

## **INFORME FINAL**

*Aspectos principales de la salud bucal del adulto mayor en el consejo popular “Guillermón Moncada” Municipio Santiago de Cuba Enero – Junio 2000.*

**AUTOR :** *Dra. Eugenia González Heredia*

**TUTOR:** *Dr. Clemente Couso Seoane*  
*Dra. Maritza Berenguer Guarnaluses*

**ASESOR:** *Lic. Norka Alvarez Puig*  
*Dr. Maximiliano Botin Diaz*

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MASTER EN ATENCION  
PRIMARIA DE SALUD.

**“Año del 40 Aniversario de la Decisión de Patria o Muerte”  
2000**

# **Título del Proyecto**

Aspectos principales de Salud Bucal del Adulto Mayor Consejo Popular “Guillermón Moncada” Enero - Junio 2000.

## **DATOS DE LAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES. Y DEL EQUIPO DE INVESTIGACION.**

La Dirección Provincial de Santiago de Cuba aporta a:

❖ Dra. Eugenia González Heredia

Estomatólogo

Especialista de 1er. Grado en Organización y Administración de Salud

Categoría Docente Instructor

Docente del Departamento de Salud de la Facultad de Estomatología

Cursillista de la Maestría en Atención Primaria de Salud.

Como Investigador Principal

❖ Dr. Clemente Couso Seoane

Médico

Especialista de 2do. Grado en Geriatria y Gerontología

Categoría Docente Instructor

Coordinador Provincial del Programa de Atención al Adulto Mayor.

Como Tutor

El Instituto Superior de Ciencias Médicas aporta a:

❖ Dra. Maritza Berenguer Guarnaluses

Estomatólogo

Especialista de 1er. Grado en Organización y Administración de Salud

Master en Atención Primaria de Salud

Categoría Docente Instructor

Docente del Departamento de Salud de la Facultad de Estomatología

Como Tutor.

❖ Lic. Norka Alvarez Puig

Lic. En Economía

Categoría Docente Profesor Auxiliar en Bioestadística Facultad No. 2.

Asesora de la Vice Rectoría de Investigaciones

Como Asesor

❖ Dr. Maximiliano Botín Díaz

Médico

Especialista de 1er. Grado en Organización y Administración de Salud

Master en Salud Pública

Categoría Docente Instructor

Profesor Principal del Departamento de Salud de la Facultad No. 1.

Como Asesor

# *INITIUM*

Nunca te olvides de que la ancianidad necesita de muy poco, pero ese poco lo necesita mucho

Margaret Willour.

# ***DEDICATORIA***

A mi madre y Tía Isabel: Máxima razón de mis esfuerzos; sin su amor nada soy.

A mis hijos: Aspiración de mis sueños.

A mi esposo: Por su apoyo incondicional, comprensión y estímulo en todo momento.

A mis profesores: Por su contribución a nuestra formación integral.

# ***AGRADECIMIENTOS***

De modo muy especial y con mucho cariño, quiero agradecer al Profesor Dr. Angel Rodríguez Rodríguez Decano de la Facultad de Estomatología, por la dedicación, consejos y ayuda prestada a este empeño.

Del mismo modo, hago extensivo ese agradecimiento a la Compañera Adis Monteagut Sánchez, Bibliotecaria de esa Facultad, así como a todos aquellos que, de un modo u otro, aportaron estímulo, sabiduría y experiencia para este modesto aporte a la ciencia.

A todos, mi eterna gratitud.

**Dra. E. G. H.**

# ***RESUMEN***

A nivel internacional el grupo poblacional que evidencia un mayor crecimiento es el de 60 años y más, este grupo requiere un enfoque integral y una atención multidisciplinaria. En los análisis de situación de salud del último quinquenio del Policlínico Docente “Carlos J. Finlay” del Municipio Santiago de Cuba, se muestra este incremento; por lo que realizamos un estudio descriptivo transversal en el Consejo Popular “Guillermón Moncada” de esta área para identificar los aspectos principales de la Salud Bucal del Adulto Mayor. Se tomó una muestra de 143 ancianos, en ellos prevalecieron los de la sexta década de la vida y el sexo femenino, así como los que están sin pareja y los jubilados. Los ingresos de los ancianos son bajos sin embargo representan una proporción importante a la economía familiar. Las alteraciones de la articulación temporomandibular y de la mucosa oral no son relevantes y guardan relación con la pluripatología que presentan. Los conocimientos mínimos básicos acerca de la salud bucal predominantes son inadecuados y se evidencian con la higiene bucal inadecuada, hábitos incorrectos y no considerar necesaria la atención estomatológica. El Adulto Mayor se encuentra insatisfecho con la atención estomatológica recibida

# ***INDICE***

	Pag.
❖ Introducción	1
❖ Objetivos	9
❖ Resultados a alcanzar.	10
❖ Tecnologías y métodos utilizados en la investigación.	11
❖ Análisis de las violaciones de proyecto.	20
❖ Análisis y discusión de los resultados.	21
❖ Conclusiones.	43
❖ Recomendaciones.	44
❖ Beneficios sociales, económicos u otra forma de utilización práctica.	45
❖ Divulgación de los resultados.	46
❖ Referencias bibliográficas.	47
❖ Otras referencias bibliográficas consultadas.	52
❖ Anexos.	



# ***INTRODUCCION***

El uso de los servicios de salud por los adultos mayores es un asunto de salud pública de importancia creciente, el principio fundamental que guía a cualquier persona anciana a buscar atención sanitaria es que debe creer que la necesita, y que estará peor sin esos cuidados. Esto requiere que el individuo tenga un mínimo concepto de salud y no asuma el estereotipo negativo de que las enfermedades son consecuencias del envejecimiento y no tienen solución. Los profesionales sanitarios que se ocupan de la atención de los ancianos deben tener un punto de vista realista sin sofisticaciones de los cuidados más acertados para sus pacientes. Aquellos que no creen que las personas de edad pueden mantener una calidad de vida aceptable, no se esforzarán en asistir a tales personas para que puedan alcanzarla (1).

Resulta difícil señalar un criterio a partir del cual podamos establecer el paso de la edad adulta a la vejez. Algunos autores insisten en fijarlo según una edad cronológica. Otros consideran como envejecimiento el empeoramiento en las funciones sensoriales, rendimiento motor, memoria y capacidad creativa del individuo.

En realidad el envejecimiento puede considerarse desde diversos puntos de vista: Cronológico, Biológico, Psíquico, Social, Fenomenológico y Funcional: podemos decir que es un proceso evolutivo gradual, el cual se origina en torno a ciertas características de orden físico, social y material (2).

El envejecimiento individual no es fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, siendo de interés para diversas disciplinas tales como, la filosofía, el arte y la medicina de todas las épocas. Sin embargo, durante el presente siglo, asistimos a una situación singular, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte al

envejecimiento poblacional en, quizás, uno de los retos más importantes para las sociedades modernas.

Según cálculos de las Naciones Unidas, en 1950 habían alrededor de doscientos millones de personas de 60 años y más; que aumentaron en 1975 a trescientos cincuenta millones. Las proyecciones demográficas de este mismo organismo indican que para el 2000 aumentarán a quinientos noventa millones y para el 2025 pueden ser de mil cien millones, lo que significará un aumento del 224 por ciento con respecto a 1975. Se prevee que durante este mismo período la población mundial total aumente de cuatro mil cien millones a ocho mil doscientos millones, o sea, un 102 por ciento . Las personas de edad avanzada constituirán el 13,7 por ciento de la población mundial para esta época (3).

Latinoamérica, en general, exhibe ritmos de indicadores de envejecimiento cercano a los países en desarrollo. Según el índice de envejecimiento en 1995, Nicaragua tenía la estructura más joven con 6,8 y Uruguay era el país más envejecido de la región con 50,4 donde existía una persona en edad avanzada por cada dos jóvenes, antecedido por Cuba y Argentina con 38,8 y 33,9 respectivamente.

Para el año 2025 entre los países de la región se espera que Cuba pase a ser el más envejecido, exhibiendo un índice igual a 75,6, seguido de Puerto Rico con 65,7 y Uruguay que ocupará el tercer lugar con 63,2 (4), la población proyectada será 1 761 200 lo que equivale al 14,9 por ciento de la población total proyectada para ese año (5).

El fenómeno del envejecimiento de la población se produce de forma paulatina y en el intervienen la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y estructura por edades de la población de suma importancia para la planificación económica y social de cualquier país .

La definición de envejecimiento de la población establece como tal, el aumento de la proporción de personas de edad avanzada, con relación al resto de la población, sin embargo

se ha considerado la importancia de definirla también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno, no es solamente un aumento de la proporción de ancianos sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes menores de 15 años .

En Cuba la proporción de personas de 60 años y más entre 1997 y 1998 aumentó 0,5 puntos porcentuales, unas 60 000 personas más, para superar la cifra de 1,5 millones de adultos mayores en 1998 que representa un 13,6 por ciento de la población total.

Durante 1998 en la provincia de Santiago de Cuba y en su municipio cabecera este grupo poblacional representó el 11,5 y el 12,2 por ciento respectivamente (6) .

Con los éxitos alcanzados en el campo de la salud pública, la esperanza de vida al nacer rebasa ya los 75 años, con un predominio del sexo femenino sobre el masculino, por lo cual se espera que para el 2015 la cifra de ancianos constituya 16,9 por ciento del total de habitantes y que la provincia Santiago de Cuba se convierta en poseedora de una población vieja o que se encuentra en vejez demográfica (7).

El envejecimiento de la población va a ser uno de los grandes problemas sociales del siglo XXI y por tanto uno de los grandes retos que la Sociedad tendrá que afrontar, ya que éste fenómeno no ha hecho más que empezar. Por ello, la Sociedad debe acostumbrarse a este hecho y deberá plantearse la vejez desde otra óptica distinta a la actual (8).

El envejecimiento debe analizarse a través de los cambios en el estado de salud de los adultos mayores en su contexto sociocultural y por su influencia en la calidad de vida, puesto que se trata de un proceso dinámico, progresivo e irreversible; donde intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales de forma que no puede ser considerado como una enfermedad ni como un fenómeno unicausal (9) .

En abril de 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó un nuevo programa sobre envejecimiento y salud que ha de abarcar las siguientes perspectivas :

- ◆ Curso de la vida – enfocar la vejez como parte del ciclo vital más bien que como un sector particular de la atención sanitaria.
- ◆ Promoción de la Salud – Orientada hacia el envejecimiento sano .
- ◆ Entorno cultural, como determinante destacado del estado de salud en la edad avanzada
- ◆ Diferencias de género en la salud y los modos de vida.
- ◆ Consideraciones de ética que requieren más atención a medida que la población envejece como son la aceleración o el retraso indebido de la muerte, los derechos humanos, la atención prolongada y el abuso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está llamada a marcar mundialmente la pauta en la dimensión de los problemas sanitarios del envejecimiento, que pasará a ser una cuestión social de primera importancia en el siglo XXI (10) .

Es posible que en el siglo XXI el alza sea aún más espectacular: la prevención, la eliminación de enfermedades y el control del proceso de envejecimiento empujarán probablemente la esperanza de vida media mundial de 66 a 110 o 120 años. Los científicos estiman que 120 años corresponde a la “duración natural de la vida“ del ser humano, pues muchos individuos han llegado a esa edad avanzada, algunos especialistas hablan de alejar aún más ese límite, si se logra manejar los genes de la longevidad (11) .

Los ancianos presentan más problemas de salud oral que la población general, una buena salud oral contribuye a su bienestar físico y mental. Si los odontólogos no creen que los ancianos pueden mantener una calidad de vida aceptable, difícilmente se esforzarán en alcanzarla.

El estado psicológico del anciano interviene de forma decisiva en la asistencia odontológica que precisa, influenciando el diagnóstico y tratamiento. La actitud de los ancianos hacia su salud oral es frecuentemente negativa, ya que tienden a aceptar las enfermedades bucodentales

crónicas como consecuencia del envejecimiento oral y no buscan atención odontológica porque no sienten necesidad de tratamiento (12).

La vigilancia del estado de la salud bucal es un método de observación y control dinámico de las personas sanas y enfermas que padecen determinadas afecciones, es un complejo de medidas educativas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas dirigidas a detectar las formas precoces de las enfermedades y estudiar y eliminar las causas que favorecen o determinan su origen contribuyendo a disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria.

El Programa Nacional de Atención Estomatológica integral norma todas las acciones a ejecutar y contempla dentro de los grupos priorizados la población de 60 años y más (13).

La Carpeta Metodológica del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en vigor desde 1996 identifica cinco estrategias y 4 programas priorizados. Forma parte de las estrategias del Ministerio, la atención priorizada a objetivos vitales del sistema como son:

- En Estomatología, donde la atención estomatológica ha sufrido deterioro debido a la carencia de recursos materiales. Las necesidades básicas son: adquirir los elementos necesarios para los servicios básicos, la prevención y promoción de salud .

Dentro de los programas priorizados se encuentra la atención al adulto mayor. Este sector de la población requiere de un plan de acción y atención diferenciada que cubra sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales para elevar la calidad de vida de estas edades.

En este sentido el Sistema Nacional de Salud conformó el Programa integral al adulto mayor con un enfoque comunitario e institucional. El mismo se acompaña del desarrollo de la geriatría y gerontología especialidades que permiten estudiar mejor los aspectos del envejecimiento de las personas y sus requerimientos en el medio social.

Las acciones más importantes de salud bucal se realizan en coordinación con el médico y enfermera de familia con el propósito de acercar la atención estomatológica integral a la

comunidad. Las actividades más importantes a ejecutar son: la promoción de la higiene bucal y el autocuidado.

El examen de la cavidad bucal a toda persona que visite estos servicios y el pesquisaje activo a mayores de 60 años; por el Programa de Detención de Lesiones Precancerosas. Mantener la prioridad de la salud del pueblo ha constituido un reto y objetivo estratégico para toda la sociedad y el estado (14).

El papel de la Atención Primaria en la asistencia al anciano también está implícito en la concepción de una atención geriátrica adecuada entendida como << la planificación de la atención sociosanitaria en un conjunto de niveles que garantice que los ancianos pertenecientes a un área sectorizada permanezcan, o se reintegren, en su domicilio habitual en condiciones adecuadas de bienestar y seguridad >> complementa a la geriatría en las actividades de promoción, prevención y atención a los ancianos sanos y enfermos y en la detección precoz y atención de ancianos en situación de riesgo.

El desarrollo de la Atención Primaria bajo los fundamentos de la Medicina de Familia y Comunitaria permite que este nivel de atención asuma todas sus competencias en la atención a las personas mayores: la concepción del binomio anciano-familia como la unidad objetivo del cuidado, la integración de las actividades de promoción y prevención de la salud con las de atención a la enfermedades, y el trabajo con la comunidad para modificar, en lo posible las condiciones adversas y alcanzar un envejecimiento satisfactorio (15).

De la misma manera, existe la necesidad de identificar las diversas percepciones de salud bucodental por parte del público como, por ejemplo, odontólogos, otros profesionales de la salud y consumidores, entre los que se encuentra este grupo poblacional y saber que es lo que la comunidad y los individuos consideran como sus necesidades, intereses y prioridades en salud bucodental.

El Programa de Salud de los Ancianos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha tomado la iniciativa de concientizar a la profesión odontológica de esta situación y el papel importante de la Odontología y de otras profesiones en dar respuestas a estos cambios demográficos y éticos próximos a suceder (16).

Entre las profundas transformaciones ocurridas en este siglo en Las Américas están los cambios en su composición demográfica y en las causas de enfermedad y muerte. Se pueden anticipar los nuevos requerimientos de atención de salud, no solo en el aspecto curativo, sino también preventivo. Es relevante empezar por reconocer la importancia del proceso de envejecimiento y la necesidad de contar con información adecuada y oportuna para orientar la adaptación del sistema de salud y la creación de programas de prevención (17).

La actitud negativa hacia el envejecimiento tiene un peso importante en la política sanitaria de países como España. Obviamente, las personas de edad avanzada representan el sector de la población con mayor prevalencia de enfermedades sistémicas y un consumo más elevado de medicamentos. La atención de los problemas de salud de los ancianos supone el porcentaje más alto en todos los grupos de edad, del gasto sanitario, y está siendo tratado ampliamente, pero rara vez con la idea de promoción de la salud y prevención de las incapacidades (8).

A pesar de esta actitud, hoy surgen proyectos tales como el que organiza el Instituto de Migración y Servicios Sociales en colaboración con la Universidad Pontificia de Comillas. Estas instituciones han abierto una Universidad de Mayores con la que pretende ponerse al servicio del sector de población de más edad asumiendo los principios de las Naciones Unidas y los objetivos plasmados por el Plan Gerontológico Nacional y el Plan Gerontológico de la Comunidad de Madrid, promoviendo un marco institucional en el que las personas mayores encuentren y generen oportunidades de aprendizaje, reflexión, desarrollo personal y cultural, de encuentro, participación y protagonismo social. Va dirigida a personas mayores de 55 años

con interés por mantenerse al día, curiosidad intelectual, deseos de compartir experiencias y conocimientos y con motivación para seguir aprendiendo (18).

Aunque en la mayoría de los países se desarrolla algún tipo de actividad en gero - odontología, estas actividades no se encuentran adecuadamente definidas, medidas y evaluadas; como consecuencia un amplio sector de la población y muchos profesionales de la salud, no perciben la salud bucodental como un elemento importante de la salud del anciano, existiendo, además, pocos estudios que proporcionan una descripción del estado de salud bucodental de los ancianos de la América Latina y de sus necesidades de atención (16).

Motivados por los resultados de los análisis de la situación de salud, del quinquenio, del Policlínico Docente “Carlos J. Finlay “, uno de los Centros de Referencia Nacional para la Atención al Adulto Mayor, donde uno de sus principales problemas lo constituye la Atención a la Tercera Edad, la que está representada por el 18,5 por ciento de la población, (Gráfico I) y en el cual se han llevado a cabo otros estudios que corroboran los criterios expresados como son las investigaciones acerca de la Calidad de Vida del Adulto Mayor de Del Pino (19) y Tejera (20) y el trabajo de sobre salud bucal de Berenguer (21), nos trazamos realizar esta investigación en el Consejo Popular “ Guillermón Moncada “ de esta área. A pesar de que estudios en este grupo de edad proliferan, una de las problemáticas menos estudiada ha sido el tema de la Salud Bucal. En la misma nos propusimos identificar los aspectos principales de la salud bucal con la finalidad de proponer alternativas contribuyendo de esta forma, no solo a darles más años a la vida, sino más vida a los años, toda vez que es necesario reconocer la importancia del proceso de envejecimiento y de contar con información adecuada y oportuna para orientar la adaptación del Sistema de Salud a estas exigencias.



# ***OBJETIVOS***

## GENERAL

Identificar los aspectos principales de la Salud Bucal del Adulto Mayor en el Consejo Popular “Guillermón Moncada”, Municipio Santiago de Cuba, Enero - Junio del 2000.

## ESPECIFICOS

1. Señalar las características socioeconómicas y demográficas del Adulto Mayor.
2. Precisar la morbilidad y mortalidad dentaria en el adulto mayor, así como los hábitos y conocimientos mínimos básicos de Salud Bucal de los mismos.
3. Mostrar los criterios del Adulto Mayor sobre los servicios estomatológicos recibidos.

# ***RESULTADOS A ALCANZAR***

Describir la magnitud del problema, así como lograr detectar la morbilidad bucal en el adulto mayor con vistas a mejorar la calidad de la atención estomatológica a este grupo poblacional que se incrementa y a través de estudios analíticos posteriores, modificar conocimientos, hábitos y costumbres.

# ***TECNOLOGÍA Y METODOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACION***

## Bioética Médica

En la fase de organización de la investigación se sostuvo un encuentro con el Consejo de Dirección del Policlínico “Carlos J. Finlay” de Santiago de Cuba, con el equipo multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), el presidente del Consejo Popular “Guillermón Moncada” y la presidenta municipal de Círculos de Abuelos, con la finalidad de explicarles los objetivos de trabajo, establecer las coordinaciones, participación y el apoyo intersectorial para la obtención de la información. A los pacientes se les pidió su consentimiento de voluntariedad para participar en la investigación previa información sobre la misma, explicándole que no constituye riesgo ni daño alguno para la salud y estar apto mentalmente.

## Método Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

El universo de estudio estuvo integrado por la población de 60 y más años de edad de ambos sexos, residentes en el Consejo Popular “Guillermón Moncada” del área “Carlos J. Finlay”. El mismo quedó constituido por 1276 ancianos.

De este universo se seleccionó una muestra a través de un muestreo por conglomerado bietápico. En la primera etapa, se integra el universo de los 11 consultorios que conforman dicho consejo. En la segunda etapa se estratifica la población por sexo y grupos quinquenales de edad. Determinando la proporción en cada consultorio, lo que permitió determinar la

submuestra por estos grupos y consultorios quedando la muestra final integrada por 143 ancianos distribuidos por consultorios en la siguiente manera:

- Consultorio 10	- 15 ancianos
- Consultorio 18	- 14 ancianos
- Consultorio 40	- 6 ancianos
- Consultorio 11	- 16 ancianos
- Consultorio 1	- 10 ancianos
- Consultorio 2	- 18 ancianos
- Consultorio 19	- 13 ancianos
- Consultorio 30	- 11 ancianos
- Consultorio 29	- 16 ancianos
- Consultorio 17	- 9 ancianos
- Consultorio 9	- 15 ancianos

Esta muestra fue seleccionada por cálculos estadísticos realizados por el Programa de Epi - Info. (Cuadro I).

Para la selección de cada individuo se obtuvo una lista de los estratos antes señalados por consultorios, enumerados de forma consecutiva y por un muestreo aleatorio simple, a través, del método de la lotería se determinaron los elementos que integraron la muestra. Este listado de los pacientes por nombre, grupo de edades, sexo y dirección, se obtuvo de la Historia de Salud Familiar de cada consultorio Médico de la Familia; quedando excluidos todos aquellos ancianos que se encontraban dispensarizados como Demencia Senil.

Para incluir los ancianos en la muestra, estos deben cumplir con el criterio de voluntariedad y deben estar aptos mentalmente para cooperar con la encuesta.

Una vez seleccionada la muestra, se aplicó un modelo encuesta que recoge: interrogatorio directo con el paciente y examen físico odontológico, en el domicilio. El cual fue elaborado por un grupo de expertos, y probado y corregido a través de una prueba piloto en 20 ancianos. Este formulario fue elaborado tomando como base la encuesta de Salud Bucal de la OMS de 1997, la misma se modificó de acuerdo a los objetivos de la investigación y fue aplicado por la autora para evitar sesgos.

A través de la encuesta, se precisó:

- La edad cumplida en años, se clasificó en grupos quinquenales, siendo el límite inferior de la primera clase 60 años y la última clase quedó abierta en el límite superior 85 y más años.
- El sexo se agrupó en sus dos categorías biológicas
- El estado conyugal de los ancianos:
  - Con pareja: se consideran los casados y en unión consensual
  - Sin pareja: se incluyeron los divorciados, viudos y solteros
- El nivel de escolaridad, se categorizó teniendo en cuenta el último nivel vencido, excepto para el nivel primario.
  - Primaria: Se consignó los que hayan terminado este nivel o estén comprendidos en él.
  - Secundaria: Los que hayan terminado este nivel.
  - Preuniversitario: Los que hayan terminado el mismo
  - Universitarios: Los que hayan concluido este nivel
  - Illetrados: Aquellos que no saben leer ni escribir.
- También se tendrá en cuenta la ocupación considerando en este acápite los que estén:
  - Jubilados: Es hacer uso de un beneficio ganado por los trabajadores, luego de una larga lucha laboral.

- No labora: aquellos que no trabajan y no son jubilados
- Labora: que trabaje, ya sea en una institución estatal o privada (Cuenta Propia)
- La estructura familiar, según el tipo de familia. Quedó clasificada como sigue:
  - Nuclear: Constituida por los padres con hijos o sin ellos
  - Extensa: Formada hasta por 3 generaciones abuelos, hijos y nietos
  - Ampliada: Incluye primos, tíos y cuñados
- El per cápita familiar, dado por la suma de los salarios de la familia y la cantidad de conviventes, se categorizó, según referencias de otros estudios realizados, en este grupo poblacional, como sigue:
  - Bajo: Hasta \$ 100,00
  - Medio: De \$ 101,00 a \$ 200.00
  - Alto: Más de \$ 200.00
- Asimismo se precisaron los ingresos individuales mensuales del adulto mayor y su fuente y se categorizaron por la autora en:
  - Bajo: menos de \$ 100,00
  - Medio: De \$ 101,00 a \$ 240,00
  - Alto: Más de \$ 200,00
- En cada anciano se precisó las o las enfermedades que padece

La realización de la encuesta, y el examen físico odontológico se realizaron a través de visita en el domicilio. Garantizando que el examen bucal fuera en una silla con respaldo alto para apoyar la cabeza, con buena iluminación natural, contando para dicho examen con el instrumental de diagnóstico.

- Se evaluaron las siguientes categorías:

- Dientes sanos: Cuando no muestren evidencias de caries clínicas tratadas o cuando se presenten puntos blancos con aspecto de yeso, puntos ásperos o decolorados, fosas y fisuras manchadas que retienen el explorador pero no puede detectarse fondo resblandecido, defecto del esmalte de apariencia poco brillante y duro.
- Diente cariado: Cuando exista una lesión en fosa, fisura y superficie lisa del diente, donde se detecte fondo blando y paredes socavadas.
- Diente obturado: Cuando están presente una o más obturación, o cuando existe una corona instalada a causa de caries previas.
- Recidiva de caries: Aquella obturación que por algún defecto haya provocado la aparición de una carie en sus inmediaciones.
- Diente obturado y cariado: Cuando presente las características de las dos condiciones anteriores en un mismo diente.
- Diente perdido: Cuando esté ausente el diente por cualquier causa.
- Corona o Espiga: Cuando está presente la misma.

Estas categorías se codificaron numéricamente, plasmándose en el dentigrama, en el caso que el paciente fuera edente total se pasó una raya para cada arcada dentaria.

Basada en esta información se determinó el índice de COP.

$$\text{COP} = \frac{\text{Cariados} + \text{Obturados} + \text{Perdidos}}{\text{Total de población examinada}}$$

Total de población examinada

Así como se determinó por categoría el promedio de dientes.

En los dientes cariados se incluyeron los cariados además de los obturados con recidivas.

En los obturados se incluyeron los que tenían esta condición más las coronas o espigas.

- Además en dicho examen también se precisó si el paciente es portador de una prótesis dental, el tipo y tiempo de instalada. Así como el estado de la misma considerando las siguientes categorías:

- No necesita: Cuando tiene todos los dientes naturales o sea portador de una corona
- Necesita y no tiene: Cuando el paciente tiene dientes perdidos o es edente y no posee prótesis .
- Tiene adecuada: Cuando es portador de una prótesis, independiente del tipo y la misma tiene hasta 10 años de instalada, buen ajuste y el examen de la mucosa no presenta ninguna alteración.
- Tiene inadecuada: Cuando es portador de una prótesis, independiente del tipo y la misma tiene más de 10 años de instalada, mal ajuste y tenga o no alguna alteración de la mucosa .
- No desea: Aquellos que requieren prótesis y no desean tener.
- En el examen de la articulación temporomandibular se precisó: la presencia o no de síntomas y signos, así como si ha presentado dislocación.
- Chasquido: Se evalúa directamente mediante un sonido agudo audible o al palpar las articulaciones temporomandibulares.
- Contractura Maseteriana: La sensibilidad se debe evaluar mediante palpación unilateral presionando firmemente con dos dedos, oprimir dos veces en la parte más voluminosa del músculo. La sensibilidad se registra solo si la palpación provoca espontáneamente un reflujo de evitación.
- Reducción de la movilidad de apertura y cierre de la mandíbula: Cuando esta sea inferior de 30 mm : En una mandíbula adulta se considera la movilidad reducida cuando la persona no pueda abrirla al ancho de dos dedos.

Esta se categorizó:

- Normal: Cuando no presentó ni síntomas, ni signos, ni se haya dislocado.
- Disfuncional: Cuando presentó algún síntoma o signo, o se le haya dislocado, ya sea autocontrolada o con ayuda profesional.



El examen de la mucosa oral se categorizó en:

- Normal: Cuando no presentó ninguna alteración de continuidad en su constitución y estén normocoloreadas y húmedas.
- Tumor: Todo aumento de volumen circunscrito de origen neoplásico benigno, o maligno, puede ir acompañado de cambios en la coloración y tener o no síntomas aunque puede tener otra etiología o representar entidades nosológicas.
- Leucoplasia: Placa blanca que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad.
- Ulceras: Solución de continuidad del epitelio de revestimiento de la cavidad bucal que puede ser aguda, subaguda o crónica.
- Gingivitis: Inflamación de la encía, edematosa o fibrosa que afecta el parodonto de protección, es la forma más común de la enfermedad gingival.
- Liquefación Plano: Es una dermatosis inflamatoria de evolución crónica o subaguda, se caracteriza por estrías radiadas de color blanco o gris en forma de encaje o red .
- Candidiasis: Es una enfermedad de la piel y la mucosa de origen micótico puede adoptar la forma de placas blancas diseminadas o presentar zonas eritematosas que alternan con puntos blanquecinos que se desprenden al raspado.
- Abscesos: Inflamación purulenta circunscrita a un diente que puede ser de origen periodontal, gingival o dentoalveolar.
- Estomatitis Subprotésis: Lesión confinada a la bóveda palatina asociada a las prótesis superiores totales y parciales. La lesión exhibe aspecto eritematoso puntado o difuso, pudiendo llegar a aparecer hiperplasia papilar.

Así como cualquier otra que aparezca, además se precisó la localización de las mismas .

- También se determinó la higiene bucal, en el examen físico. Esta se categorizó como sigue:
  - Buena: No presencia de placa dentobacteriana visible
  - Deficiente: Presencia de placa dentobacteriana visible, sarro y restos de alimentos.
- Se precisaron los hábitos higiénicos y tóxicos en el adulto mayor y se categorizaron como:
  - Correcto: Cuando se cepillen los dientes, cuatro veces al día, después de comer algún alimento. No tiene hábitos tóxicos y si es portador de prótesis no duerme con ella, la limpia con cepillo dental y la remoja durante la noche en agua corriente.
  - Incorrecto: Cuando no se cepilla los dientes, o lo hace menos de 4 veces al día o no lo hace después que ingiere alimento. Tiene algún hábito tóxico, si es portador de prótesis y no se la quita para dormir, no la limpia con cepillo dental y/o no la remoja durante la noche en agua corriente .
- En la encuesta se precisaron algunos conocimientos básicos mínimos sobre la atención estomatológica que comprenden los ITEMS 28,29,30 y se categorizaron en :
  - Adecuado: Cuando el ITEM 28 responda el inciso 1, en el ITEM 29 el inciso 1 y en el ITEM 30 responden los incisos 1,2,3.
  - No Adecuado: Cuando responde otros incisos señalados en cada ITEMS.
- La encuesta también recogió los criterios que tienen los ancianos sobre el servicio estomatológico que se les brinda. Así como las principales dificultades que se presentan al acudir a estos servicios y los motivos por los que no han asistido en el último año. Además para conocer la integración del equipo de salud se preciso a que personal acude el anciano cuando presenta alguna alteración de la cavidad bucal.

Una vez concluida la encuesta con la evaluación clínica se determinó la necesidad de servicios estomatológicos en estos ancianos.

Para la realización de este proyecto se realizó revisión bibliográfica en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas; a través de las bases de Datos MEDLINE y LILACS, así como en la Biblioteca de la Maestría del Instituto Superior de Ciencias Médicas.

Para la recolección de la información se confeccionó una planilla encuesta(se anexa) en la que recoge las variables relevantes a saber: edad, sexo, ingresos, examen bucal, hábitos, conocimientos y otros.

La información fue procesada a través de medios computacionales por el programa estadístico EPI - INFO que permitió confeccionar los cuadros estadísticos de una y doble entrada; los gráficos se confeccionaron con la hoja de cálculo Excel de Microsoft.

Como medidas resumen se utilizaron para las variables cualitativas el porcentaje, el índice y las tasas, y para las cuantitativas la media aritmética.

Además se estimaron los límites de los intervalos de confianza (IC) para la proporción y la media con un nivel de confianza del 95 por ciento.

Para determinar la posible asociación entre variables tales como el sexo con la edad, estado conyugal, hábitos y conocimientos mínimos básicos, así como el nivel de escolaridad y los conocimientos, aplicamos la prueba de Hipótesis de Homogeneidad mediante el estadígrafo Chi- Cuadrado ( $\chi^2$ ) con un nivel de significación de 0,05. Una vez realizado el análisis y discusión de los resultados se emitieron conclusiones y recomendaciones que permitieron alcanzar los objetivos propuestos.

# ***ANÁLISIS DE LAS VIOLACIONES DEL PROYECTO***

En nuestra investigación no se produjeron violaciones del proyecto, por lo que los resultados obtenidos, se correspondieron a los esperados en el mismo.

# ***ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS***

El tamaño de la población de edad avanzada, tanto en cifras absolutas como en porcentaje del total de la población, aumenta rápidamente en casi todas las partes del mundo. Esta tendencia, unida a otros cambios profundos que se han producido en la sociedad, ha hecho que las formas tradicionales de entender y adaptar el proceso de envejecimiento resulten insuficientes. El envejecimiento, que antes se consideraba una tendencia incipiente, principalmente en los países industrializados, se considera ahora un fenómeno mundial (10).

Al estudiar la edad y el sexo del Adulto Mayor (Cuadro I) vemos que el grupo de edad más frecuente es de los 65 a 69 años con un 28,0 por ciento (40 ancianos), seguido en orden de frecuencia por el grupo de 60 a 64 años. El comportamiento por sexo mostró predominio de las mujeres ( 87 pacientes) para un 60,8 por ciento, aunque no hubo diferencias significativas ( $P > 0,05$ ) por lo que la edad tuvo un comportamiento homogéneo por sexo.

**Cuadro I. Adulto Mayor según Grupo de Edades y Sexo.**

<b>Grupos de Edades</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>60 - 64</b>	<b>9</b>	<b>16.1</b>	<b>22</b>	<b>25.3</b>	<b>31</b>	<b>21.7</b>
<b>65 - 69</b>	<b>19</b>	<b>34.0</b>	<b>21</b>	<b>24.1</b>	<b>40</b>	<b>28.0</b>
<b>70 - 74</b>	<b>11</b>	<b>19.6</b>	<b>17</b>	<b>19.5</b>	<b>28</b>	<b>19.5</b>
<b>75 - 79</b>	<b>6</b>	<b>10.7</b>	<b>9</b>	<b>10.4</b>	<b>15</b>	<b>10.5</b>
<b>80 - 84</b>	<b>5</b>	<b>8.9</b>	<b>12</b>	<b>13.8</b>	<b>17</b>	<b>11.9</b>
<b>85 Y Más</b>	<b>6</b>	<b>10.7</b>	<b>6</b>	<b>6.9</b>	<b>12</b>	<b>8.4</b>
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta**

**P > 0.05**

Estos patrones se corresponden con los observados de manera general en el Area de Salud. El predominio femenino pudiera quedar explicado por la sobremortalidad masculina para estos grupos de edades como señala la bibliografía: es por ello que observamos más viudas que viudos, ya que las mujeres viven por término medio bastante más que los hombres. Por lo que las “Abuelitas“ se han convertido en un fenómeno casi universal (22).

Este comportamiento puede observarse en el Cuadro II, donde el 60,8 por ciento (87 ancianos) no tienen pareja, de estos el 71,3 por ciento (62 pacientes) son mujeres, mientras el 55,4 por ciento (31 casos) de los hombres tienen pareja. Observando diferencias significativas ( $P < 0,05$ ) lo que evidencia que el estado conyugal no se comporta de forma similar por sexo.

**Cuadro II. Adulto Mayor según Estado Conyugal y Sexo.**

Estado Conyugal	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Con Pareja</b>	<b>31</b>	<b>55.4</b>	<b>25</b>	<b>28.7</b>	<b>56</b>	<b>39.2</b>
<b>Sin Pareja</b>	<b>25</b>	<b>44.6</b>	<b>62</b>	<b>71.3</b>	<b>87</b>	<b>60.8</b>
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta.**

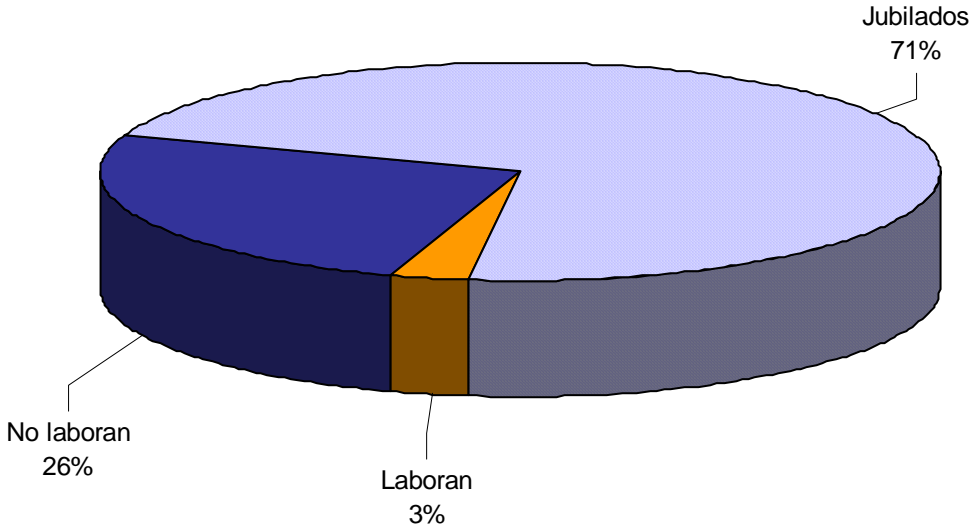
**P < 0.05**

Estos resultados se corresponden con otros estudios sobre adulto mayor, donde predominan las mujeres sin parejas, debido fundamentalmente a la viudez (20).

El adulto mayor según la legislación cubana ha sobrepasado la edad que contempla a la población económicamente activa. En otros países esta se extiende hasta los 65 años para ambos sexos (23). Es por ello que en el Gráfico II, observamos que lo que predomina según la categoría ocupacional son los jubilados con un 64,3 por ciento (92 ancianos), seguidos por los que no laboran con un 32,9 por ciento (47 casos) incluyendo en este grupo las amas de casas que nunca trabajaron, solo un 2,8 por ciento (4 pacientes) aún se mantienen laborando, en actividades por cuenta propia, 2 de ellos.

El predominio de jubilados en estos ancianos, se debe en gran medida a los logros de la revolución, que creó desde sus inicios puestos de trabajo o fuente de empleo para la población adulta que existía en cada etapa de la misma.

**Gráfico II. Ocupación del adulto mayor.**



**Fuente: Encuesta**

Uno de los efectos que producirá el envejecimiento de las poblaciones será un cambio drástico en la relación entre el número de personas que trabajan y el de las personas jubiladas. Ello conducirá presumiblemente a una escases de asalariados, grupo que se nutrirá cada vez más de mujeres que antes permanecían en sus hogares y de personas de más edad, inclusive de aquellos que ya hayan cumplido la edad actual de jubilación. Si esta proyección es correcta a un corto plazo podría dar lugar a conflictos entre los jóvenes desempleados que quieren trabajar y las personas de edad que quieren continuar trabajando (10).

Los Programas de Jubilación tienen así mismo una importante influencia en la salud de las personas de edad, no solo porque determinan los niveles de ingreso monetario de las personas jubiladas, sino por la importante función que desempeñan en la vida económica activa a la pasiva. La reglamentación estricta de la edad a la cual una persona debe retirarse de la vida activa de trabajo puede ser un factor negativo para la salud del anciano. En este sentido, cabe

destacar el progreso alcanzado en años recientes con relación a la jubilación flexible o gradual, para beneficio del anciano (24).

La familia y los amigos son fuentes de apoyo afectivo fundamental para los senescentes. En las últimas décadas los cambios sociales y económicos han repercutido en la estructura de la familia y al mismo tiempo disminuido la posibilidad de atención familiar mantenida (24-25)

Refiere también la bibliografía (22) que la familia ampliada era lo corriente y que los ancianos vivían en casa de sus hijos o de otros parientes próximos. El éxodo rural masivo ha provocado la desintegración de esas grandes células familiares.

Observamos en el Cuadro III el adulto mayor según su estructura familiar y percápita familiar, lo más frecuente fue la familia extensa con un 44,8 por ciento (64 ancianos), seguido por la nuclear con 42,0 por ciento (60 casos), la ampliada apareció en menor frecuencia. Apreciamos que el percápita familiar más relevante fue hasta los 100 pesos con 86 casos (60,1 por ciento), categorizado como malo; seguido por los que tenían entre 101 a 240 pesos con 54 ancianos (37,8 por ciento) que se corresponde con el medio; en ambos grupos predominaron las familiar extensas.

**Cuadro III. Adulto Mayor según Estructura Familiar y percápita Familiar.**

<b>Estructura Familiar</b>	<b>Percápita Familiar</b>							
	<b>Hasta \$ 100.00</b>		<b>\$ 101.00 - 240.00</b>		<b>Más de 240.00</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Nuclear	37	43.0	21	38.9	2	66.7	60	42.0
Extensa	38	44.2	25	46.3	1	33.3	64	44.8
Ampliada	11	12.8	8	14.8	-	-	19	13.2
Total	86	100.0	54	100.0	3	100.0	143	100.0

**Fuente: Encuesta.**



Desde el punto de vista social la familia constituye la institución base de la sociedad y el medio natural para el desarrollo de sus miembros. Para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo en ausencia de otros que ya han desaparecido, es la proveedora fundamental y a veces la única de protección; y la promotora de la elevación del autoestima, pues el anciano se siente vinculado con otros al participar en la vida hogareña con hijos, nietos y demás familiares. La familia es un grupo insustituible en el cual debe permanecer el anciano el mayor tiempo posible, pues desvinculado de su medio constituye un factor de alto riesgo social (26).

Como se aprecia, los adultos mayores, se encuentran en el medio adecuado de acuerdo a la estructura familiar, según lo que plantea la bibliografía señalada, pues en la nuclear se encuentran acompañados por los hijos. En cuanto al per cápita familiar predomina el malo; lo que nos hace pensar que las necesidades de este grupo de ancianos no pueden ser satisfechas en su totalidad, ni tampoco las de su familia.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, insisten en la necesidad de mantener a los ancianos en su domicilio y el medio social donde ha vivido, siempre que éstos reúnan las condiciones estructurales, higiénicas, sanitarias y especialmente las emocionales (27).

En cuanto a los ingresos personales del adulto mayor y su fuente (Cuadro IV) vemos que 86 ancianos (60,1 por ciento) tenían un ingreso por debajo de los 100 pesos, la fuente más relevante de estos ingresos es por jubilación con un 64,3 por ciento (92 casos), los cuales son aportados al per cápita familiar al igual que en los otros grupos de ingresos. Solo en el grupo de ayuda familiar es que no se observa esta situación. Esto nos pone en evidencia, que en vez de la familia ayudar económicamente a los adultos mayores es a la inversa, ellos son los que ayudan a la familia, lo que de cierta manera limita al anciano para otras actividades, como por ejemplo destinar un presupuesto para gastos de salud bucal.

**Cuadro IV. Ingresos Personales del Adulto Mayor según Fuentes.**

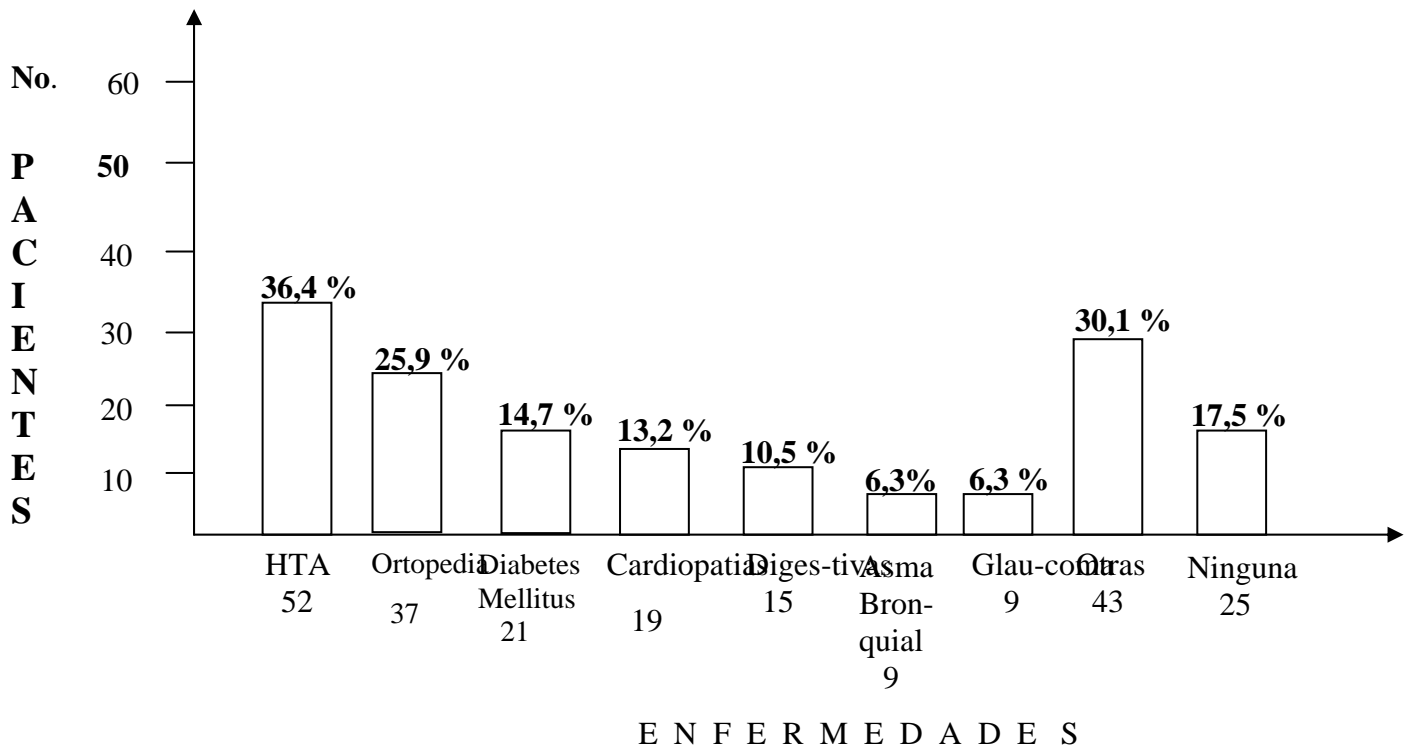
<b>Fuente de Ingresos Personales</b>	<b>Ingresos Personales</b>							
	<b>Menos \$ 100.00</b>		<b>\$ 101.00 - 200.00</b>		<b>Más de 200.00</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Por el Trabajo	<b>2</b>	<b>2.3</b>	<b>2</b>	<b>3.7</b>	-	-	<b>4</b>	<b>2.8</b>
Pensión por Supervivencia (Viudez)	<b>9</b>	<b>10.5</b>	<b>8</b>	<b>14.8</b>	-	-	<b>17</b>	<b>11.9</b>
Pensión por Jubilación	<b>56</b>	<b>65.1</b>	<b>34</b>	<b>63.0</b>	<b>2</b>	<b>66.7</b>	<b>92</b>	<b>64.3</b>
Pensión por Invalidez	<b>2</b>	<b>2.3</b>	-	-	-	-	<b>2</b>	<b>1.4</b>
Pensión por Seguridad Social	<b>2</b>	<b>2.3</b>	-	-	-	-	<b>2</b>	<b>1.4</b>
Ayuda Familiar	<b>15</b>	<b>17.5</b>	<b>10</b>	<b>18.5</b>	<b>1</b>	<b>33.3</b>	<b>26</b>	<b>18.2</b>
Otros Ingresos	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>	<b>3</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta**

Si bien es esencial que el anciano reciba una adecuada pensión en dinero, se debe tener en cuenta que las necesidades que hay que satisfacer son numerosas y diversas (24).

En el Gráfico III, observamos las enfermedades que padecen los adultos mayores, la entidad más frecuente es la hipertensión arterial con un 36,4 por ciento (52 casos), seguido por las afecciones ortopédicas, las diabetes mellitus y las cardiopatías. Cabe destacar que el 17,5 por ciento (25 adulto mayor) no representaban ninguna enfermedad y que éstos estaban comprendidos entre los 60 y 70 años.

**Gráfico III. Enfermedades que padece el Adulto Mayor**



**Fuente: Encuestas**

Los cambios biológicos y psicológicos que se producen con el envejecimiento, junto con la frecuente coexistencia de pluripatologías, favorece que los ancianos sean más susceptibles a una evolución torpida de la enfermedad, con repercusiones lentas o provocando situaciones de incapacidad. Los problemas de salud en la vejez afectan todas las esferas de las personas, con una interrelación causal circular intensa: lo biológico influye en lo psicológico y en lo social, y lo social y psicológico en lo biológico (28-29).

Estas enfermedades, tienen una gran repercusión sobre la salud bucal, ya que constituyen un riesgo quirúrgico y al mismo tiempo las afecciones estomatológicas pueden ser un agravante de su patología de base.

Es difícil hacer una descripción completa de las condiciones y enfermedades sistémicas que afectan la cavidad oral, ya que la población geriátrica tiende a la pluripatología, el número de enfermedades es muy extenso, existen otros factores como el mayor consumo de

medicamentos, y faltan estudios que cuantifiquen de forma detallada los efectos de las patologías en la cavidad oral. Pero se señalan enfermedades como las cardíacas, cerebrovasculares, neoplasias, diabetes mellitus y otras, donde se hacen referencias a los daños que producen como por ejemplo enfermedad periodontal, déficit sensorial o motor de la cavidad oral y otras (30).

La esperanza de vida de la población cubana, se ha incrementado con el avance de los servicios de salud, así como del desarrollo socioeconómico de nuestro país, lo que nos muestra que para 1999, la esperanza de vida para Cuba fue de 78,3 años (31); lo que nos hace pensar que con el envejecimiento de la población se incrementen las enfermedades no transmisibles como observamos en estos ancianos.

Sin embargo, para que la esperanza de vida activa se convierta en realidad, es imprescindible reevaluar la importancia de los adultos mayores dentro de la sociedad, crear políticas dirigidas a promover su salud y a prevenir y/o controlar las enfermedades prevalentes en ese grupo de edad (32).

El examen a la cavidad oral, reflejó el estado de la dentición del adulto mayor (Cuadro V), donde lo más frecuente resultó los dientes perdidos con un total de 3132 dientes, con un promedio de 21,9 dientes perdidos por ancianos, lo que nos hace alcanzar 24,3 dientes afectados por pacientes, motivado fundamentalmente por los perdidos.

**Cuadro V. Estado de la Dentición del Adulto Mayor.**

<b>Estado de la Dentición</b>	<b>Total</b>	<b>Promedio</b>
<b>Dientes Sanos</b>	<b>528</b>	<b>3.7</b>
<b>Dientes Cariados</b>	<b>192</b>	<b>1.3</b>
<b>Dientes Obturados</b>	<b>152</b>	<b>1.1</b>
<b>Dientes Perdidos</b>	<b>3132</b>	<b>21.9</b>
<b>COP</b>	<b>-</b>	<b>24.3</b>

**Fuente: Encuesta**

Cuando vemos la prevalencia de edentes totales se aprecia (Cuadro VI) que fue la misma de 50,3 por cada 100 ancianos, lo que nos permite estimar con un 95 por ciento de confianza que en la población de este consejo habrá entre un 42,1 y 58,5 por cada 100 ancianos de edentes totales. Esta tasa de prevalencia es más elevada en el grupo entre 80 a 84 años con un 70,6 por cada 100 pacientes con un intervalo de confianza al 95 por ciento de 49,0 a 92,2 por cada 100 adulto mayor. La tasa de edentes totales se incrementó a medida que aumentó la edad.

**Cuadro VI. Prevalencia de Edentes Totales en el Adulto Mayor.**

<b>Grupos de Edades</b>	<b>Número de Pacientes</b>	<b>Número de Edentes Totales</b>	<b>Tasa (100 Ancianos)</b>	<b>IC</b>
<b>60 - 64</b>	<b>31</b>	<b>7</b>	<b>22.6</b>	<b>7,9 ; 37.3</b>
<b>65 - 69</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>55.0</b>	<b>39.6 ; 70.4</b>
<b>70 - 74</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>50.0</b>	<b>31.4 ; 68.6</b>
<b>75 - 79</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>66.7</b>	<b>42.8 ; 90.6</b>
<b>80 - 84</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>70.6</b>	<b>49.0 ; 92.2</b>
<b>85 Y Más</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>58.3</b>	<b>30.5 ; 86.1</b>
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>72</b>	<b>50.3</b>	<b>42.1 ; 58.5</b>

**Fuente: Encuesta**

Todos estos resultados son el reflejo de una deficiente atención bucodental, donde prevalecía el tratamiento radical por encima del conservador con ausencia de prevención y promoción de la salud para este grupo poblacional; son coincidente con lo planteado por Berenguer (21) en su estudio en el Consejo Popular “Los Maceos”, del Policlínico Finlay

La cavidad oral y los órganos masticatorios tienen un envejecimiento similar al del resto del organismo, y tradicionalmente, el anciano ha sido asociado con la pérdida de dientes y la colocación de una prótesis dental para mantener cierto grado de capacidad funcional masticatoria, como resultado de la prevalencia de las enfermedades orales a lo largo de la vida, y de un tratamiento odontológico muchas veces inadecuado (33).

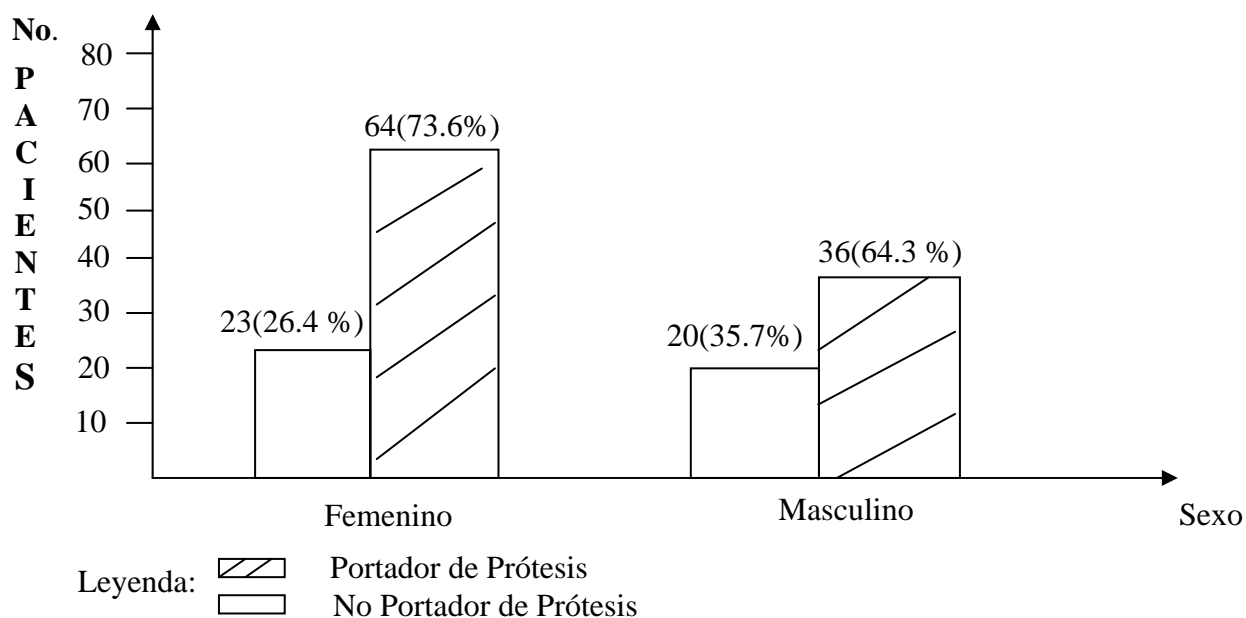
Es importante indicar que algunos cambios orales que ocurren con la edad son naturales como son cierto grado de oscurecimiento o desgaste en los dientes. Otras modificaciones que ocurren relacionados con la edad, son consecuencia de la acción de enfermedades (Ej. Periodontitis), de medicamentos (xerostomía) y efecto de factores socioculturales y económicos (tratamientos exodoncico y restaurador) sobre la persona que envejece (34).

Muchos autores confirman, que las caries son la principal causa de pérdida de dientes en todos los grupos de edades, incluidos los de edad avanzada; por lo que en la actualidad la lucha contra las caries en las sociedades avanzadas es la atención sanitaria hacia la prevención en contraposición al tratamiento paliativo tradicional (35).

La salud de la cavidad oral influye en la salud general del anciano, de ahí su importancia, tiene utilidad en el lenguaje, como primer paso en la digestión y en aspectos como la apariencia física y la autoestima. Las consecuencias de sus alteraciones varían según la función que se afecte y su grado de severidad (30).

La incidencia de tratamientos protésicos en pacientes de edad avanzada ha aumentado espectacularmente en los últimos tiempos (36). Se observó en el Gráfico IV que los portadores de prótesis, representan el 73,6 por ciento (64 casos) de las mujeres y el 64,3 por ciento (36 pacientes) de los hombres. El predominio de las prótesis en las mujeres, puede deberse a la preocupación de las mismas por la estética.

**Gráfico IV. Portador de Prótesis o no según sexo del Adulto Mayor**



De los 100 pacientes portadores de prótesis (Cuadro VII) el 81,0 por ciento es del tipo total, ya sea monomaxilar o de ambos; incrementándose el porcentaje en correspondencia con la edad.

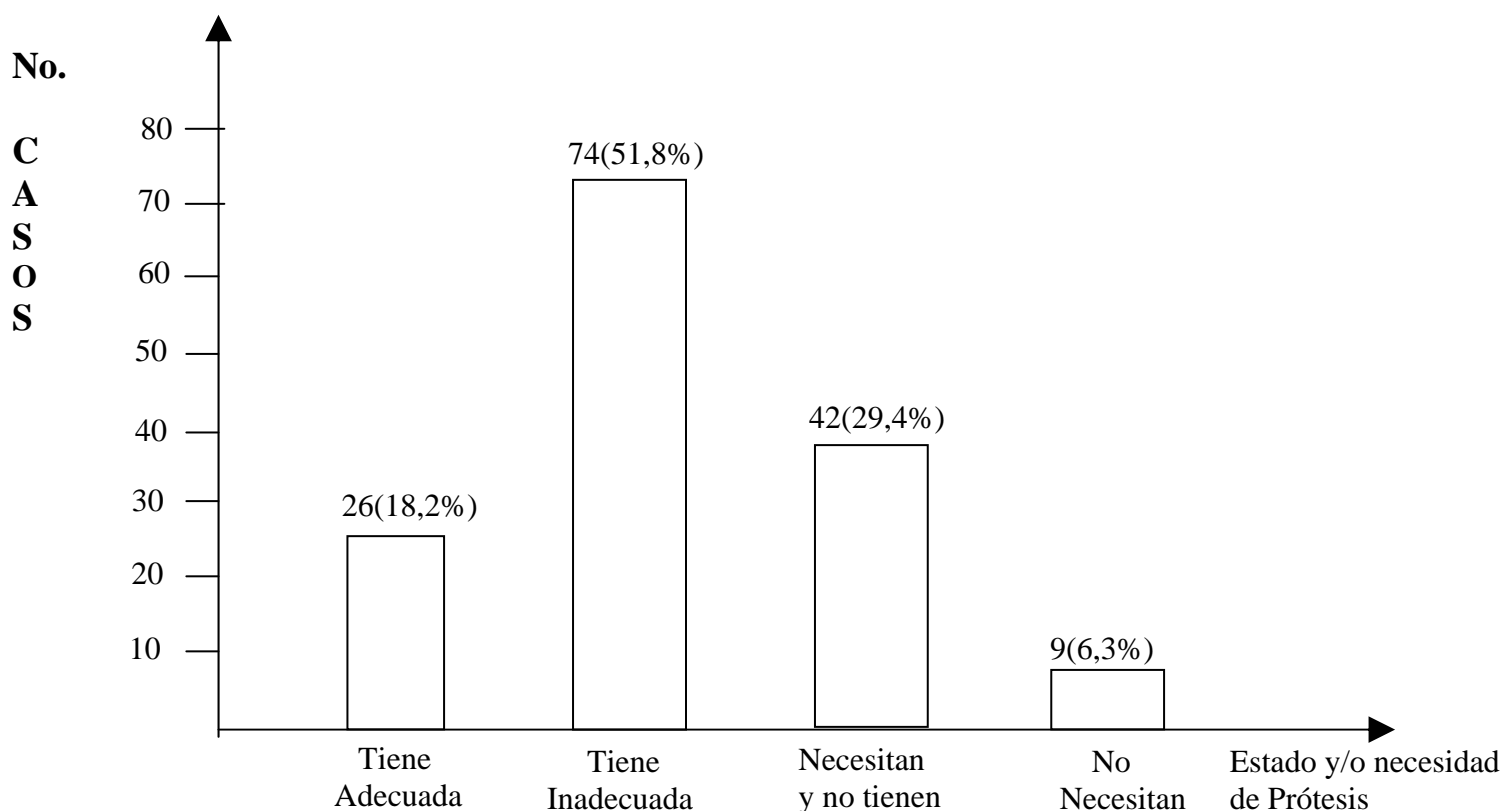
**Cuadro VII. Tipo de Prótesis del Adulto Mayor según Edad.**

Grupos de Edades	Tipo de Prótesis									
	Total		Parcial		Fija		Total y Parcial		Total de Ancianos con Prótesis	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>60 - 64</b>	<b>12</b>	<b>63.2</b>	<b>5</b>	<b>26.3</b>	-	-	<b>2</b>	<b>10.5</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>
<b>65 - 69</b>	<b>24</b>	<b>75.0</b>	<b>1</b>	<b>3.1</b>	<b>1</b>	<b>3.1</b>	<b>6</b>	<b>18.8</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>
<b>70 - 74</b>	<b>15</b>	<b>93.8</b>	<b>1</b>	<b>6.2</b>	-	-	-	-	<b>16</b>	<b>100.0</b>
<b>75 - 79</b>	<b>9</b>	<b>81.8</b>	<b>1</b>	<b>9.1</b>	-	-	<b>1</b>	<b>9.1</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>
<b>80 - 84</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	-	-	-	-	-	-	<b>14</b>	<b>100.0</b>
<b>85 Y Más</b>	<b>7</b>	<b>87.5</b>	-	-	-	-	<b>1</b>	<b>12.5</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>81.0</b>	<b>8</b>	<b>8.0</b>	<b>1</b>	<b>1.0</b>	<b>10</b>	<b>10.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta**

Sin embargo al analizar el estado de la prótesis y la necesidad de la misma (Gráfico V) vemos que sólo el 18,2 por ciento (26 ancianos) son portadores de prótesis adecuadas; el 51,8 por ciento (74 casos) tiene prótesis inadecuada y de este grupo 8 casos además necesitan y no tienen en la arcada contraria. El 29,4 por ciento (42 ancianos) necesitan y no tienen y de ellos 3 no la desean, pues tienen el criterio que las mismas producen cáncer; lo que evidencia el desconocimiento sobre este aspecto.

**Gráfico V. Estado y Necesidad de Prótesis del Adulto Mayor**



**Fuente: Encuesta**

En varios países se señala un alto porcentaje de personas totalmente desdentadas y por ende portadoras de prótesis, este tiende a disminuir en los últimos años por la labor de prevención por ejemplo en los Estados Unidos el descenso fue de un 13 a un 9 por ciento y en Noruega de un 16 a 12 por ciento. Se señala además que al confeccionar una prótesis en pacientes de edad avanzada, es necesario extremar la técnica para conseguir los mejores resultados, desde la impresión hasta el material de confección, recomendando para este grupo poblacional, la resina acrílica (36).

Teniendo en cuenta estos elementos, la cantidad de prótesis inadecuada en estos pacientes, pueda deberse a que más del 75 por ciento tenían más de 10 años lo que se corresponde con el déficit de recursos, que no ha permitido la reposición de las mismas en este grupo de ancianos. Los resultados son superiores a los de Berenguer (21), en la que un 33,8 por ciento debían reemplazarse las prótesis, pudiendo estar dado a que las necesidades han seguido acumulándose.



A pesar de la alta prevalencia de paciente con disfunción masticatoria por desdentamiento, el 83,9 por ciento tuvieron un comportamiento normal de la articulación temporomandibular, como se muestra en el Cuadro VIII, y solo en un 16,1 por ciento disfuncional.

**Cuadro VIII. Estado de la Articulación Temporo Mandíbular del Adulto Mayor según Edad.**

Grupos de Edades	ATM					
	Normal		Disfuncional		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 64	27	87.1	4	12.9	31	100.0
65 - 69	33	82.5	7	17.5	40	100.0
70 - 74	22	78.6	6	21.4	28	100.0
75 - 79	14	93.3	1	6.7	15	100.0
80 - 84	15	88.2	2	11.8	17	100.0
85 Y Más	9	75.0	3	25.0	12	100.0
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>83.9</b>	<b>23</b>	<b>16.1</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta**

El estudio realizado por Sánchez (37) en 25 ancianos sobre evaluación del estado de salud bucal en la población de Santiago de Cuba, señala una proporción no despreciable con la articulación temporomandibular normal.

Por ambas investigaciones se infiere la necesidad de realizar estudios de competencia y desempeño para realizar examen de esta articulación.

Existen dos factores de riesgo que producen un aumento de la prevalencia de las alteraciones temporomandibulares, uno es el incremento de las pérdidas de los dientes y el otro la prevalencia de alteraciones articulares entre los ancianos (38).

En el Cuadro IX apreciamos la condición de la mucosa oral en estos adultos mayores, donde lo más frecuente es que fuera normal con un 69,9 por ciento (100 ancianos) y que entre las alteraciones fuera la gingivitis con un 11,9 por ciento (17 casos), seguido de la estomatitis subprótesis en un 7,0 por ciento (10 ancianos).

**Cuadro IX. Condición de la Mucosa Oral y su Localización del Adulto Mayor.**

		<b>L o c a l i z a c i ó n</b>														
Condición	Total		Comisuras		Labios		Surcos		Mucosa Bucal		Lengua		Paladar		Reborde	
	No	% **	No	%*	No	%*	No	%*	No	%*	No	%*	No	%*	No	%*
Normal	100	69.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gingivitis	17	11.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	100.0
Estomatitis Subprótesis	10	7.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100.0	-	-
Abscesos	2	1.4	-	-	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Úlcera	2	1.4	-	-	-	-	1	50.0	-	-	-	-	1	50.0	-	-
Leucoplasia	1	0.7	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-
Tumor	1	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-
Otras	10	7.0	3	30.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0	5	50.0

**Fuente: Encuesta**

\* % Calculado en Base al Total de cada Condición

\*\* % Calculado en Base al Total de Casos (143)

Algunos autores (39) refieren que en su estudio en relación con las patologías de la mucosa oral, cerca del 50 por ciento no presentan ningún signo o síntoma y al menos en el 50 por ciento restante aparece un signo. El signo principal fue la estomatitis subprótesis; lo que se corresponde con los resultados de este estudio.

Se señala en la bibliografía (40) que la aparición de la gingivitis en el anciano tiene algunos factores predisponentes como la Diabetes Mellitus, Xerostomía, consumo de tabaco y factores mecánicos; lo cual coincide con los resultados señalados.

La higiene oral constituye el pilar fundamental de la salud bucal geriátrica (12). Al analizar la higiene bucal del adulto mayor (Cuadro X), observamos que el 51,0 por ciento (73 ancianos) tenían una higiene deficiente. Por sexo apreciamos que en el femenino la más frecuente es la buena con un 59,8 por ciento (52 mujeres); mientras que en los hombres fue la deficiente. Por lo que hubo diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), lo que evidencia que en las féminas existe mejor higiene que en los hombres.

**Cuadro X. Higiene Bucal del Adulto Mayor según Sexo.**

<b>Higiene Bucal</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Buena</b>	<b>18</b>	<b>32.1</b>	<b>52</b>	<b>59.8</b>	<b>70</b>	<b>49.0</b>
<b>Deficiente</b>	<b>38</b>	<b>67.9</b>	<b>35</b>	<b>40.2</b>	<b>73</b>	<b>51.0</b>
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta**

**P < 0.05**

Estos resultados concuerdan con los encontrados por Berenguer (21) que señala un predominio de la higiene bucal deficiente.

La mala higiene bucal y la dieta rica en azúcares refinados contribuye al incremento de las caries dentales; lo que se agrava por la xerostomía o sequedad de la boca, común en los ancianos; que con frecuencia se trata de un efecto secundario de medicamentos que contribuyen al deterioro de la dentadura al disminuir el flujo salival.

Pese a ser prevenibles las enfermedades de los dientes y las encías, provocan una elevada morbilidad en los ancianos. La enfermedad periodontal es la causa más importante de pérdida de los dientes (41).

En cuanto a los hábitos en el adulto mayor (Cuadro XI), vemos que lo más frecuente fueron los incorrectos con un 74,8 por ciento (107 ancianos), con un comportamiento similar por sexo. Sin diferencias significativas ( $P > 0.05$ )

Dentro de estos hábitos incorrectos los más frecuentes fueron el tabaquismo, dormir con la prótesis y el cepillado incorrecto, lo que está en correspondencia con la cifra de higiene bucal deficiente ya descrita.

**Cuadro XI. Hábitos en el Adulto Mayor según Sexo.**

<b>Hábitos</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Correctos</b>	<b>25</b>	<b>28.7</b>	<b>11</b>	<b>19.6</b>	<b>36</b>	<b>27.2</b>
<b>Incorrectos</b>	<b>62</b>	<b>71.3</b>	<b>45</b>	<b>80.4</b>	<b>107</b>	<b>74.8</b>
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta**

**P > 0.05**

El cepillado dental diario y cuidadoso es la mejor arma preventiva (41). La alta frecuencia de pacientes que duerme con la prótesis guarda una estrecha relación con la aparición de la estomatitis subprótesis ya mencionada, ya que la mucosa no descansa y no se oxigena, convirtiéndose el aparato en un factor irritante.

Es por ello que se señala en la bibliografía (12), que los ancianos requieren información concisa y clara para llevar a cabo una higiene correcta de sus prótesis removibles; deben limpiarlas después de las comidas y se recomienda retirarlas durante la noche.

Algunos autores plantean que a partir de los 60 años el consumo de tabaco decrece considerablemente y también aunque menos, el de alcohol. Solo uno de cada diez personas fuma; se consume menos alcohol y preferentemente de graduación baja. Esta disminución se sigue observando en los grupos de edad más avanzada (2)

En nuestros resultados los fumadores se comportan de igual forma y solo existe un ligero incremento entre los de 60 y 70 años. El alcoholismo se evidenció en un solo caso.

Es indiscutible que éstos hábitos y costumbres, constituyen factores de riesgo que participan en la génesis de un grupo de enfermedades crónicas, por lo que su eliminación o control conforman medidas básicas para conservar la salud.

En cuanto a los conocimientos mínimos básicos sobre algunos aspectos de salud bucal en el adulto mayor (Cuadro XII), vemos que el 61,5 por ciento (88 casos) son inadecuados, teniendo una situación similar por sexo, al alcanzar el femenino el 63,2 por ciento (55 pacientes) y el masculino el 58,9 por ciento (33 casos); por lo que no hubo diferencias significativas ( $P > 0,05$ ).

**Cuadro XII. Conocimientos Mínimos Básicos sobre algunos aspectos de Salud Bucal del Adulto Mayor Según Sexo..**

Conocimiento	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Adecuado</b>	<b>32</b>	<b>36.8</b>	<b>23</b>	<b>41.1</b>	<b>55</b>	<b>38.5</b>
<b>Inadecuado</b>	<b>55</b>	<b>63.2</b>	<b>33</b>	<b>58.9</b>	<b>88</b>	<b>61.5</b>
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta**

**P > 0.05**

Según el nivel de escolaridad (Cuadro XIII) vemos como los conocimientos adecuados se incrementan según aumenta el mismo, al observarse desde un 30,0 por ciento en los iletrados hasta un 72,7 por ciento en los universitarios, mientras que en los inadecuados sucede lo contrario, existiendo diferencias significativas ( $P < 0,05$ ).

**Cuadro XIII. Conocimientos Mínimos Básicos sobre algunos aspectos de Salud Bucal del Adulto Mayor según Escolaridad.**

Nivel de Escolaridad	Conocimientos					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No.	%*	No.	%*	No.	%**
<b>Iletrado</b>	<b>3</b>	<b>30.0</b>	<b>7</b>	<b>70.0</b>	<b>10</b>	<b>7.0</b>
<b>Primaria</b>	<b>21</b>	<b>28.4</b>	<b>53</b>	<b>71.6</b>	<b>74</b>	<b>51.8</b>
<b>Secundaria</b>	<b>15</b>	<b>45.5</b>	<b>18</b>	<b>54.5</b>	<b>33</b>	<b>23.0</b>
<b>Preuniversitario</b>	<b>8</b>	<b>53.3</b>	<b>7</b>	<b>46.7</b>	<b>15</b>	<b>10.5</b>
<b>Universitario</b>	<b>8</b>	<b>72.7</b>	<b>3</b>	<b>27.3</b>	<b>11</b>	<b>7.7</b>
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>38.5</b>	<b>88</b>	<b>61.5</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Encuesta**

**P < 0.05**

\* % Calculado en Base al Total de cada Nivel

\*\* % Calculado en Base a 143 Casos.

En la práctica gerodontológica cuando se enseña higiene oral o cuidados prostodónticos, debemos huir de explicaciones complejas y teóricas, pues aunque se haya dado información, ésta no siempre es entendida, pudiéndose malinterpretar por el paciente, jugando un papel importante para ello el nivel cultural, por lo que se recomiendan las sesiones prácticas, favoreciendo que los ancianos las realicen, por si mismo, en el consultorio dental para que

llegue el conocimiento; ya que una buena comunicación con el paciente anciano es esencial para el éxito del tratamiento odontológico (12).

El resultado de los conocimientos se corresponde con los del Cuadro XIV donde se muestran algunos aspectos de los servicios estomatológicos. El 64,3 por ciento (92 ancianos) conoce el servicio estomatológico a que pertenece, pero solo el 34,3 por ciento (49 casos) conoce a su estomatólogo y el 36,4 por ciento (52 pacientes) recibió en el último año la visita del mismo y recibió información sobre salud bucal el 35,7 por ciento, muy cercana esta proporción a los que tienen conocimientos adecuados.

**Cuadro XIV. Criterios del Adulto Mayor sobre los servicios Estomatológicos .**

Criterios de los Servicios Estomatológicos	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
• Conoce el Servicio de Estomatología al cual pertenece	92	64.3	51	35.7	143	100.0
• Conoce al Estomatólogo responsabilizado de su atención y su Familia	49	34.3	94	65.7	143	100.0
• Ha recibido la visita del Estomatólogo	52	36.4	91	63.6	143	100.0
• Ha recibido Información sobre Salud Bucal	51	35.7	92	64.3	143	100.0
• Ha tenido dificultades en la atención Estomatológica	28	19.6	115	80.4	143	100.

**Fuente: Encuesta**

Así mismo, en el Cuadro XV, al analizar los motivos por lo que no ha visitado al estomatólogo el 65,7 por ciento (94 casos) no lo consideran necesario lo que es resultado de su desconocimiento. Podemos apreciar que de los 28 casos (19,6 por ciento) que han tenido dificultades en la atención estomatológica, vistos en el cuadro anterior en este último año 26

ancianos (18,2 por ciento) no han visitado al estomatólogo por los problemas que se le han presentado en otras ocasiones.

**Cuadro XV. Motivos por lo que el Adulto Mayor no ha Visitado al Estomatólogo en el último Año.**

Motivos por lo que no ha Visitado al Estomatólogo	Adulto Mayor	
	No.	%
▪ Tiene miedo al Dolor	4	2.8
▪ Tiene miedo al Estomatólogo	8	5.6
▪ No lo considera Necesario	94	65.7
▪ Por las dificultades en otras ocasiones	26	18.2
▪ Otras	17	11.9

Fuente: Encuesta

Entre las dificultades que señalan estos ancianos (Cuadro XVI), la que más refieren es la falta de material e instrumental con un 42,8 por ciento (12 casos); lo que responde a que dichos servicios se han visto afectados por la situación económica que ha presentado el país debido a que los materiales que se utilizan en los mismos son caros en el ámbito de la salud pública y se adquieren en moneda libremente convertible por lo que se ha brindado prioridad a otros grupos poblacionales, esto justifica la dificultad para obtener turno con un 39,3 por ciento (11 casos).

**Cuadro XVI. Dificultades en la Atención Estomatológica observadas por el Adulto Mayor en el último Año.**

Dificultades en el último Año.	%		
	No	Al Total	A los que Tuvieron Dificultades
• Dificultad para obtener Turno	11	7.7	39.3
▪ Excesivo tiempo de espera para la Consulta	5	3.5	17.8
▪ Falta de Material e Instrumental	12	8.4	42.8
▪ Por Problemas de Agua y Electricidad	5	3.5	17.8
▪ Por ausencia del Personal	3	2.1	10.7
▪ Otras	3	2.1	10.7

Fuente: Encuesta

Es más evidente la problemática del adulto mayor cuando el mismo presenta alguna alteración bucal (Cuadro XVII) ya que solo el 2,8 por ciento (4 casos) acude al estomatólogo del consultorio, lo que corrobora todo lo antes expuesto y el 44,8 por ciento (64 ancianos) prefieren acudir a un familiar, un 23,0 por ciento (33 pacientes) no toma conducta y el 17,5 por ciento (25 adultos mayores) acuden al médico de familia.

**Cuadro XVII. Personal Consultado por el Adulto Mayor ante una Alteración Bucal.**

<b>Acude A.</b>	<b>Adulto Mayor</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
▪ <b>Médico de la Familia</b>	<b>25</b>	<b>17.5</b>
▪ <b>Estomatólogo del Consultorio</b>	<b>4</b>	<b>2.8</b>
▪ <b>Otro Profesional</b>	<b>17</b>	<b>11.9</b>
▪ <b>A un Familiar</b>	<b>64</b>	<b>44.8</b>
▪ <b>No toma Conducta</b>	<b>33</b>	<b>23.0</b>
▪ <b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta

El valor que la persona de edad avanzada concede al cuidado odontológico influye más en la utilización de los servicios dentales que cualquier otro factor incluido el económico.

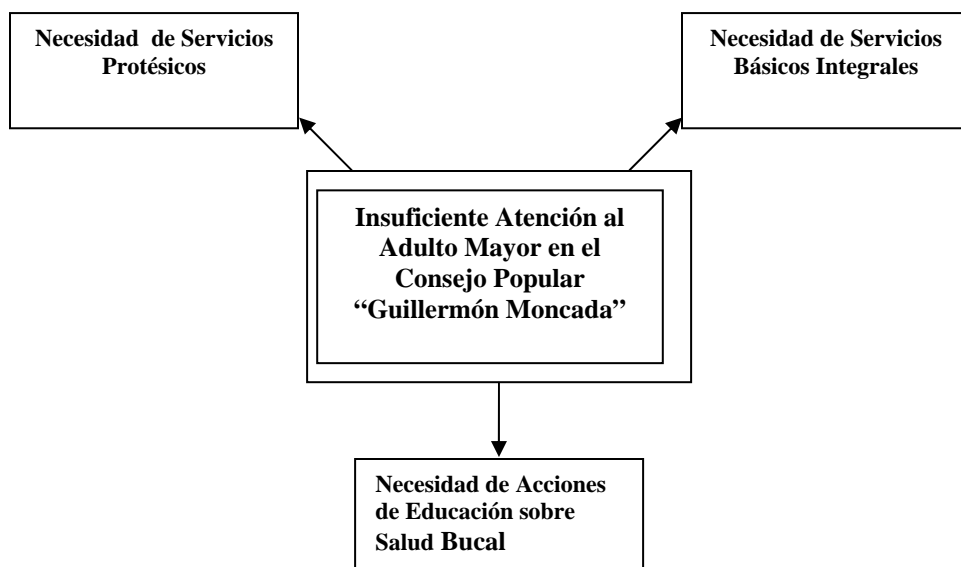
La comprensión por muchos ancianos de que la salud oral, representada por la presencia de dientes, influye en su calidad de vida, está modificando el valor que hasta ahora les daban a una dentición funcional. La primaria razón referida por los ancianos que no utilizan los servicios dentales, es que no perciben adecuadamente la necesidad de tratamiento dental. La percepción de la necesidad de tratamiento y las actitudes hacia la salud oral son los indicadores más poderosos de utilización de tratamiento dental. Algunos estudios señalan que la crítica mayor de los pacientes geriátricos hacia los cuidados dentales, consiste en la falta de comunicación entre el profesional dental y el anciano (1,12).



En la aplicación de tratamientos conservadores a pacientes geriátricos, suelen hacerse injustificadamente planteamientos terapéuticos distintos a los que se hacen para personas jóvenes, muchos autores justifican que las circunstancias sociales y el sustrato son distintos y por tanto los materiales y la actitud terapéutica deben ser diferentes, pero no debe ser así, pues según Epstein y Corvín señalado por Llama y Jiménez (42) refieren que los tratamientos que se le realizan en pacientes jóvenes también se pueden realizar en los pacientes de edad avanzada, si no existen impedimentos físicos y mentales que los imposibilitan; en estos casos habrá que hacer los cambios que las modificaciones del sustrato nos condicionen

De toda la problemática analizada del anciano (Gráfico VI) se infiere que hay insuficiente atención estomatológica al adulto mayor en este Consejo Popular, lo que se evidencia por la necesidad de tratamiento prótesis y de servicios básicos integrales, así como la urgencia de brindar acciones de promoción, como función importante del equipo de salud, por el desconocimiento sobre salud bucal evidenciados en esta población.

### **Gráfico VI. Identificación de los principales problemas en el Adulto Mayor**



**Fuente: Encuesta**

Hay que aprender del que mejor organiza los servicios, del que mejor sistema de calidad aplica, del que brinda un servicio insuperable; hay que aprender de los mejores para progresar con rapidez (43).

# *CONCLUSIONES*

- 1.- En los adultos mayores prevalecen los de la sexta década de la vida, el sexo femenino, los individuos que están sin pareja, los jubilados y de bajos ingresos económicos.
- 2.- La mortalidad dentaria es el aspecto, más relevante en este grupo poblacional, lo que se relaciona con los conocimientos y hábitos inadecuados que han conllevado a no considerar necesaria la atención estomatológica.
- 3.- El Adulto Mayor se encuentra insatisfecho con la atención estomatológica recibida.

# ***RECOMENDACIONES***

- 1.- Realizar estudios sobre otros aspectos de la salud bucal en el adulto mayor.
- 2.- Realizar estudios de intervención en estos pacientes para modificar conocimientos y hábitos.

# ***BENEFICIOS SOCIALES, ECONOMICOS U OTROS Y FORMAS DE REALIZACIÓN PRACTICA***

Esta investigación permitió, que el equipo del área de salud disponga de una información básica y científica de las principales deficiencias encontradas en la aplicación del programa estomatológico para la población de 60 años y más, lo que nos permitirá elaborar un proyecto de intervención comunitaria donde se introduzcan medidas correctoras sobre los problemas identificados, para lograr como impacto social, disminuir la morbi-mortalidad bucal lo que repercutiría positivamente en el estado de salud de los adultos mayores.

Esto traerá aparejado la disminución de los gastos en recursos estomatológicos.

# ***DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS***

- Presentación y Discusión de los resultados obtenidos ante el tribunal evaluador y todo el personal interesado en la atención gerodontológica.
- Dar a conocer en el área de salud, los resultados de la investigación en una reunión científica.
- Dejar copia de la investigación en la biblioteca de la Maestría y el Centro Provincial de Información del Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Presentación en jornadas científicas, talleres y congresos.
- Publicación del trabajo en la Revista Cubana de Estomatología.

## ***REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS***

Velasco OE, Vigo M.M. La utilización de los Servicios Dentales por los Adultos Mayores. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica. La Atención Odontológica Integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1996:381-2.

1. Mazarrasa AL, German BC. La Vejez: Demografía. Salud. Actitudes y Atención Social en Mazarrasa. Germán-Sánchez M-Sánchez G-Mirelles-Aparicio. Enfermería Profesional. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. España. Editorial MC Gran Hill Interamericana, 1996; Vol. III: 1405-29.
2. Prieto Ramos O., Vega García E. Envejecimiento en la Sociedad Moderna. En: Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnico; 1996:15-9.
3. Ham Chando R. Envejecimiento y desarrollo en Latinoamérica: Una Relación bidireccional: Seminario sobre “Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-994”. Bogotá: Colegio de la Frontera Norte: 1995:1-17.
4. Rojas Ochoa F. Estado de Salud en la tercera edad. La Habana: ECI-MED; 1993.
5. Oficina Nacional de estadística. Centros de estudios de población y desarrollo. El envejecimiento de la población en Cuba y sus territorios, La Habana: CNE, 1999:1-11.
6. Frómeta Sánchez E. El envejecimiento de la población y sus perspectivas en la provincia Santiago de Cuba hasta el año 2015: Oficina Territorial Estadística. Santiago de Cuba: Dpto. demográfico de censo y encuestas; 1997:15-7.

7. Carvajal LP, Zamora GR. Demografía y Sociología del Envejecimiento. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontología Geriátrica. La Atención Odontológica Integral del Paciente de Edad Avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1996:17-27.
8. Chelada C. Condiciones de vida de los ancianos. *Comunic Salud* 1992;(3):14-9.
9. Ian Darntun Hill. El envejecimiento con salud y la calidad de la vida. *Foro Mundial de la Salud* 1995;16:381-91.
10. UNESCO. Tercera edad: La vida por delante. *Rev. Correo de la UNESCO*. Enero 1999:17-36.
11. Villasana CA, González P-AA. Psicogerontología. En: Bullon Fernández P, Velasco Ortega E. Odontología Geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid Editorial IM&C, 1996:56-8.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de estomatología. Programa Nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas: 1992:1-50.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. La Salud Pública en Cuba. Hechos y cifras. La Habana Minsap; 1999:1-49.
14. Benítez del Rosario MA, Armas J. Papel de la Atención Primaria en la Asistencia al Anciano. *Cuadernos de Gestión* 1996; 2:118-30.
15. Rivera VLE, Rojas RFCC, De Valdiviese RG. La Gero-odontología en los Sistemas Locales de Salud. Estudio Epidemiológico. Informe Final Parte I. Maracaibo, Editorial Organización Panamericana de la Salud, 1993:7.
16. La Salud en las Américas. Publicación Científica No. 569 Volumen I Edición de 1998 OPS: 82-85.
17. Aguilera A. Universidad de Mayores de la Universidad Pontífica de Comillas. *Rev. Sesenta y Más*. Marzo del 2000; 179:62.



18. Del Pino BI. Evaluación Integral de la Población Anciana del Consejo Popular “Los Maceos” [Trabajo para optar por el Título de Master en Atención Primaria de Salud] 1996. ISCM. Santiago de Cuba.
19. Tejera IG. Evaluación Integral de la Población Anciana del Consejo Popular “Guillermón Moncada” [Trabajo para optar por el Título de Master en Atención Primaria de Salud] 1998. ISCM. Santiago de Cuba
20. Berenguer G MC. La Gerontología en el Consejo Popular “Los Maceos” Policlínico Docente Dr. Carlos J. Finlay Municipio Santiago de Cuba. Enero-Julio de 1998. [Trabajo para optar por el Título de Master en Atención Primaria de Salud] 1998. Santiago de Cuba.
21. Apt. Nana. Tercer Mundo. Tercera Edad. El correo Unesco. Enero 1999:223-4.
22. Andarasan E. Finlandia: Inactivos de Pelo Gris. El Correo Unesco. Enero 1999:22
23. OMS. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. La Salud de las personas de edad. Serie de informes técnicos 779. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1989:87-99.
24. Anzola Pérez E. Alternativas a la institucionalización de los Ancianos en América Latina .Sipnosis Informáticas. Washington DC. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1991:1-8.
25. Recabrunos Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatria Clínica. Ciudad de la Habana. Editorial Pueblo y Educación, 1992:3-6.
26. Anzola Pérez E. Programa de Salud de los Ancianos para Latinoamérica y el Caribe. Basados en la investigación. Washington DC. Editorial Organización Panamericana de la salud, 1990.
27. Champion EW. THE oldest Old. N. Engl. J. Med. 1994; 30:1819-20.

28. Perlado F. Teoría y Práctica de la Geriátrica. Madrid. Editorial Díaz de Santos; 1995: 5 - 10.
29. Bohorquez RA, Guillén LL F. Enfermedades Sistemáticas en la vejez. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica. La Atención Odontológica Integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C; 1996:93-100.
30. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1999. Washington, DC: OPS. OMS.
31. OPS/OMS. Evaluación de los Establecimientos de interacción de larga estadía para ancianos en Venezuela. Washington, DC. Editorial Organización Panamericana de la Salud; 1994:1-10.
32. Ríos SIV, Velasco OE. Planificación Integrada del tratamiento Odontológico del Adulto en edad Avanzada. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica. La Atención Odontológica Integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1996:319-36.
33. Velasco OE. Envejecimiento Oral. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica. La Atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1995:159-71.
34. Subirá PC. Las Caries Dental en el paciente de edad avanzada. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1996:175-89.
35. Jiménez-Castellanos BE, López LM. La Prótesis dental en gerodontología. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1996:353-60.

36. Sánchez SCM. Evaluación del Estado de Salud Bucal de la Población de Santiago de Cuba. Presentado en EGISAN 99, Primer Congreso Estomatología General Integral. Santiago de Cuba. Noviembre 1999.
37. Peñarrocha DM. Dolor Orofacial en Geriátría. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica. La Atención Odontológica Integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1996:241-50.
38. Baldoni M, Meatti F, Campo TJ. Epidemiología de las Enfermedades de la Cavidad Oral en el anciano. En: Bascones MA. Tratado de odontología. Madrid. Trigo Ediciones. 1998:t.4 3493.
39. Machuca PG, Bullon FP. Valoración y tratamiento de la Enfermedad Periodontal en el anciano, En: Bullon FP, Velasco OE, Odontoestomatología Geriátrica. La Atención Odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1996:197-206.
40. Gutiérrez Robledo LM. Afecciones Orales. En: Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Publicación Científica 546. Washington DC, Editorial Organización Panamericana de la Salud: 1997:199-01.
41. Llamas CR, Jiménez PA. Odontología Conservadora en el paciente Geriátrico. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial IM&C, 1996:337-99.
42. Lage DC. Directores Organizaciones Superiores de Dirección Empresarial. República de Cuba. Comité Ejecutivo del Consejo de Ministro. Secretaría. Ciudad de la Habana. Febrero del 2000.

# ***OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CONSULTADAS***

- . Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Buco Dental: Método Básico. 4 ed. Ginebra: OMS; 1997.
- . Devesa Colina E. El anciano cubano. La Habana, Editorial Científico - Técnico 1992:3-44.

# ANEXOS

## Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba

### Aspectos Principales de la Salud Bucal del Adulto Mayor En el Consejo Popular Guillermon Moncada del Policlínico "Carlos J' Finlay"

#### Encuesta.

1. Edad \_\_\_\_\_
2. Sexo  
1. Femenino \_\_\_\_\_ 2. Masculino \_\_\_\_\_
3. Estado Conyugal  
1. Con Pareja \_\_\_\_\_ 2. Sin Pareja \_\_\_\_\_
4. Nivel Escolar  
1. Iltrado \_\_\_\_\_ 4. Preuniversitario \_\_\_\_\_  
2. Primaria \_\_\_\_\_ 5. Universitario \_\_\_\_\_  
3. Secundaria \_\_\_\_\_
5. Ocupación  
1. Jubilado \_\_\_\_\_ 2. Labora \_\_\_\_\_  
3. No Labora \_\_\_\_\_
6. Estructura Familiar  
1. Nuclear \_\_\_\_\_ 2. Extensa \_\_\_\_\_  
2. Ampliada \_\_\_\_\_
7. Percápita Familiar  
a) Ingresos \_\_\_\_\_ 1) Hasta \$ 100.00 \_\_\_\_\_  
b) Conviventes \_\_\_\_\_ 2) \$ 101 - 240.00 \_\_\_\_\_  
3) \$ + 240.00 \_\_\_\_\_
8. Ingresos Personal por Mes.  
1. Menos de \$ 100.00 \_\_\_\_\_  
2. De 101.00 - 200.00 \_\_\_\_\_  
3. + 200.00 \_\_\_\_\_
9. Fuentes de los Ingresos Personales  
1) Por el Trabajo \_\_\_\_\_  
2) Pensión por Supervivencia (Viudez) \_\_\_\_\_  
3) Pensión por Jubilación \_\_\_\_\_  
4) Pensión por Invalidez \_\_\_\_\_  
5) Pensión por Seguridad Social \_\_\_\_\_  
6) Ayuda Familiar \_\_\_\_\_  
7) Otros Ingresos \_\_\_\_\_
10. ¿Qué Enfermedad Ud. Padece?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Evaluación Clínica

#### Examen Bucal

17	16	15	14	13	12	11
47	46	45	44	43	42	41

21	22	23	24	25	26	27
31	32	33	34	35	36	37

11. Estado de la Dentición  
0. Sano \_\_\_\_\_ 4. Perdido \_\_\_\_\_  
1. Cariado \_\_\_\_\_ 5. Corona o Espiga \_\_\_\_\_  
2. Obturado \_\_\_\_\_  
3. Obturado con Recidiva \_\_\_\_\_
  12. Portador de Prótesis  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
  13. Tiempo de Instalada la Prótesis  
1. Hasta 10 años \_\_\_\_\_ 2. Más de 10 años \_\_\_\_\_  
3. No procede \_\_\_\_\_
- Estado de la Prótesis.
14. Necesidad de Prótesis  
1. No Necesita \_\_\_\_\_  
2. Necesita y no tiene \_\_\_\_\_  
3. Tiene Adecuada \_\_\_\_\_  
4. Tiene Inadecuada \_\_\_\_\_  
5. No desea \_\_\_\_\_
  15. Tipo de Prótesis.  
1. No Necesita \_\_\_\_\_ 3. Total \_\_\_\_\_  
2. Parcial \_\_\_\_\_ 4. Fija \_\_\_\_\_

#### Examen ATM.

16. Síntomas  
D   I  
0. No  
1. Chasquido Articular  
2. Dolor a la palpación  
3. Dificultad Movimiento de Apertura y Cierre.
17. Signos  
D   I  
0. No  
1. Chasquido, sonido audible  
2. Contractura Maseteriana  
3. Reducida apertura oral menor de 30 mm
18. Si se le ha dislocado, para corregirlo a sido.  
1. Autocontrolada \_\_\_\_\_  
2. Por profesional \_\_\_\_\_  
3. No procede \_\_\_\_\_

### Mucosa Oral.

19. Condición
- |                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 1. Normal _____       | 6. Ulceras _____                    |
| 2. Tumor _____        | (Aftosa, Herpética<br>Traumática)   |
| 3. Leucoplasia _____  | 7. Candidiasis _____                |
| 4. Gingivitis _____   | 8. Abscesos _____                   |
| 5. Líquen Plano _____ | 9. Estomatitis<br>Subprotesis _____ |
|                       | 10. Otras _____                     |
20. Ubicación
- |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 1. Borde Bermellón _____ | 6. Suelos de la<br>Boca _____        |
| 2. Comisuras _____       | 7. Lengua _____                      |
| 3. Labios _____          |                                      |
| 4. Surcos _____          |                                      |
| 5. Mucosa Bucal _____    | 8. Paladar Duro y/o<br>Blando _____  |
|                          | 9. Reborde Gingiva<br>Alveolar _____ |

21. Higiene Bucal

1. Buena \_\_\_\_\_ 2. Deficiente \_\_\_\_\_

### Hábitos.

22. Acostumbra usted a Cepillarse los dientes.  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
23. ¿Cuántas veces al día?  
1. Ninguna \_\_\_\_\_  
2. Una vez \_\_\_\_\_  
3. Dos veces \_\_\_\_\_  
4. Tres Veces \_\_\_\_\_  
5. Cuatro veces \_\_\_\_\_
24. ¿Lo hace después de comer algún alimento?  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
25. ¿Duerme usted con la Prótesis?  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No procede \_\_\_\_\_
26. ¿Con qué limpia la Prótesis?  
1. Con cepillo dental \_\_\_\_\_  
2. Solo con agua corriente \_\_\_\_\_  
3. La remoja en agua corriente durante la  
noche \_\_\_\_\_  
4. Con agua y jabón \_\_\_\_\_  
5. Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
6. No procede \_\_\_\_\_
27. Hábitos Tóxicos  
1. Fuma \_\_\_\_\_ 2. Alcohol \_\_\_\_\_ 3. Ambas \_\_\_\_\_  
4. Ninguna \_\_\_\_\_

### Conocimientos Mínimos Básicos

28. ¿Cree usted que las personas deben visitar al  
Estomatólogo?  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No sabe \_\_\_\_\_

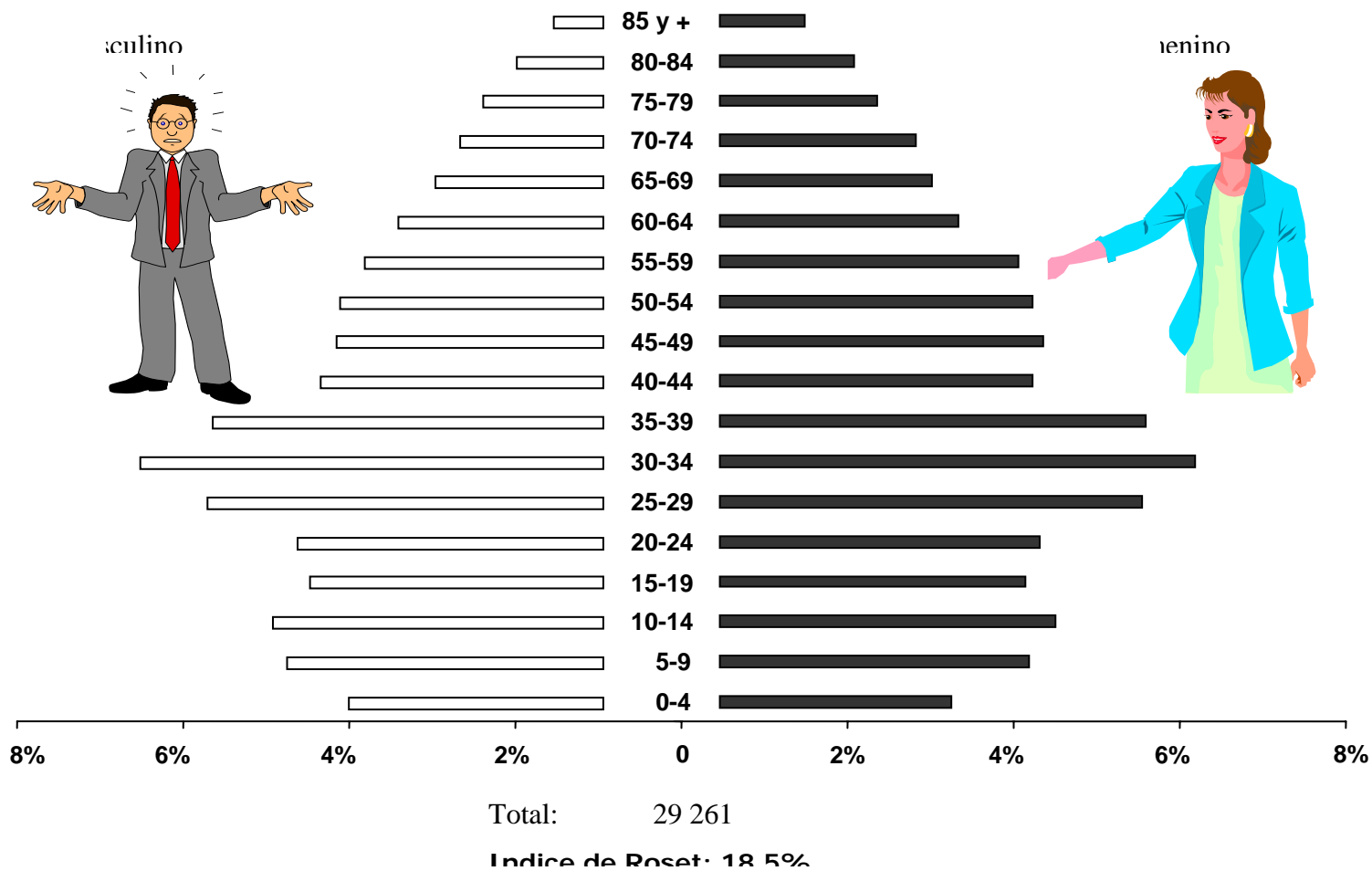
29. ¿Con qué frecuencia?  
1. Una vez al Año \_\_\_\_\_  
2. Cada dos Años \_\_\_\_\_  
3. Cuando le duele algo \_\_\_\_\_  
4. Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_
30. ¿Para que usted cree que los dientes son  
Importantes?  
1. Para la Masticación \_\_\_\_\_  
2. Para el Lenguaje \_\_\_\_\_  
3. Para la Estética \_\_\_\_\_  
4. Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Servicios Estomatológicos

31. ¿Conoce usted el Servicio de Estomatología al  
cual Pertenece?  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
32. ¿Conoce usted al Estomatólogo responsabilizado  
de su atención y de su familia?  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
33. ¿Ha recibido la visita del Estomatólogo?  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. Con que frecuencia  
\_\_\_\_\_
34. ¿Usted ha recibido información sobre  
Salud Bucal?  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
35. ¿Ha tenido dificultades en la atención  
Estomatológica en el último año?  
1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
36. ¿Por qué?  
1. Dificultad para obtener turno \_\_\_\_\_  
2. Excesivo tiempo de espera para la  
Consulta \_\_\_\_\_  
3. Falta de materiales e Instrumental \_\_\_\_\_  
4. Rotura de Equipo \_\_\_\_\_  
5. Por problemas de agua y electricidad \_\_\_\_\_  
6. Por ausencia del personal \_\_\_\_\_  
7. Otras ¿Cuál? \_\_\_\_\_
37. ¿Sí usted no ha visitado al Estomatólogo en el  
último año? ¿Por qué?  
1. Tiene miedo al dolor \_\_\_\_\_  
2. Tiene miedo al Estomatólogo \_\_\_\_\_  
3. No lo considera necesario \_\_\_\_\_  
4. Por las dificultades en otras ocasiones \_\_\_\_\_  
5. Otras ¿Cuál? \_\_\_\_\_
38. Ante una alteración en la Cavidad Bucal a  
donde acude.  
1. Médico de la Familia \_\_\_\_\_  
2. Estomatólogo del Consultorio \_\_\_\_\_  
3. Otro profesional \_\_\_\_\_  
4. A un familiar \_\_\_\_\_  
5. No toma conducta \_\_\_\_\_

# Gráfico I

## Estructura de la Población según Edad y Sexo



Fuente: Dpto. de Estadísticas Policénico "Carlos J. Finlay"