35-39.
101. OMS. Clasificación Internacional de Función, Actividad y Participación. Génova; 2001.
102. OMS. Estudio protocolario para formalizar instrumentos de calidad de vida. *Qual Life Res.* 1993; 2:153-159.
103. Reisine S, Miller J. A longitudinal study of work loss related dental disease. *Soc Sci Med* 1986.; 22: 1309 -14
104. Locker D, Clarke M, Payne B. Self – perceived Oral Health Status, Psychological Well-being and life Satisfaction in an Older Adult Population. *J Den Res* 2000; 79:970-5.
105. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to Older Adults: Influences on the Quality of life. *J Am Dent Assoc.* 1993;124:105-10

106. OMS. Reporte mundial de Salud Oral 2003. Salud oral, salud general y calidad de vida. Génova: OMS, 2003.
107. Blaum CS, Fries BE, Fiatorne BA. Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing home residents. *J Gerodontology A Biol Sci Med Sci.* 1995; 50:62-8.
108. Gregory J, Gibson B, Robinson PG. Variation and change in the meaning of oral health related quality of life: a “grounded” systems approach. *Soc Sci Med.* 2005; 60: 1859-68.
109. Locker D. Measuring Oral Health: A conceptual framework. *Community Dent Health.* 1988;5: 3-18
110. Adulyanon S. An integrated socio - dental approach to dental treatment need estimation. University College London; 1996.
111. Rosenoer LM, Sheiham A. Dental impacts on daily life and satisfaction with teeth in relation to dental status in adults. *J Oral Rehabil* 1995; 22:469-80.
112. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing socio-dental indicators. The social impact of dental disease. *Community Dent Health,* 1986; 3:3-17.
113. Tubert- Jeannin S, Riordan PJ, Morel – Papernot A, Porchearay S, Saby – Collet. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in france. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31:275-84.
114. Locker D, Grushka M. The impact of dental and facial pain. *J Dent Res.* 1987; 66: 14-17.
115. Inglehart MR, Babramian RA. Editores. Oral Health- related quality of life. Chicago: Quintessence; 2002. P. 111-121.
116. Gooch BF, Dolan TA, Bourque L. Correlates of self- reported dental health status upon enrollment in the Rand Health Insurance Experiment. *J Dent Educ.* 1989; 53:629-37.
117. Nikias MK, Sollecito WA, Fink R. An empirical approach to developing multidimensional oral status profiles. *J Public Health Dent.* 1978; 38:148-58.

118. Atchison KA, Mathias RE, Dolan TA, Lubben JE et al. Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders. *J Public Health Dent* 1993;53:223-30.
119. Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of Life: A dynamic construct. *Soc Sci Med*. 1997;45: 221-230.
120. Fuente Hernández J, Fuentes Pérez, et al. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *UnivOdontol*. 2010.; 29: 83-92.
121. Pinzón Pulido SA, Zunzunegui MA. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Rev Mult Gerontol*. 1999; 9:216-24.
122. Wong MC, MacMillan AS. Tooth loss, denture wearing and oral health-related quality of life in elderly Chinese people. *Community Dent Health* 2005 Sep; (3):156-61.
123. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clín Med Fam* 2012; 5 (1): 9-16.
124. Organización de las Naciones Unidas. Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena 1982. [internet] [consultado 2015 Mayo 30]. Disponible en: www.un.org/es/development/devagenda/ageing.shtml
125. Organización de las Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas en favor de la tercera edad. Diciembre de 1991. Resolución 46/91. [internet] [consultado 2015 Mayo 30] Disponible en: www.acnur.es/PDF/1640_20120508172005.pdf
126. Organización Mundial de la Salud OMS. Envejecimiento Activo. [internet] [consultado 2015 Mayo 30] Disponible en: www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx
127. *Envejecimiento activo, mejor vida en la tercera edad*. Entrevista con el doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez, jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Publicada en:

- saludymedicinas.com.mx. <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/climaterio/prevencion/envejecimiento-activo.html>
128. Organización de las Naciones Unidas. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Madrid 2002. [internet] Disponible en: www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2
129. Organización de las naciones Unidas. CEPAL. Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento. Santiago2003. [internet] Disponible en: www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/
130. CEPAL. II Foro Centroamericano y del Caribe sobre envejecimiento, San Salvador 2004. [internet] Disponible en : www.cepal.org/publicaciones/xml/8/22588/lcl2347e.pdf
131. ONU. CEPAL. CELADE. Reunión de Expertos y de gobiernos sobre envejecimiento en América del Sur. Buenos Aires 2005. [internet] Disponible en : www.cepal.org/id.asp?id=26126
132. CEPAL. Guía Metodológica para la Evaluación Participativa de Políticas y Programas en el marco del Envejecimiento.2007. [internet] Disponible en: www.cepal.org/.../7216-guia-metodologica-para-la-evaluacion-participat...
133. CEPAL. Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. Brasilia, 2007.[internet] Disponible en : www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/lcg2359_e.pdf
134. CEPAL. Declaración de Tres Ríos. Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica. 2012. [internet] Disponible en : www.fides.org/spa/documents/15052012_caritas_puertorico.doc
135. HelpAge. Índice global de envejecimiento 2014. [internet] Disponible en : www.helpage.es/noticias/lanzamos-el-ndice-global-del-envejecimiento/
136. CEPSIGER. Envejecimiento y Desarrollo más allá del 2015. [internet] Disponible en:
fundacioncepsiger.org/nuevosite/tag/objetivos-de-desarrollo-del-milenio

137. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 29 de 1975. Por el cual se faculta al gobierno para establecer la protección a la ancianidad y se crea el fondo de la ancianidad desprotegida. Diario Oficial N° 34.320 de 14 de octubre de 1975.
138. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 12 de 1975. Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre el régimen de pensiones de jubilación. Diario Oficial N° 34.245 de 16 de enero de 1975.
139. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 4 de 1976. Por la cual se dictan normas sobre materia pensional e los sectores público, oficial, semioficial y privado. Diario oficial N° 34483 y 34500. Enero 21 de 1976.
140. Colombia. Presidencia de la Republica. Ley 2737 de 1988. Por el cual se expide el código del menor. Derogado por la ley 1098 de 2006.
141. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 55 de 1985. Por medio de la cual se dictan normas tendientes al ordenamiento de las finanzas del estado y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N° 37.029 de 26 de junio de 1985.
142. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990. Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N° 39.137 de enero 10 de 1990.
143. Colombia. Pueblo de Colombia representado en Delegatarios de la Asamblea Nacional Constituyente. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Publicada en la Gaceta Constitucional 116 de 20 de Julio de 1991. Disponible en: www.constitucioncolombia.com
144. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley 100 de 1993. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Diario Oficial 41148 de 23 de Diciembre de 1993. Bogotá. El Ministerio;1993
145. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1151 de 2007. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Diario Oficial 46700 de julio 25 de 2007.
146. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. 2007-2019.
147. Colombia. Presidencia de la Republica. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

148. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1171 de 2007. Por medio de la cuales establecen unos beneficios a las personas adultas mayores. 7 de Diciembre de 2007.
149. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1251 de 2008. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Diario Oficial N° 47.186 de 27 de Noviembre de 2008.
150. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1276 de 2009. Por la cual se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida. Diario Oficial N° 47.223 de enero 5 de 2009.
151. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1315 de 2009. Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifican la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención. Diario Oficial N° 47.409 de julio 13 de 2009.
152. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2462 de 2013. Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de salud. Diario Oficial N° 48.967 de 7 de Noviembre de 2013.
153. Cabrera- Coria A. La utilización de indicadores sociales en la medición del impacto en las enfermedades bucales. [tesis] México: Fac. Odont. UNAM.1999.
154. Misrachi C, Espinoza I, Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud oral. Rev Dental. Chile. 2005; 96 (2):28-35.
155. Development of the geriatric oral health Assessment index. [internet] Disponible en: dental.ufl.edu/.../development-of-the-geriatric-oral-h.
156. Slade GD, Strauss RP, Atchinson KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. Conference summary: assessing oral health outcomes-measuring health status and quality of life. Community Dental Health.1998; 15:3-7.
157. WHO (World Health Organization), 2006. Oral health in ageing societies. Integration of oral health and general health. Reporte de una reunión realizada en el Centro para el Desarrollo de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, en Kobe, Japón, 1-3 de junio de 2005, p.59.

158. Peterson, P.E., 2003. The world Oral Health Report 2003. WHO Global Oral Health Programme. Oral Health, 45.
159. Sheiham A., Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. September 2005, 83 (9).
160. Slade, G.D. y Spencer, A.J. 1994. Social impact of oral conditions among older adults. Australian Dental Journal, 39 (6), pp 358-364.
161. Locker, D. y Miller, Y., 1994. Evaluation of subjective oral health status indicators, Journal of Public Health Dentistry, 54 (3), pp 167-176.
162. Locker, D., 1995. Health outcomes of oral disorders. International Journal of Epidemiology, 24, pp S85-9.
163. Awad, M. et al., 2000. Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health. Related quality of life in a randomized controlled clinical trial. Journal of Dental Research, 79 (9), pp.1659-1663.
164. N'gom, P.I. y Woda, A., 2002. Influence of impaired mastication on nutrition. The Journal Prosthetic Dentistry, 87 (6), pp 667-673.
165. De Oliveira, C.M. y Sheiham, A., 2004. Orthodontic Treatment and its impact on oral Health related quality of life in Brazilian adolescents. Journal of Orthodontics, 31 (1), pp. 20-27.
166. Petersen, P.E. y Yamamoto, T., 2005. Improving the oral Health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 33, pp. 81-92.
167. Hyde, S., Satariano, W.A. y Weintraub, J.A., 2006. Welfare dental intervention improves employment and quality of life. Journal of Dental Research, 85, (1) pp. 79-84.
168. Cunha-Cruz J, Hijodel P.P., Kressin N.R. Oral Health- related quality of life of periodontal patients. J. Periodontal. Res. 2007, 42 169-176.
169. Lahti, S., Suominen-Taipale, L. y Hausen, H. 2008. Oral Health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. European Journal of Oral Sciences, 116, pp. 260-266.
170. Karasneh, J. et al. 2009. Relationship between patients oral health related quality of life, satisfaction with dentition, and personality profiles. The Journal of Contemporary Dental Practice, 10 (6), pp. EO49-56.

171. Locker, D., 2009. Self – esteem and socioeconomic disparities in self- perceived oral health. *Journal of Public Health Dentistry*, 69 (1), pp. 1-8.
172. Bortoletto A, Oliveira T. A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba´s elderly population. *Rev Odonto Cienc.* 2010; 25:126-31.
173. Esquivel R, Jimenez J. Necesidades de atención Odontologica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. *Revista ADM.*2010; 57; 127-31.
174. Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, 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 Jul, 75:1439-50.
175. Hawkins, RJ, Jutai, D.K., Brothwell, DJ, Locker, D., 1997 Three – year coronal caries incidence in older Canadian adults. *Caries Research*, 31 (6), pp 405-410.
176. Powell, LV, Leroux, B.G, Persson, R.E., Kiyak, H.A., 1998. Factors associated with caries incidence in an elderly population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26, pp. 170-176.
177. Suominen-Taipale, A.L., Alanen, P., Helenius, H., Nordblad, A., Uutela, A., 1999. Edentulism among Finnish adults of working age, 1978-1997. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 27, pp. 353-365.
178. Griffin, S.O. et al. , 2009. Oral Health need among adults in the United States with chronic diseases. *Journal of American Dental Association*, 140, pp 1266-1274.
179. Slade, G.D. 1997. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiology*, 25 (4), pp. 284-290.
180. Semba, R.D. et al. , 2006. Denture use, malnutrition, frailty, and mortality among older women living in the community. *The journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(2), pp. 161-167.
181. Locker, D. y Quiñonez, C., 2009. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *Journal of the Canadian Dental Association*, 75 (7), pp. 521a -521e.
182. Inukai, M., et al., 2008. Does removable partial denture quality affect individual´s oral health? *Journal of Dental Research*, 87 (8), pp 736-739.
183. Koehler, J y Leonhaeuser, I. 2008. Changes in food preferences during aging. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 52 pp 15-19.

184. Bartali, B., et al., 2006. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61 (6), pp 589-593.
185. Wallace, M. et al. 1993. The 48 month increment of root caries in a urban population of older adults participating in a preventive dental program. *Journal of Public Health Dentistry* 53, pp 133-137.
186. Joshi, A, Douglas, CW., Jette, A. Y Feldman, H., 1994. The distribution of root caries in a community dwelling elders in New England. *Journal of Public Health Dentistry*, 54 pp 15-23.
187. Lundgren, M., Emilson, C.G. y Osterberg T., 1996. Caries prevalence and salivary and microbial conditions in 88 year-old Swedish dentate people. *Acta Odontológica Scandinavica*, 54 pp. 193-199.
188. Starr, J.M., Hall, R, 2010. Predictors and correlates of edentulism in healthy older people. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 13 pp 19-23.
189. Hutton, B., Feine, J y Morais, J., 2002. Is there an association between edentulismo and nutritional state? *Journal of the Canadian Dental Association*, 68 (3) pp.182-187.
190. Boehm, TK y Scannapieco, F.A., 2007. The epidemiology consequences and management of periodontal disease in older adults. *Journal of the American Dental Association*, 138, pp. 265-335.
191. Niessen, LC y Weyant, R.J. 1989. Causes of tooth loss in a veteran population. *Journal of Public Health Dentistry*, 49 (1) pp. 19-23.
192. Burt, B.A., Ismaili, A., Morrison, E.C., Beltran, E.D., 1990. Risks factors for tooth loss over a 28-year period. *Journal of Dental Research*, 69 (5), pp. 1126-1130.
193. Hand J., Whilehill J. The prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population. *J. A.M. Dent Assoc.* 1986, 112, 73-6.
194. Petersen, P.E., 2009. Oral cáncer prevention and control the approach of the World Health Organization. *Oral Oncology*, 45 (4-5), pp 454-460.
195. Freitas MC, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AMA. Perspectives of research in gerodontology and geriatrics. *Rev. Latino AM Enfermagem* 2002; 10 (2): 221-228.

196. Borges-Yañez SA, Gómez-Dantes H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en Mexico. *Salud Publica Mex.* 1998 Ene-Feb;40 (1):13-33.
197. Díaz O, Soler M. APGAR Familiar en los ancianos Convivientes. *Revista Cubana Médica Integral.* 1998; 14:548-53.

9 ANEXOS

ANEXO N° 1 MODELO CARTAS DE INTENCION.

Fecha.
Doctor (a)/Hermana XXX
Barranquilla.

Mi más respetuoso saludo.

Muy comedidamente me dirijo a usted con el objeto de presentar de manera formal la intención de realizar un proyecto de investigación en el marco del Convenio Relación Docencia Servicio.

El proyecto consiste básicamente en hacer un estudio de morbilidad en las personas de la tercera edad allí institucionalizados haciendo para esto el examen de cavidad oral y el diligenciamiento de un formato-historia de salud bucal. Como complemento se les aplicará una encuesta de autopercepción debidamente estandarizada para conocer las impresiones de cada una de las personas acerca de su estado actual de salud bucodental.

Los datos obtenidos y los resultados que se procesen cumplirán como objetivo explorar la prevalencia de caries y enfermedad periodontal que son las patologías que más afectan a toda la población en general y ver los factores de riesgo asociados a los pacientes de la tercera edad, esto a su vez permitirá dar a conocer esta situación de salud a la academia para incentivar la profundización en Odontogeriatría y a la población en general para que se prepare en un futuro no muy lejano con campañas de Promoción y Prevención que mantengan una buena calidad de vida y un mejor estado de salud bucodental.

La propuesta será dirigida por mí y tendremos el apoyo de un grupo de estudiantes de último año y docentes de semiología y estomatología que colaboraran en los exámenes y en la aplicación de las encuestas. Dentro del proceso se harán campañas de educación individual y grupal para promover el mejoramiento de los hábitos de higiene y para esto contaremos con el apoyo de casas comerciales que nos aportaran algunos elementos necesarios para el buen mantenimiento de la salud bucal. Casos con situaciones particulares de tratamiento se podrán canalizar al Servicio de Odontología del Hospital Universitario Metropolitano – Servicio de Odontología.
Agradezco su gentil colaboración.

ALFREDO DE LA CRUZ VILLA.
DIRECTOR DE PROGRAMA
ODONTOLOGIA-UNIV. METROPOLITANA

ANEXO No.2

Consentimiento informado para las personas que participan en el trabajo:

ESTADO DE SALUD BUCODENTAL ASOCIADO A FACTORES DE RIESGO Y AUTOPERCEPCION EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

Naturaleza y propósito del trabajo:

El propósito de este consentimiento es solicitar autorización a las personas adultas mayores, a sus familiares y cuidadores, para que autoricen a los estudiantes del Programa de Odontología de la Universidad Metropolitana, recibir y tomar información necesaria para realizar un trabajo llamado ESTADO DE SALUD BUCODENTAL ASOCIADO A FACTORES DE RIESGO Y AUTOPERCEPCION EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

Les pedimos la autorización para realizar examen de su boca para establecer el estado de salud bucodental.

Se le solicita permitir a los estudiantes del Programa de Odontología intervenir a nivel individual mediante la aplicación de una encuesta de autopercepción y otras relacionadas con índices e indicadores propios del campo odontológico, para evaluar la situación en general de los adultos mayores para que se puedan implementar estrategias de promoción y prevención en el cuidado oral y sugerir la asistencia a los servicios de salud para su posterior rehabilitación acorde a sus necesidades.

Este trabajo será coordinado por el Director de Programa de Odontología y estudiante de la Maestría de Salud Pública de la Universidad del Norte, el cual ejercerá control riguroso sobre la información, actividades planeadas y ejecutadas durante todo el desarrollo del trabajo.

Beneficios:

Si usted acepta participar se le darán a conocer en forma verbal y escrita, las recomendaciones y el plan de educación que de acuerdo a las necesidades identificadas pueda requerir. De igual manera, los estudiantes responsables diseñarán y le entregarán un cronograma para recibir atención preventiva con el objeto de mejorar su condición de salud bucodental actual. Posteriormente serán canalizados al Servicio de Odontología de la Fundación Hospital Universitario Metropolitano para los tratamientos de Rehabilitación a bajo costo.

Confidencialidad:

Respetando el principio ético de la privacidad y de la confidencialidad le solicitamos autorizar a los estudiantes, tomar fotografías como evidencia del trabajo desarrollado y para facilitar un mejor seguimiento y acompañamiento de los docentes del Programa de Odontología de la Universidad Metropolitana.

Riesgos o complicaciones:

Participar no implica riesgo para su salud, tampoco se tocarán aspectos sensitivos que lo afecten física o psicológicamente, se respetara la confidencialidad de la información que usted proporcione, que únicamente será utilizada con fines estrictamente académicos. Los datos recolectados serán utilizados por el Director del Programa y por los estudiantes para desarrollar una búsqueda de evidencias sobre la realidad de la salud bucal de los pacientes de la tercera edad de Barranquilla.

Retribución o pagos:

Ni los docentes ni los estudiantes de la Universidad Metropolitana reciben remuneración o pago por el desarrollo de este trabajo, sus fines son estrictamente académicos.

Voluntariedad:

La decisión de participar en este trabajo es voluntaria, usted podrá retirarse cuando lo considere o desee hacerlo, al inicio o durante el transcurso del trabajo. Si acepta participar, tanto usted como algún miembro de su institución (cuidador), podrá ser entrevistado y se hará examen de cavidad oral con el fin de recolectar toda la información necesaria para la valoración, planeación y ejecución del proyecto en mención.

En este documento usted puede expresar mediante su firma el interés de aceptar o rechazar participar en el trabajo mencionado, confirma que de manera voluntaria y libre de coacción, autoriza el acceso a la información consignada en la historia clínica odontológica para diseñar un plan de atención en salud oral que contribuirá a su bienestar y a su salud en general.

Si usted tiene alguna duda o pregunta al respecto a este trabajo en que se le esta invitando a participar puede contactarse con el docente responsable del grupo de estudiantes del área de prácticas, odontólogo; Alfredo de la Cruz Villa, en los siguientes números telefónicos: 3687101 Programa de Odontología Universidad Metropolitana.

Nombre y firma del informante:

Dirección y teléfono:

Nombre y firma de estudiantes a cargo.

ANEXO No. 3

ENCUESTA DE AUTOPERCEPCION: CUESTIONARIO GOHAI VALIDADO PARA POBLACIÓN GERIÁTRICA.

N	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 su dentadura?	1	2	3	4	5
2	¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comida como las carnes o las manzanas?	1	2	3	4	5
3	¿Cuántas veces a tragado usted bien?	1	2	3	4	5
4	¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes 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 dentaduras?	1	2	3	4	5
7	¿Cuándo usted se mira al espejo, cuantas veces ha estado contento de como se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5
8	¿Cuantas 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 sea dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10	¿Cuantas 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 frío ,el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

ANEXO N° 4.

FORMULARIO OMS DE EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL. (1997)
(PARA LA RECOLECCION DE LOS INDICADORES ORALES)

Déjese en Blanco	Año	Mes	Día	Número de identificación	Examinador	Original/copia
(1) <input type="text"/>	(5) <input type="text"/>	<input type="text"/>	(9) <input type="text"/>	(11) <input type="text"/>	(15) <input type="text"/>	(16) <input type="text"/>

<p>INFORMACIÓN GENERAL</p> <p>Nombre..... <input type="text"/></p> <p>Fecha de Nacimiento (17) <input type="text"/> Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Profesión (25) <input type="text"/></p> <p>Edad en años (21) <input type="text"/> Emplazamiento geográfico (26) <input type="text"/> (27) <input type="text"/></p> <p>Sexo (M = 1, F = 2) <input type="text"/> (23) Tipo de Emplazamiento: (28) <input type="text"/></p> <p>Grupo étnico (24) <input type="text"/> 2 = Periurbano 1 = Urbano 3 = Rural</p>	<p>OTROS DATOS (especifíquese e indíquese las claves)</p> <p>..... <input type="text"/> (29)</p> <p>..... <input type="text"/> (30)</p> <p>CONTRAINDICACIÓN PARA EL EXAMEN</p> <p>Motivo: <input type="text"/> (31)</p> <p>..... 0 = No 1 = Si</p>
---	--

<p>EVALUACIÓN CLÍNICA</p> <p>EXAMEN EXTRAORAL</p> <p>0 = Aspecto extraoral normal</p> <p>1 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (cabeza, cuello, extremidades)</p> <p>2 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (nariz, mejillas, barbilla)</p> <p>3 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras comisuras</p> <p>4 = Úlceras, llagas, inflamaciones, erosiones, fisuras (borde bermellón)</p> <p>5 = Cáncer oral</p> <p>6 = Anomalías de los labios superior o inferior</p> <p>7 = Ganglios linfáticos abultados (cabeza, cuello)</p> <p>8 = Otras hinchazones de la cara y la mandíbula</p> <p>9 = No registrado</p> <p style="text-align: right;">(32) <input type="text"/></p>	<p>EVALUACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR</p> <p>SINTOMAS</p> <p>0 = No</p> <p>1 = Sí</p> <p>9 = No registrado</p> <p><input type="text"/> (33)</p> <p>SIGNOS</p> <p>0 = No</p> <p>1 = Si</p> <p>9 = No registrado</p> <p>Chasquido <input type="text"/> (34)</p> <p>Dolor por palpación <input type="text"/> (35)</p> <p>Movilidad reducida de la mandíbula (<30mm de abertura) <input type="text"/> (36)</p>
--	--

<p>MUCOSA ORAL</p> <p>TRASTORNO</p> <p>0 = Ningún estado anormal (37) (40) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1 = Tumor maligno (cáncer oral) (38) <input type="text"/> <input type="text"/> (41)</p> <p>2 = Leucoplasias</p> <p>3 = Líquen plano</p> <p>4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática) (39) (42) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>5 = Gingivitis necrotizante aguda</p> <p>6 = Candidiasis</p> <p>7 = Absceso</p> <p>8 = Otro trastorno (especifíquese si es posible)</p> <p>9 = No registrado</p>	<p>LOCALIZACIÓN</p> <p>0 = Borde Bermellón</p> <p>1 = Comisuras</p> <p>2 = Labios</p> <p>3 = Surcos</p> <p>4 = Mucosa Bucal</p> <p>5 = Suelo de la Boca</p> <p>6 = Lengua</p> <p>7 = Paladar duro y/o blando</p> <p>8 = Bordes alveolares/encías</p> <p>9 = No registrado</p>
---	--

<p>OPACIDADES/HIPOPLASIA DEL ESMALTE</p> <p>Dientes permanentes</p> <p>0 = Normal</p> <p>1 = Opacidad delimitada (43) <input type="text"/></p> <p>2 = Opacidad difusa (51) <input type="text"/></p> <p>3 = Hipoplasia</p> <p>4 = Otros defectos</p> <p>5 = Opacidad delimitada y difusa</p> <p>6 = Opacidad delimitada e hipoplasia</p> <p>7 = Opacidad difusa e hipoplasia</p> <p>8 = Las tres alteraciones</p> <p>9 = No registrado</p> <p style="text-align: center;">14 13 12 11 21 22 23 24</p> <p style="text-align: center;">(46) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (52)</p> <p style="text-align: center;">36</p>	<p>FLUOROSIS DENTAL</p> <p>0 = Normal</p> <p>1 = Discutible</p> <p>2 = Muy ligera</p> <p>3 = Ligera <input type="text"/> (53)</p> <p>4 = Moderada</p> <p>5 = Intensa</p> <p>8 = Excluida</p> <p>9 = No registrada</p>
--	--

<p>ÍNDICE PERIODÓNTICO COMUNITARIO (IPC)</p> <p>0 = Sano</p> <p>1 = Hemorragia (54) (56) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2 = Cálculo (57) (59) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3* = Bolsa de 4-5 mm (banda negra de la sonda parcialmente visible) 47/46 31 36/37</p> <p>4* = Bolsa de 6 mm o más (banda negra de la sonda)</p>	<p>PÉRDIDA DE FIJACIÓN</p> <p>0 = 0 - 3 mm</p> <p>1 = 4 - 5 mm (unión cemento-esmalte (UCE) dentro de la banda negra) (60) <input type="text"/> (62) <input type="text"/></p> <p>2 = 6-8 mm (UCE entre el límite superior de la banda negra y el anillo de 8,5 mm) (63) <input type="text"/> (65) <input type="text"/></p> <p>3 = 9-11 mm (UCE entre anillos de 8,5 mm y de 11,5 mm) 47/46 31 36/37</p>
--	--

invisible) X = Sextante excluido 9 = No registrado	4 = 12 mm o más (UCE más allá del anillo de 11,5 mm) X = Sextante excluido 9 = No registrado
*No registrado en menores de 15 años de edad.	* No registrado en menores de 15 años de edad.

ESTADO DE LA DENTICIÓN Y TRATAMIENTO NECESARIO		Número de identificación	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28		
Corona (66)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raíz (82)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento (98)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corona (114)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raíz (130)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento (146)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dientes primarios	Dientes permanentes	SITUACIÓN	TRATAMIENTO
Corona	Corona/raíz	Satisfactoria	0 = Ninguno
A	0 0	Cariado	P = Preventivo, cuidado de detención de la caries
B	1 1	Obturado, con caries	F = Obturación de fisura
C	2 2	Obturado, sin caries	1 = Una Obturación superficial
D	3 3	Perdido, como resultado de caries	2 = Dos o más obturaciones superficiales
E	4 4	Perdido, por cualquier otro motivo	3 = corona por cualquier motivo
-	5 -	Fisura obturada	4 = revestimiento o lámina
F	6 -	Soporte de puente, corona especial o funda/implante	5 = cuidado de la pulpa y restauración
G	7 7	Diente sin brotar (corona) o raíz cubierta	6 = Extracción
-	8 8	Traumatismo fractura	7 = Necesidad de otra asistencia (Especifíquese).....
T	T -	No registrado	8 = Necesidad de otra asistencia (Especifíquese).....
-	9 9		9 = No registrada

SITUACIÓN DE PRÓTESIS	Superior Inferior	NECESIDAD DE PRÓTESIS	Superior Inferior
0 = Ninguna Prótesis 1 = puente 2 = Más de un puente 3 = dentadura postiza parcial 4 = Dos puentes y dentadura postiza parcial 5 = Dentadura completa removible 9 = No registrado	(162) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = Ninguna prótesis necesaria 1 = Necesidad de prótesis unitaria 2 = Necesidad de prótesis multiunitaria 3 = Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria 4 ; Necesidad de una prótesis completa (sustitución de todos los dientes) 9 No registrado	(164) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANOMALIAS DENTOFACIALES	
DENTICIÓN (166) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (167)	Dientes incisivos, caninos y premolares perdidos (maxilares superiores e inferior): indíquese el número de dientes
ESPACIAMIENTO <input type="checkbox"/> (168) Apiñamiento en los segmentos de los incisivos: 0 = Sin apiñamiento 1 = Un segmento apiñado 2 = Dos segmentos apiñados	<input type="checkbox"/> (169) Separación en los segmentos de los incisivos: 0 = No hay separación 1 = Un segmento con separación 2 = Dos segmentos con separación
OCLUSIÓN <input type="checkbox"/> (173) Superposición anterior del maxilar superior en mm	<input type="checkbox"/> (170) Diastema en mm
	<input type="checkbox"/> (171) Máxima irregularidad anterior del maxilar en mm
	<input type="checkbox"/> (172) Máxima irregularidad anterior de la mandíbula en mm:
	<input type="checkbox"/> (174) Superposición anterior de la mandíbula en mm
	<input type="checkbox"/> (175) Mordida abierta anterior vertical en mm
	<input type="checkbox"/> (175) Relación molar anteroposterior 0 = Normal 1 = Semicúspide 2 = Cúspide completa
NECESIDAD INMEDIATA DE ASISTENCIA Y CONSULTA	
Trastorno que amenaza la vida <input type="checkbox"/> (177) 0 = Ausente Dolor de la infección <input type="checkbox"/> (178) 1 = presente Otro trastorno (especifíquese)..... <input type="checkbox"/> (179) 9 = No registrado	Consulta <input type="checkbox"/> (180) 0 = No 1 = Sí 9 = No registrado
NOTAS	

ALTERACIONES DE ORIGEN MENTAL = 9			
INMUNOSUPRESION =0			
16. PRESENCIA DE NEOPLASIAS:	CANCER = 1	LESIONES PRECANCEROSAS = 2	NO=3
17. TIENE ALGUN APOYO FAMILIAR (VISITAS Y/O ECONOMICO):	SI= 1	NO = 2	

EVALUACION CLINICA

18. EXAMEN EXTRAORAL:				
0= ASPECTO EXTRAORAL NORMAL				
1= ULCERAS, INFLAMACIONES, EROSIONES, FISURAS (CABEZA,CUELLO, EXTREMIDADES)				
2= ULCERAS, INFLAMACIONES, EROSIONES, FISURAS (NARIZ, MEJILLA, BARBILLA)				
3= ULCERAS, INFLAMACIONES, EROSIONES, FISURAS (COMISURAS)				
4= ULCERAS, INFLAMACIONES, EROSIONES, FISURAS (BORDE BERMELLON)				
5= CANCER ORAL				
6= ANOMALIAS DE LOS LABIOS SUPERIOR O INFERIOR				
7= GANGLIOS LINFATICOS ABULTADOS (CABEZA, CUELLO)				
8= OTRAS HINCHAZONES DE LA CARA Y LA MANDIBULA.				
9= NO REGISTRADO				
19. EVALUACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:				
SINTOMAS: 0= NO 1= SI 9=NO REGISTRADO				
SIGNOS:				
CHASQUIDO O RUIDO:	0 = NO	1 = SI	9 = NO REGISTRADO	
DOLOR A LA PALPACION:	0 = NO	1 = SI	9 = NO REGISTRADO	
DISMINUCION EN LA APERTURA:	0 = NO	1 = SI	9 = NO REGISTRADO	
20. MUCOSA ORAL:				
TRASTORNO	LOCALIZACION			
0= NINGUN ESTADO ANORMAL	0= BORDE BERMELLON			
1= TUMOR MALIGNO	1= COMISURAS			
2= LEUCOPLASIA	2= LABIOS			
3= LIQUEN PLANO	3= SURCOS			
4= ULCERA (AFTOSA, HERPETICA, TRAUMATICA)	4= MUCOSA BUCAL			
5= GINGIVITIS NECROTIZANTE AGUDA	5= SUELO DE LA BOCA			
6= CANDIDIASIS	6= LENGUA			
7= ABSCESO	7= PALADAR DURO Y/O BLANDO			
8= OTRO TRASTORNO	8= BORDES ALVEOLARES / ENCIAS			
9= NO REGISTRADO	9= NO REGISTRADO			
21. INDICE PERIODONTICO COMUNITARIO:				
0= SANO				
1= HEMORRAGIA				
2= CALCULO				
3= BOLSA DE 4-5 mm				
4= BOLSA DE 6 mm O MAS				
5=SEXTANTE EXCLUIDO				
9= NO REGISTRADO				
	17/16	11	26/27	
	47/46	31	36/37	
22. PERDIDA DE FIJACION:				
0= 0-3 mm				
1= 4-5 mm (unión CE dentro de la banda negra)				
2= 6-8 mm (Unión CE entre el límite superior de la banda negra y el anillo de 8,5 mm)				
3= 9-11 mm (UCE entre anillos 6,5 y de 11,5 mm)				
4= 12mm o mas (UCE más allá del anillo de 11,5 mm)				
5= Sextante Excluido				
9=NO REGISTRADO				
	17/16	11	26/27	
	47/46	31	36/37	
23. ESTADO DE LA DENTICION Y TRATAMIENTO NECESARIO (VER ODONTOGRAMA Y SUS CONVENCIONES) INDICE COP-5				



CONVENCIONES ODONTOGRAMA

Cariados	●	R			Provisional en buen estado	P	N	Prótesis removible	≡	N		
Obturados	●	N			Provisional en mal estado	P	R	Prótesis total	≡	N		
Endodoncia realizada	▲	N										
Endodoncia indicada	▲	R	Erosión o abrasión	☪	R							
Exodoncia realizada	I	N	Corona en buen estado	○	N	Pónico	I	N	C	O	P	S
Exodoncia indicada	X	R	Corona en mal estado	○	R	Prótesis fija	—	N	PORCENTAJE			

24. SITUACION DE LA PROTESIS:

- 0= NINGUNA PROTESIS
- 1= PROTESIS FIJA UNITARIA
- 2= PROTESIS FIJA DE VARIAS UNIDADES
- 3= DENTADURA POSTIZA PARCIAL
- 4= DOS PUNTES Y DENTADURA POSTIZA PARCIAL
- 5= DENTADURA COMPLETA REMOVIBLE
- 9= NO REGISTRADO

25. NECESIDAD DE PROTESIS:

- 0= NINGUNA PROTESIS NECESARIA
- 1= NECESIDAD DE PROTESIS UNITARIA

<p>2= NECESIDAD DE PROTESIS MULTIPLE 3= NECESIDAD DE UNA COMBINACIÓN DE PROTESIS UNITARIA Y MULTIUNITARIA 4= NECESIDAD DE UNA PROTESIS COMPLETA (SUSTITUCIÓN DE TODOS LOS DIENTES) 9= NO REGISTRADO</p>
<p>26. ANOMALIAS DENTOFACIALES Y OCLUSION: 1= NORMOCLUSION (RELACION MOLAR ANTEROPOSTERIOR) 2= MESIOCLUSION (SUPERPOSICION ANTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR). 3= DISTOCLUSION (SUPERPOSICION ANTERIOR DE LA MANDIBULA) 4= DIASTEMAS 5= APIÑAMIENTO DENTAL</p>
<p>27. NECESIDAD INMEDIATA DE ASISTENCIA A CONSULTA: TRASTORNO QUE AMENAZA LA VIDA: 0= AUSENTE 1= PRESENTE 9= NO REGISTRADO. DOLOR POR LA INFECCION: 0= AUSENTE 1= PRESENTE 9 = NO REGISTRADO</p>
<p>28. CONSULTA PROGRAMADA: 0= NO 1=SI 9= NO REGISTRADO.</p>

ANEXO N° 6

ACTA COMITÉ DE ETICA.

Comité de Ética en investigación de la División
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.



ACTA DE EVALUACION: N° 104
Fecha: 31 de Octubre de 2013

Nombre completo del proyecto: "ESTADO DE SALUD BUCODENTAL ASOCIADO A FACTORES DE RIESGO, AUTOPERCEPCIÓN Y NECESIDADES A TRATAMIENTO EN UN GRUPO INSTITUCIONALIZADO DE TERCERA EDAD DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EN EL AÑO 2013".

Versión numero: 01

Sometido por: Investigadores candidato a grado en Maestría en Salud Pública Alfredo De La Cruz Villa.

Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación: Departamento del Atlántico, ciudad de Barranquilla en el año 2013.

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 31 de Octubre de 2013.

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de Febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo a la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2008 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- Carta de presentación del proyecto generada por la unidad básica o el departamento.
- Copia del proyecto completo de Investigación.
- Resumen ejecutivo.

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por los siguientes miembros:

- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud

- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores.
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RICARDO DE AVILA
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad

3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya *quórum* es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:

- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS
Profesión: PhD en Psicología
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores.
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad
- Dr. CARLOS MALABETH SANTORO
Profesion: MD. Ginecólogo
Cargo en el Comité de Ética: Miembro Consultor, representante Científico
- Dr. JAIME GARCIA OROZCO
Profesión: Ingeniero Mecánico
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. RICARDO DE AVILA
Profesión: Químico Farmacéutico

Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química

El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia. Primer piso Bloque F.

Contactos:

Correo electrónico: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co

Página Web: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica

Teléfono: 3509280 – 3509509 Ext. 3493

4. El comité considero que el presente estudio:

- a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.
- b. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte informara inmediatamente a las directivas institucionales:

- a. Eventos que son de notificación obligatoria por parte del investigador al comité de ética
- b. El investigador debe notificar de forma obligatoria los siguientes eventos:
- c. Las desviaciones o violaciones de los protocolos ocurridos durante la investigación.
- d. Terminación o suspensión del estudio de forma prematura.

6. El Comité informara inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:

- a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

7. Cuando el Protocolo es aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de su aprobación; según Guías Operativas literal *seguimiento a estudios aprobados el comité de ética en investigación.*

8. El Investigador principal deberá:

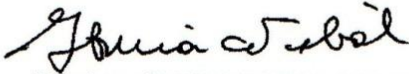
- a. Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL AREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible

- b. Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
- c. Informar al CE los eventos adversos serios que se presentan en los sujetos investigado, de acuerdo con la normativa vigente del INVIMA.
- d. Poner en conocimiento del comité toda información nueva importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.
- e. Comunicar cualquier decisión tomada por otros comités con respecto a la investigación que se lleva a cabo.
- f. Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- g. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- h. Los centros de investigación y/o Investigadores principales deberán entregar un informe anual el status e información relevante relacionada con el estudio.
- i. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

9. Concepto del Comité de Ética:

- a. Aprobado: Luego de revisar la documentación remitida, el consenso de sus miembros aprueba el proyecto en mención.

Atentamente,



Nombre: GLORIA VISBAL ILLERA

Título: Enfermera, Mg. Bioética

Cargo: Presidenta Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad del Norte.



UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud