



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**“FACTORES DE RIESGO EN LA ADAPTACIÓN A  
LOS CAMBIOS DEL ADULTO MAYOR  
DESDENTADO PARA UNA MEJOR CALIDAD DE  
VIDA”**

**TESISTA:**

**OD. EVA ISABEL BRACAMONTE MACCHIONE.**

**DIRECTOR:**

**PROF. DRA. RODOLFO ESTEBAN ÁVILA**

**CÓRDOBA, 2005**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



# **FACTORES DE RIESGO EN LA ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS DEL ADULTO MAYOR DESDENTADO PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA**

**TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
DOCTORA EN ODONTOLOGÍA**

**Tesista**

**Eva Isabel Bracamonte Macchione**

**Odontóloga**

**Director**

**Profesor Dr. Rodolfo Esteban Ávila**

**Córdoba, Diciembre de 2005**



*A la memoria de mis queridos padres ausentes  
fuente inagotable de amor.*



*A la memoria deL Dr. Mario Crossetto*  
*Quien me inspiró en la investigación científica*



## DEDICATORIAS

- A mi esposo Armando con quien compartimos ilusiones y proyectos.
- A mis hijos: Analía, Cecilia, Marcos, David, Diego y Matías que me brindaron su amor y comprensión y creyeron en mí.
- A mis hermanos Olga y Eduardo.
- A mis nietos Felipe y Pilar, a los que les deseo un mundo mejor.



## AGRADECIMIENTOS

- A mi Director: Prof. Dr. Rodolfo Ávila, por entregar el inapreciable aporte de su tiempo, entusiasmo y conocimiento en la tarea.
- A la Comisión de Tesis, por el constante acompañamiento.
- Al Profesor Dr. Jorge Parodi, por su valiosa asistencia y por su oportuno voto de confianza y permanente compromiso en el proyecto.
- Al Señor Decano de la Facultad de Odontología, Profesor Dr. Nazario Kuyumlián por su constante apoyo.
- A la Prof. Dra. María Elena Samar de Ávila.
- Al Prof. Titular Dr. Jorge Pescio y a todos mis compañeros docentes de las Cátedras de Prostodoncia III de la Facultad de Odontología U.N.C.
- A las personas encuestadas.
- Al Sr. Ricardo Reyna por la producción técnica.
- A la Sra. Norma Insaurralde por su colaboración.
- A mi familia que me acompaña en todo momento.
- Al personal de las Bibliotecas de Odontología y Filosofía y Humanidades por el apoyo brindado en la búsqueda bibliográfica.
- A todos aquellos que me ayudaron para materializar éste trabajo.



*“Envejecemos cada día  
Y es por eso que  
aprendemos algo cada día”*





## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>Marco Teórico</b> .....	<b>25</b>
Envejecimiento .....	<b>25</b>
Factores de Riesgo .....	<b>27</b>
Formulaciones sobre Autoestima .....	<b>31</b>
Ingesta de Alimentos .....	<b>36</b>
El Equilibrio de la Nutrición .....	<b>42</b>
Calidad de Vida en la Vejez .....	<b>49</b>
Vulnerabilidad .....	<b>51</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>54</b>
<b>Material y Métodos</b> .....	<b>55</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>57</b>
<b>Discusión y Conclusiones</b> .....	<b>95</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>115</b>
<b>Summary</b> .....	<b>117</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>118</b>



## INTRODUCCIÓN

La vida del ser humano es un largo proceso. Desde su gestación hasta la última etapa de vida. Cada una de ellas reúne particularidades. Todos merecen una excelente atención por la que es necesario establecer pautas que determinen el servicio de salud que requiere tanto en el presente como en el futuro inmediato. (Curtis y col,2001).

Respecto al entorno psicológico el descubrimiento confirmado actualmente, de que el envejecimiento psicológico está determinado de modo biológico por el estado de salud sólo en una pequeña proporción, y que en cambio está fuertemente influido por factores sociales y ecológicos, modifica en forma importante la investigación de los procesos de envejecimiento. Estos han sido considerados durante mucho tiempo como algo exclusivo de la medicina, al desempeñar quizá el papel más decisivo cual es el deseo de prolongar la vida de la manera más sana. (Bracamonte, 2000).

Envejecer exige una adaptación no sólo desde el punto de vista intelectual, sino también social y afectiva. La índole y el grado de adaptación están determinados por las circunstancias biológicas y la personalidad del individuo que envejece El enveje-

cimiento está relacionado con antecedentes biológicos, sociales y culturales.

La vejez es una etapa vital que exige esfuerzo de adaptación; estos son físicos, psíquicos intelectuales y afectivos. (Chalita, 1992).

En la medida que el anciano encuentra la fórmula compensatoria con la cual recupere su equilibrio su envejecimiento dejará de ser amenazador. (Livolsi, 1989).

Hay dificultades de concentración, atención, de memoria, supervaloración de los recuerdos de la juventud, pérdida de curiosidad y desinterés. Cualquier síntoma tiene gran repercusión psicológica, se pregunta ¿es éste el comienzo del fin?. La mayoría de los ancianos no confiesa su miedo a morir, pero sí le aterra sufrir y se conforman con un cierto bienestar. Aceptan la idea de estar enfermos con tal de seguir recibiendo el respeto y amor de sus semejantes.

Hay compensaciones funcionales que minimizan su importancia orgánica. La persona conoce el riesgo físico, se une el temor al sufrimiento con otro aún mayor a la desintegración, a seguir perdiendo atributos externos que representan pérdidas internas mucho más importantes. (Oddone, 1991).

En la vejez hay deterioro físico que repercute a nivel psíquico. Se reiterará la crisis que vivió de adolescente al sentirse invadido por cambios físicos bruscos.

Erikson resume esta etapa que cierra el ciclo evolutivo como *“Soy el que sobrevive de mí “*.

El anciano se encuentra ante una serie de pérdidas; la primera es la pérdida de su esquema corporal, debe aprender a aceptar la nueva imagen mental de su propio cuerpo, la segunda pérdida es la de “categoría “ perdiendo la posi-

ción como miembro productivo. Por la jubilación deja de ser activo y se convierte en la anónima “*clase pasiva*”. (Oddone 1989).

Es en esta etapa donde se llega a la cumbre de la vida, se registra pérdida de personas que fueron significativas en sus relaciones interpersonales (viudez, amigos), hijos que se casan o independizan.

Otro factor crítico es el de la muerte, implica el aceptar el fin del propio ciclo vital. La regresión hacia la evocación de los recuerdos del pasado, sería un modo de aceptar paulatinamente a la muerte. (Oddone, 1979).

Esta crisis de la ancianidad, producto de la situación de pérdida en la que se encuentra será afrontada de distinto modo, según cual sea la configuración de su personalidad.

En cuanto a la capacidad, Intelectual en la edad avanzada existe un deterioro cerebral y neuropsicológico, pero es más tardío de lo que se creía hace algún tiempo.

En la actualidad ha aumentado considerablemente la población anciana y una parte importante de dicha población vive en situación de pobreza, enfermedad y aislamiento social. La población vieja precisa de una obligada atención por parte del estado; en cuanto al abastecimiento de sus demandas y necesidades. Lo que se ha dado en llamar “estado de bienestar”, es una obligación de todos defenderlo, apoyarlo y construirlo cada día sin reparos, máxime cuando de nuestros mayores se trata.

Gascón y col. (1994) refiere cómo la relación establecida entre el colectivo anciano (en términos generales) y la sociedad adulta se asemeja al modelo del

“doble vínculo” propuesto por Bateson: *“La sociedad anuncia que merecen todo el respeto de los demás, que gracias a ellos el mundo funciona en la actualidad, que la sabiduría acumulada a través de los años es insustituible y que la ancianidad merece ser el primer objetivo de cualquier intento social de bienestar. Sin embargo la acción se contrapone en buena medida a estos enunciados: los valores se decantan hacia la juventud, los programas publicitarios preconizan la guerra a las arrugas y a las canas, las innovaciones ahogan las tradiciones, los hijos apartan a los padres ancianos de su hogar y los visitan muy irregularmente etc..”*. (Gascon y col, 1994). Esta contradicción entre lo anunciado y las acciones comporta una situación paradójica por el vínculo existente: los jubilados dependen de la administración pública que prácticamente los ignora, pero que necesita de la generosa aportación de sus votos para seguir manteniéndose en el poder; viudas y viudos necesitan de sus descendientes, que no obstante los relegan al ostracismo; los ancianos, en general, dependen de las atenciones de los demás, aunque no quieran reconocerlo.

Tratando de definir aunque sólo sea culturalmente el envejecimiento, es necesario entender, ya de entrada, que se trata de un conjunto de fenómenos transitorios somáticos, psicológicos y sociales relacionados con las diferencias entre generaciones, y que el hecho de fijar arbitrariamente su inicio, está relacionado con determinado utilitarismo sociocultural, pero no con acontecimientos puramente biológicos. El envejecimiento es un destino social, y lo es en la medida en que está condicionado por un conjunto de circunstancias estructurales de la trama comunitaria, de innegable y profunda incidencia en las personas mayores, desde la jubilación, pasando por el trato social diferente a que nos obligan los

estereotipos, hasta las ofertas que la sociedad les brinda. Las actitudes y consideraciones que la sociedad ostenta respecto a la figura y el estatus del hombre mayor, y los eventos sociales que acontecen a los mismos sujetos de edad avanzada (jubilación, reducción del círculo familiar por separación y pérdida de amistades y seres queridos, o la generalizada devaluación social de la vida del anciano como ser inactivo, improductivo y casi inútil, como ser necesitado de ayuda médica, psicológica, etc.) inciden profundamente hoy más que nunca, en la vivencia personal durante esa edad, debido al efecto de contraste con la población joven. (Gascon y col,1994).

El objeto de estudio, en el individuo a partir de una concepción integral de la realidad humana, esto es desde una perspectiva biológica, psicológica y social.

Considerando al hombre como *“un ser contextualizado determinado por su entorno, producto de una historia familiar, social, de relaciones, con una estructura mental y una personalidad determinada con características propias de vivir los acontecimientos de su vida, de significarlos, y de responder ante los mismos”*.

Por otra parte, es difícil obtener conclusiones generales en esta área por cuanto varía la definición de inteligencia, los métodos empleados para medirla, y especialmente los criterios de selección de una muestra de adultos mayores, cualquier tipo de labor atencional. Los prejuicios, estas ideas falaces, tienen de particular que, inconscientemente, tendemos a cumplirlas a través de los comportamientos concretos; por ejemplo, si pensamos que los viejos son irresponsables (desmemoriados, infantiles, etc.), los trataremos como a tales (constantemente les recordaremos lo que tienen que hacer, no les encomendaremos tareas de responsabilidad, etc.) sin que con ello favorezcamos más que la irresponsabilidad que

preconizábamos y, pues, su inutilidad. Por lo tanto, las ideas y actitudes de prejuicio sobre los mayores (adquiridas a lo largo de la vida por transmisión cultural y educativa), buscan confirmar su legalidad y vigencia reforzándose en la misma realidad. Se podría decir que muchos individuos adoptan en relación a los viejos una óptica ideológica que, a modo de taxonomía, fuerza aquellas percepciones, emociones y conductas, encajables en dichos esquemas previos, rechazando, ignorando o descalificando automáticamente aquellas evidencias que no se ajusten a dicha perspectiva. Autores relevantes dentro de la psicología social están convencidos que las elaboraciones apriorísticas de la mente humana, constituyen un dispositivo funcional que dinamiza y dirige la conducta mucho más decisivamente que la realidad misma de por sí, como un estímulo autónomo. En lo referente al trato con los viejos, las aspiraciones, las expectativas, las hipótesis, las previsiones las anticipaciones mentales con que imaginamos y explicamos sus características, comprometen más nuestras actuaciones, que la realidad de éstos. (Chalita,1992).

El joven es idealista, inteligente y rápido, el adulto mayor es más lento, conoce la historia y podría tener mayor capacidad de juicio. (Rosenberg,1973). El equilibrio emocional y la capacidad de aprovechar la experiencia deben permitir aceptar el cambio de roles en relación con la edad y las circunstancias que lo rodean. El adulto mayor debe reflexionar y señalar lo rescatable de su vida y su tiempo, pero también debe actuar, emprendiendo las nuevas aventuras que le corresponde iniciar en esa etapa de la vida.

Los mitos estereotipados que afectan a la vejez son múltiples y variados: ideas que vinculan la vejez con la pasividad, la enfermedad, la limitación, lo nega-

tivo, la costosidad económica, la muerte, la inactividad, el tradicionalismo y el conservadurismo, la generalización (todos los viejos son iguales) o la rigidez. Probablemente sea imposible aceptar ninguna clase de ordenación objetiva de los mitos y prejuicios, dada su naturaleza subjetiva. Por lo tanto, cada observador tendría que reconocer su propia versión personal.

Desde el punto de vista de la “moda”, lo que envejece se devalúa y lo más antiguo queda infravalorado: pero desde el punto de vista del arte, lo que envejece se revalúa y lo más antiguo resulta sobrevalorado. Ambos principios están jerarquizados. La Ley del arte es superior a la ley de la moda, cuyo valor secundario debe someterse derivadamente a la primacía rectora marcada por aquélla.

Algo análogo sucede con la vejez humana, que, si bien no puede vencer a la muerte ni lograr eternizarse, sí puede trascender la edad alcanzando una especie de intemporalidad o inmunidad temporal. También las personas aspiran a perdurar y ganar valor con el paso del tiempo, en vez de perderlo como sucede con los objetos de moda. De esta forma, haciendo de la necesidad virtud, podríamos reconocer que la vejez se relaciona más con la antigüedad del arte (los mayores, como las obras de arte, son los depositarios de la memoria colectiva), que con lo anticuado, o con lo pasado de moda.

Un segundo tipo de prejuicios que se suelen esgrimir contra las personas mayores es acusarles de su pérdida de responsabilidad, apuntando una supuesta regresión hacia una llamada segunda infancia. (Gascon y col,1994).

Quienes más interesados están en declarar a los viejos irresponsables son aquellos que pueden aprovecharse de este argumento: los parientes que les here-



darán (hijos, nietos, sobrinos). Caducar a los viejos implica poder jubilarles anticipadamente, irresponsabilizarles también implica poder heredarles anticipadamente.

La morbilidad varía conforme progresa la edad exhibiendo una curva en forma de campana invertida. La imaginería vulgar ha convertido a las edades más mayores en una especie de síndrome morboso o patología específica. Así se teme a la edad tanto como a la muerte y a la enfermedad, como si el sólo hecho de cumplir años fuese equivalente al de contraer algún mal.

La edad avanzada es una situación donde se incrementa el riesgo de caer víctima de alguna patología, pero la edad misma no es una patología, al contrario, el llegar a una edad avanzada evitando el riesgo de enfermedades es una auténtica bendición, en lugar de algún terrible mal. (Crosetto y Castro, 2002).

Invirtiendo la situación, deberíamos pensar que los espectaculares incrementos de la sobrevivencia y longevidad humana son las más importantes conquistas de la humanidad, y no una epidemia. Es bueno y sano hacerse viejo, tanto en el plano individual, como en el plano colectivo.

Respecto a la vejez relacionado con la beneficencia, la vejez nunca ha sido, ni lo es tampoco ahora, sinónimo de pobreza. Aunque los mayores ya están retirados de la actividad económica y sus ingresos personales directos, en forma de pensiones, son menores que los que ingresan los adultos en edad laboral a través de sueldos o salarios, sin embargo, siguen siendo los viejos los titulares de la propiedad familiar. Por otro lado, los mayores suelen poseer un mayor capital ahorrado a lo largo de su vida, por lo que sus ingresos complementarios resultan

comparativamente mayores, sin olvidar que los mayores ya no cuentan con sus hijos dependientes ni de más cargas familiares que mantener. De este modo, su grado de independencia económica, así como su consecuente capacidad adquisitiva, es comparativamente superior a todas las demás edades.

De lo anteriormente expuesto, se desprende que debería sustentarse una concepción positiva de las capacidades de las personas mayores, entre las que destacan su potencial creativo y sugerir la voluntad de integrarse activamente a la sociedad a través de diversas actividades culturales, científicas, educativas etc, apuntando a modalidades participativas que les permita integrarse a una red social, esto permitirá desarrollar nuevos roles y explorar su potencial intelectual y creativo.

Por otro lado, la prótesis es esencial para el mantenimiento no sólo de la salud bucal sino de la salud física y mental de los ancianos. Con la pérdida de los elementos dentarios se produce un verdadero trauma psíquico, la persona al verse sin sus dientes se siente disminuida y sufre depresión, eludiendo los contactos sociales.

La gente no quiere ser desdentada. Se trata de una necesidad tanto psicológica como fisiológica. (Livolsi, 1989).

Cambios en el sistema gastrointestinal se acompañan de una disminución en la eficacia masticatoria a los que se suma a esto la inadecuada elección de los alimentos. Desde el punto de vista psicológico, hay sentimiento de que dicha pérdida va a disminuir el afecto, además de acercarlos a la muerte.

La edentación es una mutilación importante y, como tal deja en el espíritu una disminución equivalente que no siempre se aprecia a simple vista.

La instalación de la prótesis total supone enfrentarse a la necesidad de una integración psicosomática interrumpida por la pérdida total de los elementos dentarios. (Gottuso y col, 1991).

El significado simbólico de la prótesis para algunas personas es, en algunos casos, completar el esquema corporal, en otros es sinónimo de juventud y a esto se suma el significado de femineidad o virilidad según corresponda. Por otro lado, algunos adultos mayores lo necesitan como medio de vida.

En el presente estudio científico se realizará un muestreo que es un procedimiento mediante el cual se selecciona de un conjunto determinado llamado población, un subconjunto que recibe el nombre de muestra, con el objeto de llegar al conocimiento de determinadas características de los elementos de la población mediante la observación y generalización de las correspondientes a los elementos de la muestra.

El requisito principal que debe reunir una muestra es, la representatividad, o sea, que los resultados que se obtengan de la misma deben concordar con los que se hubiesen obtenido de haber sometido a observación toda la población. (Doménech Massons,1975).

## Estudio

**Descriptivo Exploratorio:** Se entiende por estudios observacionales aquellos en el que el investigador no tiene control sobre las condiciones de exposición de la población a la variable o factor que se está investigando. En estos estudios no se intenta intervenir ni alterar el curso de un fenómeno, sino que solamente se observa su desarrollo.

Existen dos tipos de estudios observacionales, llamados descriptivos y analíticos.

Los estudios analíticos se aplican para poner en claro por qué sucede determinado fenómeno, cuál es la causa asociada a ese fenómeno, o cuál es el efecto de esa causa. (Battellino y Dorronsoro, 1994).

**Estudio Descriptivo:** Sirven para determinar la frecuencia con que se presenta una característica o un fenómeno en una determinada población, y en quiénes, dónde y cuándo los mismos están ocurriendo. Los mencionados estudios que se realizan para conocer la distribución que adoptan independientemente una o más variables seleccionadas, aunque también es posible que investiguen la interrelación de algunas de ellas. En la práctica tienen utilidad para conocer características sanitarias de la población, magnitud de los problemas de salud y factores asociados a ellos, por lo que se aprovechan en la vigilancia epidemiológica, para el planteamiento lógico de la atención médica y la orientación prioritaria de los programas e investigaciones a favor de los grupos de población más afectados.

En los estudios descriptivos, la distribución de los fenómenos o características de los sujetos de investigación se expresan en términos de personas, tiempo y lugar, midiéndolos con indicadores tales como tasa de incidencia y tasa de prevalencia.

La incidencia indica el número de casos nuevos que se presentan en la unidad de tiempo en la población que se está estudiando. Por su parte la prevalencia expresa el total de casos que ocurren en la población en un momento dado. Ese momento puede ser un período o un punto específico en el tiempo.

Mientras que la incidencia mide la frecuencia de aparición de una cierta característica o fenómeno, la prevalencia evalúa su magnitud. (Tamayo y Tamayo, 1981).

**Ventajas:** Son relativamente sencillos, generalmente baratos y pueden realizarse con rapidez, pues los datos son de fácil obtención. De allí que tengan utilidad para proporcionar rápidamente un perfil sanitario o epidemiológico de la población y determinar la frecuencia con que se presentan condiciones o características que favorecen el desarrollo de efectos indeseables para la salud (factores de riesgo).

**Desventajas:** No sustentan inferencias de causalidad, ya que es imposible conocer con certeza la relación temporal entre la existencia de los factores y la presentación de los fenómenos., Por lo general, no existe manera de asegurar si el factor era anterior, posterior o simultáneo al resultado observado: solamente pueden formularse conjeturas tentativas sobre factores que están presentes en

ocasión de realizar el estudio y que se sospecha también existieron en el momento de producirse el fenómeno registrado. (Simon, 1986).

Quedan excluidos del estudio todas aquellas personas que no lograron sobrevivir a la acción del factor en estudio (fenómeno de supervivencia).

**Los estudios descriptivos pueden ser longitudinales:** Son los que investigan la evolución de una o más variables a lo largo del tiempo, registrándolas en forma continua o periódicamente en un lapso dado, según la naturaleza del problema de las variables bajo examen.

**Estudios descriptivos retrospectivos:** hechos ocurridos en el pasado, antes de que se hubiera iniciado el estudio.

**Estudios descriptivos prospectivos:** Los datos son registrados según ocurren los fenómenos o se presentan las características, a partir del comienzo de la investigación. (Sabulsky, 1993).

**Muestreo aleatorio:** Es un procedimiento que otorga mayores garantías de representatividad de la muestra es su conformación al azar, siguiendo algún procedimiento según el cual se elijan al azar (aleatoriamente) aquellos elementos de la población que se incluirán en la muestra.

En el muestreo probabilístico, cada elemento de la población tiene una probabilidad conocida y no nula de ser seleccionado. Esta probabilidad está determinada por el diseño o tipo de muestreo.

El análisis estadístico: nos ayuda a tratar con la variabilidad casual producida por causas desconocidas, pero no es útil para tratar la variabilidad debida a una técnica experimental deficiente o inadecuada.

**Métodos estadísticos descriptivos:** Se aplicaron para describir y sintetizar los datos obtenidos de observaciones y mediciones empíricas.

Nos propusimos:

- a) Identificar el comportamiento que es representativo o típico de la muestra.
- b) Establecer las variaciones que existen en las observaciones.
- c) Conocer la distribución de los datos.
- d) Describir las diferencias que existen entre dos o más muestras.

Se realizó la recolección de datos, lo que implica tres actividades :

- Seleccionar el instrumento de medición o de observación que resulte válido y confiable:
- Aplicar el instrumento de medición.
- Preparar las mediciones obtenidas para que puedan ser correctamente analizadas.

#### **Recolección de datos:**

- **Medicionales:** implican una o mas mediciones, pero sin producir manipulación de la variable independiente.
- **Observacionales.** Consisten en el registro de los objetos y fenómenos de la realidad, tal como se presentan naturalmente. Si ello se lleva a cabo mediante la percepción por alguno de los sentidos o de

instrumentos que los amplifican, la técnica es observacional directa. En cambio, cuando los datos provienen de respuestas que producen las personas objeto del estudio a preguntas formuladas por el investigador, la técnica es observacional por encuesta.

Las encuestas pueden adoptar dos formas: entrevista y cuestionario.

**Entrevista:** consiste en la comunicación interpersonal entre el investigador y el investigado con el objeto de obtener respuestas a través de un lenguaje verbal y/o gestual del entrevistado; de cómo, cuándo y cómo lo dice referido a problemas de interés.

Existen diferentes tipos de entrevistas: abiertas, cerradas o semiestructuradas.

**Cuestionario:** es la técnica que utiliza un instrumento impreso (formulario o cuestionario) destinado a obtener respuesta sobre el problema en estudio y que el investigado puede completar.

Por otro lado, los cuestionarios pueden ser administrados a un gran número de individuos simultáneamente; una entrevista en cambio, requiere generalmente de un interrogatorio individual y separado.

El análisis estadístico de un conjunto de datos, cualquiera sea la escala de medición a que ellos correspondan, comienza con la elaboración de una tabla de distribución de frecuencias.

El objeto de esta tabla es mostrar, de una manera simple y práctica:



- 1) los valores o categorías de la variable en estudio (no todos los valores posibles), sino en general, aquellos que efectivamente se han observado en el estudio
- 2) la cantidad de veces que se ha observado cada valor o categoría, en otros términos el número de observaciones que corresponden a cada categoría o valor de la variable. Generalmente, en psicología, las observaciones se refieren a sujetos (Ss), por lo que podemos decir que en una tabla de distribución de frecuencias se trata de mostrar la cantidad de Ss que correspondan a cada categoría de la variable, o lo que es lo mismo, la cantidad de sujetos que se incluyen en cada categoría de la variable, o la cantidad de Ss que exhiben cada valor de la variable. También podemos decir que en una tabla de distribución de frecuencias se muestra el número de casos en cada categoría o valor de la variable.

En una primera columna, a la izquierda, se indican las categorías o valores de la variable en estudio.

En una segunda columna hacia la derecha, se indican las frecuencias.

Y en una tercera columna hacia la derecha de la anterior, se indican los porcentajes. (Sierra Bravo, 1981).

**Las representaciones gráficas:** son una ayuda importante para la presentación y comprensión de algunas ideas y conceptos estadísticos y con este fin serán utilizados.

**Representación sectorial:** Es la representación proporcional de una variable por sectores dentro de un círculo. La frecuencia con que se presenta dicha variable es proporcional a los grados que ha cubierto el sector del círculo.

Se diseñará un **diagrama en barras**: ya que es el gráfico adecuado para representar datos de escalas nominales. En el eje horizontal se han expresado las categorías de la variable. En el eje vertical se han expresado las frecuencias registradas y subdividiéndolo con exactitud para preservar la correspondencia entre números y distancias. Cada categoría de la variable es representada por una barra o rectángulo cuya altura expresa la frecuencia que corresponde a la categoría representada. En un diagrama de barras los rectángulos no contactan entre sí, para denotar que las categorías de las variables difieren entre sí cualitativamente, no existiendo continuidad entre ellas. Las bases se dibujan de un ancho arbitrario, cualquiera, e igual en todas las barras. Nada hay en los datos que exija un ancho determinado para las barras ni la igualdad de esos anchos.



## MARCO TEÓRICO

### ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento puede considerarse desde un punto de vista biológico o desde un punto de vista patológico. En el primer caso se sugiere que es una fase final del desarrollo normal, determinada genéticamente, que se resuelve en imperfección en la función. Es decir un proceso intrínseco que es fundamental, inevitable e irreversible. (Bracamonte, 1999).

El punto de vista patológico toma dos formas:

Una considera que el envejecimiento es un proceso esencialmente autodestructivo. Dicho envejecimiento patológico hace referencia a senilidad en contraposición a un decrecimiento normal equivalente a la senectud.

Quizás una consecuencia de un proceso autoinmune, aquél en que el cuerpo reacciona inmunológicamente contra sus propios componentes como si fueran ajenos a él. La otra teoría considera el envejecimiento como el resultado final de la acumulación progresiva de experiencias traumáticas casuales relacionadas tanto con la vida como con la enfermedad.

El envejecimiento produce un aumento de la susceptibilidad a los acontecimientos y factores perjudiciales del medio ambiente. El estado degenerativo a largo plazo contribuye a la incapacidad

de la vejez. Con el control y la desaparición de muchos estados infecciosos los problemas de la degeneración de los tejidos son los que constituyen ahora un gran porcentaje de problemas de salud en la vejez.

Puesto que la población superior a los 65 años de edad crece tres veces más de prisa que la comunidad en su conjunto, inevitablemente aparecerá un aumento de las enfermedades crónicas, que exigirán atenciones de carácter particular y generales. (Franks y col, 1976).

### **Aspectos anatómicos y fisiológicos del envejecimiento**

La observación clínica de la vejez mostrará dificultades que a menudo se presentan al establecer la diferencia entre normalidad y patología. Aunque muchos niegan la existencia de una vejez normal conviene acordar convencionalmente una senectud normal, así como aceptar el envejecimiento anatómico y fisiológico de los tejidos.

Esto permite una valoración racional de los cambios ocurridos en la persona de edad y de si éstos pueden considerarse dentro de los límites normales.

Por otra parte, debemos mencionar que se hace referencia a senilidad cuando está presente el envejecimiento patológico.

El envejecimiento produce efectos diversos sobre los distintos sistemas del cuerpo en el mismo individuo. Los órganos del cuerpo no envejecen en el mismo grado. Sin embargo parece ser común a todos ellos que las funciones fisiológicas sufran un retardo gradual, que empieza desde los 25-30 años de edad y prosigue

hasta la muerte. Además este cambio afecta con más severidad a las actividades más complejas. (Franks y col, 1976).

### **Vejez e Institución: la vejez como problema social**

Para evitar que el envejecimiento parezca un problema es preciso hacer la vejez una institución social, institucionalizar la vejez como una edad a respetar y proteger, conservándola, y no haciendo de los mayores una dimensión problemática como la contaminación o la droga. Para ello resulta imprescindible lograr que los mayores desempeñen su propio rol, que encuentren una función propia que ejercer y que se llegue a reconstruir una nueva relación social basada en la reciprocidad entre las personas mayores y el resto de la sociedad.

Los viejos deben recobrar toda su realidad social, pues sin un rol que ejercer, una función que desempeñar, ni relaciones sociales, la vejez no cobrará su plena dignidad institucional y nos continuará pareciendo un problema social cada vez más imposible de resolver.

### **FACTORES DE RIESGO**

#### **Estrategias de enfoque de riesgo:**

Puede definirse como un instrumento de gestión destinado a identificar las personas, familias y comunidades que, en razón de su mayor exposición a factores que le son nocivos requieren un cuidado especial, con el propósito de facilitar mejores servicios a todos, pero destinando prioritariamente los recursos existentes a quienes más lo necesiten. Lo anterior equivale a decir que el enfoque de riesgo supone atención de la salud en forma no igualitaria, sino equitativa

siguiendo un gradiente que va desde los cuidados mínimos para quienes tienen poca probabilidad futura de sufrir daño hasta la máxima atención sólo para aquellos con mayor riesgo. (Battellino, 1993)

El enfoque de riesgo es nada más que una de las diversas técnicas disponibles de la Epidemiología, que no excluyen ni antagonizan con otras. Los supuestos básicos de dicha estrategia se basa en que no todos los problemas de salud tienen la misma importancia que no toda la población tiene los mismos problemas ni que todos los individuos poseen el mismo riesgo de padecer daños en su salud, de lo cual surge que se logra mayor impacto controlando preferentemente los problemas más importantes, en los subgrupos más afectados y concentrando los esfuerzos en los individuos de alto riesgo. (Alderete, 1997).

- En un sentido amplio: la discapacidad o muerte, y de otros que pudieran resultar de utilidad para la predicción de daño a la salud, así como la incidencia y prevalencia que estos daños tienen en la población.
- Seleccionar y evaluar las estrategias y tecnologías de intervención que faciliten el diagnóstico y tratamiento, de modo de lograr que pueda brindarse anticipadamente la mejor asistencia disponible a los individuos y grupos poblacionales que poseen características indicativas de un riesgo especial para su salud, su bienestar o su vida.
- Prever el nivel de asistencia que requieren los distintos individuos y grupos humanos para reducir la duración, o complicaciones letalidad del daño que padecen.
- Definir los roles y funciones de las distintas categorías de personal de salud y establecer programas de formación continua apropiados para ellos.

- Señalar prioridades de investigación para lograr, mediante la acción el conocimiento que permita perfeccionar la toma de decisiones y mejorar el impacto, eficacia, eficacia y equidad de las acciones y de los servicios. (Battellino, 1993).

Si bien inicialmente su aplicación principal estuvo referida a las enfermedades crónicas, el uso del enfoque de riesgo se ha extendido al estudio de otros tipos de procesos mórbidos, incluyendo los accidentes y las enfermedades infecciosas, y también los procesos de planificación, administración y evaluación de los servicios de salud. Sin embargo, a pesar de la utilidad potencial que tiene, este instrumento de análisis posee ciertas limitaciones, algunas de las cuales citaremos a continuación. (Battellino,1993). En primer lugar, la técnica no es adecuada para determinar la naturaleza íntima de la relación entre los factores de riesgo, o de éstos con el daño de la salud. En segundo término resulta de poca utilidad cuando ya sea el factor de riesgo o el daño a la salud no están específicamente definidos.

Finalmente, no permite establecer la fuerza de asociación entre la exposición al factor y la aparición del daño, la secuencia temporal entre ambos o la relación entre conjunto de factores y conjuntos de daños.

## **RELACIONES ENTRE FACTORES DE RIESGO Y DAÑOS A LA SALUD. MEDIDAS DE ASOCIACIÓN.**

Con el nombre de factores de riesgo se designa a cualquier característica condición o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un daño a la salud, u otro resultado específico. A su vez, un daño es el “resultado, afección o situación no deseada, en función del cual se mide el riesgo. Por ejemplo una persona hipertensa presenta un factor de riesgo (presión sanguínea elevada) que aumenta la probabilidad (riesgo) de sufrir enfermedad cardiovascular, incapacidad o muerte (daño, resultado no deseado). (Battellino, 1993).

El riesgo implica un concepto probabilístico y no determinista. Indica que las personas que poseen el factor de riesgo tienen mayor probabilidad de sufrir daño que las personas que carecen de él, pero no existe certeza de que el daño habrá de producirse, ni tampoco podrá saberse de antemano a quienes afectará. Las personas que ingieren azúcares entre las comidas, tienen mayor probabilidad de desarrollar caries dentales que quienes no reciben este tipo de alimento pero habrá golosos que no contraerán la enfermedad y viceversa, otros que no reciben azúcares resultarán con enfermedad de caries.

Un mismo factor de riesgo puede estar asociado a varios daños. El hábito de fumar por ejemplo, se relaciona con mayor riesgo de mortalidad materna y perinatal, de accidentes cardiovasculares y de cáncer de pulmón y vejiga. De igual manera, un daño puede ser el resultado de la intervención de distintos



factores. La desnutrición y las infecciones y las malformaciones congénitas, además de muchos otros, son a menudo factores responsables de la mortalidad.

## **FORMULACIONES SOBRE AUTOESTIMA**

La gente tiene actitudes hacia los objetos, el sí mismo es uno de los objetos hacia el cual se tiene actitudes.

Se debe tener en cuenta las siguientes dimensiones universales, nos ayuda en gran medida a conocer su estructura. (Rosenberg, 1973).

Si sabemos que ve el individuo, cuando se mira a sí mismo (sus estatus sociales) sus roles sus características físicas, sus rasgos y otros aspectos del contenido de la autoimagen, si tiene opinión favorable o desfavorable de sí mismo (dirección); cuán fuertes son sus actitudes hacia sí mismo (intensidad), cuán importante es el sí mismo en comparación con otros objetos (importancia); si pasa gran parte de su tiempo pensando cómo es, si se mantiene constantemente consciente de lo que está diciendo o haciendo, o si en cambio lo absorben las tareas que realiza u otros objetos (saliencia); si los componentes de su propia imagen son coherentes entre sí o contradictorios (coherencia) si su actitud hacia sí mismo varía o cambia día a día momento a momento o sí por el contrario es estable y sólida (estabilidad) y si tiene una imagen firme y definida de cómo es él, o si éste es vaga, confusa y borrosa (claridad), si podemos en suma caracterizar la imagen de individuos teniendo en cuenta cada una de estas dimensiones obtendremos una buena aunque todavía incompleta descripción de la estructura de la autoimagen. Lo mismo pasa con cualquier otro objeto del mundo.

Otra cualidad distintiva de las actitudes hacia sí mismo, consiste en que el sí mismo es reflexivo. (Mind, self and Society, Chicago, University of Chicago, 1934. Versión Castellana Espíritu Persona y Sociedad Bs. As Piados, 1953).

El sujeto y el objeto de la actitud son la misma persona, el yo la parte actuante, espontánea del ser y la parte de sí mismo que reflexiona, juzga y evalúa la persona. Por lo tanto, una característica del ser humano reside en el hecho de que éste puede ser a la vez sujeto y objeto. Afirmaciones como “*Me golpeó*”, “*Me lastimó*”, “*Me odia*”, expresan esta dualidad.

En consecuencia entre todas las actitudes que se podrían estudiar, las actitudes hacia sí mismo son únicas en este sentido, el sujeto y el objeto de la actitud son la misma persona.

Las autoevaluaciones derivan de la interpretación de las reacciones de los otros frente a él. Los criterios de las evaluaciones dependen de las condiciones históricas de cada sociedad.

Autoestima es la actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular: el sí mismo. En actitud positiva se estima y respeta, reconoce sus limitaciones y espera madurar y mejorar.

En actitud negativa hay insatisfacción, rechazo y desprecio a sí mismo.

Los logros de la persona le son propios mientras que su clase, religión y nacionalidad le son asignados por la sociedad y no dependen de él. Puede contribuir a perturbaciones emocionales en sujetos criados en contextos religiosos disonantes. (Rosenberg, 1973).

Los sujetos de baja autoestima no suelen demostrar interés por los asuntos de orden público pero las personas que tienen confianza en sí mismo suelen usar las potencialidades creadoras y denotan interés para realizar diferentes tareas.

Analizaremos algunos mayores que acarrean una historia negativa esto los hizo perder sus piezas dentarias, de no ser así hubiesen asistido al odontólogo intentando salvar su dentadura, o bien siendo portadores de algún aparato protésico para solucionar la edentación. En estos casos se presenta una falla cultural o falencia socio-económica.

La dentadura disminuye el temblor, al brindar soporte óseo dentario a los músculos masticatorios mientras que el posicionamiento mandibular genera cambios en el nivel cervical, y por consiguiente en toda la postura de la columna. La posibilidad de deglutir elimina la intubación nasogástrica para la alimentación, con todo lo que ello implica, desde la percepción de sabores hasta la menor posibilidad de aspirar sustancias y, por ende, de desarrollar neumonías además de estimular la función pulmonar. (Livolsi1989).

La posibilidad de expresión se amplía, se facilita la fonación y la inserción en actividad social.

Se estudiará la influencia de la autoestima en ancianos sin elementos dentarios y personas mayores con su restauración protésica.

## LA NUTRICIÓN Y EL ENVEJECIMIENTO

En el campo de la nutrición la responsabilidad del odontólogo no se limita exclusivamente a establecer una superficie de oclusión adecuada (Franks y col, 1976). La estrecha relación entre la dieta y la salud le exigen un conocimiento completo de los problemas de nutrición que pueden surgir con la edad, además de reconocer su importancia en la etiología de las caries dental y de la enfermedad periodontal. Por lo tanto, como profesional clínico con la preparación biológica debe contribuir de un modo positivo a determinar la dieta convenientemente al paciente. Inevitablemente, la nutrición tiene influencia sobre los fenómenos del envejecimiento a causa de su directa repercusión sobre la función normal y el medio ambiente de cada una de las células. (Franks y col, 1976). Por lo tanto, las personas de edad necesitan mantener una nutrición equilibrada, lo que se logra sólo por intermedio de la dieta regularizada. La nutrición equilibrada es el resultado de complejos procesos fisiológicos de la ingestión, absorción, acumulación, utilización y excreción de los alimentos.

Una mala nutrición, aparte de acentuar el progreso del cambio degenerativo, aumenta el riesgo en ciertas situaciones clínicas, por ejemplo en las intervenciones quirúrgicas. Antes de intervenir quirúrgicamente, deben corregirse los trastornos de nutrición, especialmente los que afectan al nitrógeno, y al equilibrio de electrólisis y líquidos. Esto adquiere particular importancia cuando las operaciones en la boca pueden producir trastornos físicos en la aptitud del paciente ante la comida.

Una de las cosas más importantes para decidir las calorías que necesita el anciano es la cantidad de energía que gasta. (Pescio, 2000). La sobreali-

mentación, en parte por originar un sobrepeso y en parte por desequilibrar el metabolismo, puede tener efectos graves. Sin embargo, las personas de edad que están en activo y ejercen trabajos pesados consumirán tanta energía como una persona más joven. Normalmente, el método más fácil para controlar la necesidad nutritiva total es observar el peso día a día.

Parece ser que la persona de edad efectúa una digestión y absorción normal, a menos que esté enferma. Sin embargo, los procesos de digestión se hacen más lentos, la producción de enzimas digestivas es menor y la movilidad del tracto gastrointestinal se modifica. La felicidad y el bienestar de la persona de edad están predispuestos a verse afectados por la aparición de indigestiones. Es de máxima importancia un cuidado adecuado de los órganos digestivos en la persona de edad, ya que a menudo los síntomas gastrointestinales les originan gran preocupación.

Muchos ancianos están demasiado débiles o demasiado cansados y apáticos para cortar y masticar alimentos de una consistencia normal. La comida de estas personas exige una atención especial. Debe ser blanda y fácilmente masticable. A causa de la pérdida del gusto, es a veces necesario sazonarla con cuidado para mejorar su sabor, aunque debe evitarse el abuso de sal para reducir una retención posiblemente excesiva de líquidos en el cuerpo. No toleran bien las comidas copiosas y por tanto deberían efectuar tres o cuatro comidas moderadas diariamente. Deben evitarse, sin embargo, cambios radicales en la dieta diaria. La mala nutrición en las personas de edad es un problema que se complica por factores sociales, económicos y psicológicos. Reconocer una verdadera mala nutrición puede presentar algunos problemas clínicos. Sin embargo, en la práctica

geriátrica la presencia de una mala nutrición marginal o subclínica relacionada con una parca ingestión de ciertos elementos nutritivos exige grandes cuidados. (Franks y col,1976) Puede no haber síntomas o, si existen, que sean difíciles de interpretar. En la persona más joven estos niveles nutritivos reducidos pueden tener muy poco significado pero en la persona de edad, que es propensa a riesgos tanto del medio ambiente como médicos, un equilibrio fisiológico precario puede trastornarle fácilmente. El resultado es que bajo la tensión de un proceso patológico se precipita más fácilmente una verdadera mala nutrición. Saber discernir en estas personas tal riesgo tiene gran importancia profiláctica.

## **LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS**

Las necesidades nutritivas básicas se agrupan en dos categorías principales:

- a) desarrollo y restauración de la estructura normal,
- b) demanda de energía para necesidades funcionales.

Cuando se valora el apetito de una persona de edad, es importante saber el nivel de ingestión de alimentos que ha mostrado durante su vida. El modelo de dieta en la senectud es a menudo resultado de la acumulación de todas las experiencias vividas acerca de los alimentos, y en consecuencia varía considerablemente.

Sin embargo en el anciano son significativas otras influencias adicionales (Quintero Sanabria, 1993):

- a) Biológicas
- b) Sociales
- c) Médicas
- d) Dentales

a) **Biológicas:** La decreciente actividad diencefálica tiene probablemente un importante efecto sobre el apetito de la persona de edad. Es probable que el apetito esté determinado por un mecanismo glucostático, cuyo centro se localiza en el tronco cerebral. La reducida función de esta zona ejerce influencia en el apetito. (Curtis y col. 2001).

En otro lugar se han considerado los cambios por edad en sentidos específicos. La atrofia senil de los órganos del gusto y del olfato indudablemente contribuye a la anorexia senil. Sin embargo, un estudio reciente ha demostrado que el sentido del gusto en las personas de edad puede verse afectado por su reacción psicológica a los alimentos.

b) **Influencia social:** Actualmente está ampliamente aceptado que existe una relación entre los modos de vida y la mala nutrición. El vivir solo es un factor adverso importante en el establecimiento de una dieta equilibrada. Muchas personas de edad que viven solas encuentran que cocinar es un esfuerzo excesivo y no sienten ningún incentivo para alimentarse adecuadamente. Además, pocas son las que quieren o pueden comprar alimentos lo bastante diversos.

La mejor protección contra una dieta inadecuada parece consistir en mantener contactos con la comunidad, bien participando en actividades fuera del

hogar, o bien gracias a alguien que prepare y cocine sus alimentos. Algunas comunidades disponen de un servicio de alimentación móvil que tiene gran valor, tanto social como psicológico. Aparte de proporcionar a los ancianos el estímulo de sentirse atendidos, permite mantenerlos en observación y estar alerta ante cualquier otro servicio que precisen. Por ejemplo, puede advertirse la incapacidad de comer a causa de molestias bucales antes de que se produzca un reducido nivel de ingestión.

c) **Influencia médica:** En presencia de una infección grave, particularmente toxemia y pirexia, las personas de todas las edades pueden mostrar una pérdida de apetito, resultando una menor ingestión de calorías. Durante la fase de recuperación, se produce normalmente una recuperación del apetito e incluso un período de sobrealimentación. Generalmente la compensación dietética tiene lugar dentro de un periodo de diez a catorce días. Sin embargo, incluso en la fase de recuperación del adulto maduro, a veces no aparece este mecanismo de compensación necesaria para restablecer el equilibrio de la nutrición, particularmente si existen problemas económicos para conseguir los alimentos. Si las reservas del cuerpo tienen un nivel mínimo, en el momento en que este equilibrio es más necesario, esto puede surtir efectos realmente importantes. Diversos estudios sobre la ingestión de alimentos en pacientes de edad han revelado que incluso un aquejamiento relativamente trivial, tal como una úlcera de boca, puede conducir a períodos muy prolongados de anorexia. (Curtis y col, 2001) En el anciano el efecto de una enfermedad leve y repetida puede acentuarse si ofrece resistencia a ingerir alimentos y siente una pérdida de interés por



encontrarse mejor. La relación existente entre las fases depresivas y la anorexia está bien demostrada: sin embargo, ciertas enfermedades físicas, tales como carcinomas gástricos, tienen como síntoma común inicial la anorexia. La pérdida de apetito puede ser iatrogénica; por ejemplo, la mayoría de los tipos de terapia de drogas tienden a reducir el apetito. La administración durante un largo período de sedantes o preparaciones digitales tiende particularmente a reflejar este cambio. (Meirovich, 1998).

d) **Influencia Dental:** El hombre come porque siente hambre, aunque el placer de la comida tiene un gran significado para el ser humano, Así pues, los problemas de la nutrición deben considerarse teniendo en cuenta que para la persona de edad comer no debe resultarle una tarea o una experiencia desagradable. (Franks y col, 1976).

Quede claro que una dentición adecuada, natural o artificial, no es esencial para conseguir una ingestión de alimentos suficiente para mantener el equilibrio nutritivo. (Pescio,2000). Las personas desdentadas no tienen restricciones alimentarias por su estado bucal, solamente tienden a evitar alimentos que le resulten difíciles de masticar.

Bates y col. (1984), en un reciente estudio de una comunidad, confirman este punto de vista. Los estudios experimentales llevados a cabo por Farell, (1956) sobre la relación existente entre la masticación y la nutrición, han demostrado que durante los pocos días del experimento la masticación efectiva de los alimentos no fue esencial para mejorar la nutrición. Sin embargo, pocas personas relacionarían el placer de comer con ingerir los alimentos mal

masticados. Además del efecto de cualquier malestar bucal, la pérdida de dientes o las dentaduras mal ajustadas influyen en la capacidad de masticación e inevitablemente sobre el interés y la elección de alimentos. Aunque, en algunas personas mayores de 80 años con una dentición precaria en algún aspecto, suelen mostrar hábitos de dietas pobres.

En los estudios de las costumbres de nutrición puede repararse rápidamente en las personas de edad que tienen un servicio móvil regular de alimentación. (Chalita,1992). Muestra en su estudio que 33% de los que tienen un servicio móvil encuentran dificultades al masticar verdura cruda. El 21% del grupo no comió carne y ensalada, ya que les resultaban demasiado duras de masticar. Recientemente investigaciones efectuadas en Finlandia confirman estos hechos. Se hallaron en el suero niveles de ácido ascórbico significativamente más bajos, en los individuos edéntulos, pero tras ponerles dentadura estos niveles se elevaron. (Franks y col, 1976). Mantienen el punto de vista de que existe una relación entre el nivel de ingestión dietética y el estado dental de la persona de edad. Ponen relieve que mientras las necesidades nutritivas básicas pueden satisfacerse, la persona de edad que consume un alto nivel de elementos nutritivos esenciales casi siempre puede masticar bien.

Cuando nos referimos al efecto de la salud dental sobre la nutrición, sería erróneo considerar sólo la mala nutrición, situación que no es común en los países desarrollados. Se encuentran ligeras diferencias en el estado de nutrición de aquellas personas con y sin dientes, y sólo los menores grados de eficacia que originan una mala nutrición subclínica son importantes. (Pescio,2000) En el anciano puede tener una ingesta adecuada para mantener la salud normal,

aunque no suficiente ante las superiores exigencias de una enfermedad. El trastorno de tal equilibrio nutritivo conduce a una rápida deterioración y colapso de los sistemas del cuerpo.

## **INGESTIÓN DE LÍQUIDOS**

Quizá sea el agua el más importante componente exigido por el cuerpo. Aunque el cuerpo puede sobrevivir algunas semanas sin ingerir alimentos, la falta de agua puede llevarle a la muerte en unos cuantos días. (Curtis y col, 2001).

El agua representa alrededor de dos tercios del peso de un adulto y es esencial para el funcionamiento de todos los procesos del cuerpo. A ella corresponde la mayor proporción de todas las secreciones del cuerpo, y controla la temperatura corporal. Hay una continua pérdida del agua del cuerpo por medio del intestino, del riñón, de los pulmones y de la piel y esta pérdida necesita ser equilibrada mediante la ingestión diaria a partir de alimentos vegetales y por la ingestión de agua propiamente dicha. Es esencial ingerir un litro o litro y medio cada día para mantener la secreción urinaria y evitar el estreñimiento.

La persona de edad está en una fase de delicado equilibrio del agua corporal y éste puede trastornarse fácilmente. Puede vigilarse sin dificultades el equilibrio negativo en el adulto de edad que ha reducido la ingestión de líquidos. Para evitar la frecuente evacuación de orina, muchos ancianos limitan conscientemente, hasta un nivel insuficiente, la cantidad de líquidos. (Franks y col, 1976).

En esta situación, la deshidratación puede llevar a un menos rendimiento cardíaco y a fallos en la presión sanguínea, con el riesgo de combinar isquemias

cardíacas y cerebrales. Los pacientes afectados por deshidratación se cansan y son negligentes, tienen seca la mucosa oral y la lengua oscura y seca.

## **EL EQUILIBRIO DE LA NUTRICIÓN**

### **EQUILIBRIO DE PROTEÍNAS**

Las proteínas son parte esencial de la estructura de los tejidos del cuerpo, tanto duros (huesos y dientes) como blandos. Por lo tanto son fundamentales en los procesos vitales en todas las fases y edades. Las proteínas también proporcionan el nitrógeno y los aminoácidos esenciales que requieren las síntesis de hormonas, enzimas, proteínas del plasma y la hemoglobina.

La menor actividad de la vejez reduce las exigencias calóricas, aunque la necesidad de proteínas no disminuye proporcionalmente. La deficiencia de proteínas es una observación clínica común entre los pacientes de edad. Actualmente ha sido claramente relacionada con los cambios patológicos que pueden afectar a casi todos los tejidos del cuerpo. Ha sido relacionada también con el trastorno de la función psicológica. Las proteínas son necesarias para la transmisión de los impulsos nerviosos, y se ha demostrado que la falta de proteínas reduce la reacción de las células nerviosas a los estímulos.

Se ha demostrado que tras una enfermedad el anciano necesita un considerable período de tiempo para restablecer el equilibrio de nitrógeno. Normalmente, para mantener este equilibrio se requiere al menos un gramo de proteínas diario por kilo. Si por cualquier razón la ingestión está por debajo de éste nivel durante cierto período de tiempo, la recuperación de la persona de edad tras una enfermedad puede retrasarse. El resultado es el comienzo de una espiral: una

salud crónicamente enferma en la que se acentúan los cambios en los tejidos debido a la mala nutrición. Los resultados sobre experimentos sobre animales de privación de proteínas han descubierto una degeneración de los tejidos conjuntivos, a la vez que cambios osteoporóticos. La capacidad oral ilustra estos hallazgos, por ejemplo en las encías y ligamentos periodontales y en el hueso alveolar. (Sanguinetti y Sanguinetti, 1989).

La carne, el pescado, los huevos y la leche son productos de alto valor proteínicos, es decir, contienen aminoácidos esenciales. En general, estos alimentos son más caros que los hidratos de carbono, y las personas de edad tienden a reducir su compra en circunstancias financieras precarias.

## **EQUILIBRIO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO**

La ingestión deseable de los hidratos de carbono es difícil de valorar, ya que es muy limitada la cantidad de ellos que el cuerpo acumula. Sin embargo, junto con la grasa, son la principal fuente de energía de los tejidos. Algunos investigadores han demostrado que el nivel constante de azúcar en la sangre es básicamente el mismo en la persona joven que en el adulto de edad. Sin embargo, las personas de edad parecen tener una menor capacidad para asimilar los hidratos de carbono y no toleran una ingestión demasiado rápida de glucosa, tanto por vía oral como parenteral. (Franks y col, 1976).

La principal fuente de hidrocarburos son los cereales, los productos a base de cereales y la leche. También pueden incluirse las frutas y verduras, que contribuyen a dar consistencia a la dieta.

## **EQUILIBRIO DE LÍPIDOS**

Las grasas son componentes de la dieta normal. Actúan como portadoras de vitaminas grasas solubles (A, D, E y K) y parecen ser que también ayudan a su absorción. Además, retrasan el tiempo de evacuación del estómago, evitando las contracciones que produce el hambre y ayudando a reducir la ingestión de alimentos. Cierta número de estudios han sugerido que el grado de absorción de grasa disminuye con la edad. La lipemia alimenticia resultante puede contribuir a un aumento de la viscosidad de la sangre así como el peligro de formación de trombos intravasculares. Por estas razones se recomienda que las personas de edad consuman la grasa distribuida de manera uniforme entre los demás alimentos. Han surgido objeciones ante las grandes cantidades de grasas presentes en nuestra dieta cotidiana. Se deben en primer lugar, a la correlación entre el reciente aumento tanto del consumo de grasa como de la incidencia de enfermedades degenerativas tales como la arterioesclerosis y la enfermedad coronaria. De hecho, es muy evidente una relación entre estos trastornos y el colesterol y las grasas saturadas. (Meirovich y Montrull, 1998). La mayoría de las autoridades coinciden actualmente en que la cantidad de grasas de una dieta debe limitarse y que algunos aceites vegetales no saturados deberían ser sustituidos por grasas animales.

## **MINERALES**

Un equilibrio mineral es esencial para que los procesos químicos del cuerpo actúen de modo correcto y puedan satisfacer sus necesidades estructurales y funcionales. (Franks y col,1976) Los minerales esenciales están

ampliamente distribuidos en los alimentos y generalmente en una dieta normal se ingieren las cantidades adecuadas.

### 1) Calcio

El calcio es esencial para mantener la mineralización de los huesos. Además es necesario en ciertas funciones reguladoras, entre las que están la irritabilidad neuromuscular, la coagulación de la sangre, la contracción muscular, las funciones cardíacas y la permeabilidad capilar y de las células.

La absorción del calcio por el intestino tiende a decrecer con la edad, particularmente después de los 60 años. Un estudio realizado por (Bullamore y col, 1970) sobre individuos de 80 años de edad, mostró un grado significativo de mala absorción de calcio. Esta incidencia podría reflejar un descenso general, de la función gastrointestinal que se produce con la edad, o deberse a una deficiencia de vitamina D. También podría jugar un importante papel en el desarrollo de la osteoporosis senil y contribuir a la patogénesis de fracturas en la gente de edad. De hecho: Bellantoni y col 1996, confirmó en individuos jóvenes el significado del trastorno metabólico del calcio y los niveles de fósforo debido a una mala absorción gastrointestinal. Estos elementos, junto con el flúor, tienen una estrecha relación metabólica, en la que están implicados los examinados por Dénes, clínicamente mostraron una condición de “envejecimiento prematuro” caracterizado por la osteoporosis.

Los productos lácteos, tales como la leche y el queso, son una fuente valiosa de calcio. Si se satisfacen las necesidades clásicas y proteínicas del cuerpo, la

ingestión de fósforo normalmente también es adecuada, ya que los alimentos ricos en calcio y proteínas contienen suficiente fósforo.

## 2) Hierro

El hierro es necesario en la dieta para reducir la posibilidad de una anemia hipocrómica. Este tipo de trastorno sanguíneo es frecuente en los individuos de edad, especialmente en los que tienen pocos recursos. Suele ser consecuencia de una dieta pobre en contenido de hierro, cuyos efectos se superponen a una pérdida crónica de sangre, a una mala absorción y a una utilización inadecuada del hierro por el cuerpo. (Sanguinetti y Sanguinetti, 1989).

Deberían formar parte de la dieta diaria suficientes alimentos que contengan hierro, tales como las verduras, la carne y los huevos.

## 3) Potasio

Un estudio reciente sobre las costumbres dietéticas de las personas de edad que viven en sus propios hogares ha demostrado que su ingestión de potasio tiende a ser menor que la de la población adulta normal. Esto parece ser debido a la elección de una dieta relativamente pobre en potasio. Un nivel insuficiente de este mineral contribuye al desarrollo de la hipocalcemia, lo que provoca el debilitamiento de los músculos, estreñimiento, cansancio y depresión. (Franks y col, 1976).



La leche es una valiosa y asequible fuente rica del potasio, junto con los frutos secos y los frescos, y verduras tales con las patatas, guisantes y coles de Bruselas.

#### 4) Flúor

El flúor es un componente que se da naturalmente en la dieta normal. Se deposita principalmente en los dientes y huesos. Entra en el esqueleto al formar parte de la apatita ósea y da fortaleza a la estructura cristalina. Se ha adelantado la teoría de los posibles beneficios del flúor en la prevención de cambios osteoporóticos en los huesos de la persona de edad. Parece cierto que la incidencia de la osteoporosis y el descenso de densidad ósea es menor en las zonas que tienen un alto nivel de flúor.

### VITAMINAS

Aunque una gran deficiencia de vitaminas no es común en los países desarrollados, se ha demostrado mediante estudios de costumbres dietéticas que muchas personas de edad tienen una ingestión de vitaminas regular pero inadecuada. En un examen llevado a cabo por Franks y col. (1976), sobre 118 pacientes de un hospital geriátrico, 565 eran deficientes en vitamina C, 405 en tiamina, y 245 en ambas.

Los verdaderos problemas de una subnutrición plazo que excluyen alimentos esenciales de la dieta vitamínica surgen de las costumbres a largo plazo que excluyen alimentos esenciales de la dieta habitual. Sin embargo, algunas deficiencias vitamínicas pueden tener un origen iatrogénico, producidas por una

prolongada administración de antibióticos y sulfamidas. Cuando se presenta tal deficiencia, raras veces es de una vitamina sola y los síntomas pueden ser no específicos. El paciente se resiente de una salud enfermiza, de cansancio, de falta de energía, siente debilidad anorexia. Se ha informado la necesidad de una ingestión vitamínica adecuada en el tratamiento de cierto número de problemas clínicos geriátricos. Por ejemplo, durante la recuperación de neuropatías periféricas se ha apreciado que el retorno de los reflejos circulatorias está relacionado con el tratamiento por dieta y vitamina.

### **Digestión y Absorción**

El tubo gastrointestinal sufre los efectos de envejecimiento, tanto generales como específicos. Los síntomas experimentados tienden a aumentar durante la senectud y ello se debe a una alteración de la secreción, de la movilidad y de la absorción.

Cuando la mala absorción se presenta en una persona de edad, tiene efectos similares a los que aparecen en las personas más jóvenes y sus orígenes son diversos. A menudo está relacionada con la acidez gástrica, que disminuye con la edad, pero puede deberse a una menor producción y distribución de las enzimas digestivas. No se tiene un conocimiento completo de los posibles efectos de la atrofia por edad del recubrimiento mucoso intestinal, de la decrecida vascularidad o de los bajos niveles de hormonas. Sin embargo, se sabe que el resultado total del proceso de envejecimiento tiene efectos sobre el equilibrio de nutrición del cuerpo, que puede no estar relacionado con la ingestión de alimentos. (Curtis y col, 2001)

## **Disfagia**

Es muy común que los pacientes ancianos se quejen de dificultades para tragar, y aunque a menudo sea complicado por factores emocionales, raras veces es un síntoma funcional. En los pacientes que han sufrido un ataque que han provocado una parálisis supranuclear, tienen el mecanismo de deglución afectado, y también muestran debilidad en la lengua. Se observa a veces en los pacientes de edad la disfagia como parte del síndrome de Plummer-Vinson, particularmente en mujeres, en las que en tal caso probablemente se llegue a una degeneración muscular del esófago. Otras causas orgánicas de este aquejamiento implican cambios estructurales en las fauces, la faringe, la parte posterior de la lengua y las zonas linguales de la cavidad bucal.

La disfagia cónica debe considerarse con una desconfianza continua. Muchos pacientes afectados desarrollan eventualmente carcinomas faríngeos e intraorales.

La disfagia que aparece repentinamente es una emergencia. Puede ser un reflejo de una peligrosa inflamación de la epiglotis, o provocado por un alimento duro o un fragmento de dentadura.

## **CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ**

Calidad de vida indica características que tiene que ver con el bienestar humano. (Bracamonte, 2000). Es un concepto particular algunos dicen que es subjetivo pero hay que tener en cuenta características objetivas: ejemplo. Red de apoyo social, relaciones interpersonales.

Es un concepto individual y en los ancianos la salud quebrantada ocupa un primer lugar.

Es multidimensional de carácter dinámico (Chalita, 1992):

- Sociológica-nivel de vida
- Psicosocial-satisfacciones

Los indicadores objetivos como el número de autos, número de electrodomésticos, aire acondicionado, vivienda propia, no tienen que ver con las satisfacciones.

La O.N.U. delimitan indicadores que inciden en el bienestar como:

- Necesidades físicas: Nutrición, Vivienda y Sanidad.
- Necesidades Culturales. Educación, Tiempo libre, Ocio y Seguridad.
- Necesidades Superiores: Excedente de renta.

Debemos tener en cuenta lo anteriormente expuesto y considerar el rol del odontólogo que debe estar capacitado para realizar trabajos de calidad; además podrá llegar a detectar factores de riesgo para lograr una mejor calidad de vida. Además relacionarse con otras especialidades, de los adultos mayores. En definitiva no solamente enfocar a la persona como paciente odontológico sino como ser humano que puede ser vulnerable y está inmerso en una familia propia o sustituta dentro de una sociedad.

## **VULNERABILIDAD**

Se entiende por vulnerabilidad las condiciones biopsicosociales de las personas de mayor edad y que posibilitan que distintos factores de daño puedan prosperar con éxito. A partir de éste concepto se elabora un indicador que permite la categorización de los ancianos según su grado de vulnerabilidad. De ésta manera, se propone orientar la formulación de políticas y las acciones de asistencia social, que son necesarias para disminuir su situación de vulnerabilidad ante los riesgos. (Gascón y col, 1994).

## **ANALISIS CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES QUE INTEGRAN EL INDICE DE VULNERABILIDAD**

Las variables utilizadas para medir la población considerada vulnerable, a partir de este índice, fueron elegidas teniendo en cuenta aquellas que la gerontología considera de relevancia para definir situaciones críticas en las personas de edad.

Entre las variables disponibles se eligieron: edad (variable biológica), ingresos, disponibilidad de una vivienda, nivel educacional (variable de nivel socioeconómico), convivencia, recurrencia (variable de entorno y contención) y cobertura de obra social.

## **VARIABLE BIOLÓGICA**

**EDAD:** Si bien la edad no es sinónimo de enfermedad en los ancianos, la literatura gerontológica abunda sobre la mayor cronicidad de las enfermedades e

incremento de la dependencia como producto del proceso evolutivo biológico, psicológico, cognitivo, etc.

Por ello, la mayor edad ha sido valuada con los puntajes más altos y viceversa, considerando que la mayor edad se asocia con una mayor dependencia biopsicosocial. (vulnerabilidad biológica).

## **VARIABLES SOCIOECONÓMICAS**

### **INGRESO**

Se ha considerado el ingreso como una variable de importancia para cubrir las necesidades de una canasta básica indispensable para las personas de edad.

Investigaciones realizadas con anterioridad sobre este tema (I N D E C, Gallup) indican que los mayores logran “vivir dignamente, aunque sin lujos” a partir de un ingreso aproximado de \$600.

Por esta razón, se consideró este monto como el punto de corte que define “una situación económica resuelta” (Gascón y col, 1994) y, a partir de la aplicación de esta metodología surgen tres categorías, como consecuencia de establecer otros tantos rasgos de puntajes, resultados de considerar la combinación de las variables respectivas, las mismas son:

#### **I- POCO VULNERABLES.**

La primera, poco vulnerables, está integrada por aquellas personas (preferentemente de sesenta a sesenta y nueve años) que cobertura médica adecuada y con buenas o muy buenas condiciones socioeconómicas y de contención social.

## II- MEDIANAMENTE VULNERABLES

Comprende los ancianos que se encuentran en una etapa etárea preferentemente entre los setenta y los ochenta años a quienes, aún contando con cobertura médica adecuada, el resto de las condiciones les son adversas. Igualmente, aquellos que no tienen cobertura, pero se verifica un respaldo o apoyo en las otras variables anteriormente definidas.

## III- MUY VULNERABLES

La categoría muy vulnerables, incluye a los más ancianos “viejos” de B Neugarten que en algunos casos, aun teniendo cobertura, el resto de las condiciones les son totalmente desfavorables, como también a aquellos que no cuentan con cobertura y los otros factores socioeconómicos y de contención sociales son negativos.

La determinación de estas categorías no implica, necesariamente, que, en algunos casos, las variables que inciden en la determinación de vulnerabilidad del sujeto graviten de tal forma, que lleguen a condicionar su encuadre en la categoría más allá de las definiciones utilizadas mayoritariamente en la clasificación. (Gascón y col, 1994).



## OBJETIVOS

A partir de todo lo anteriormente expuesto nos proponemos los siguientes objetivos:

### OBJETIVOS GENERALES

- Analizar cuáles son los factores de riesgo en la adaptación a los cambios en el adulto mayor, que influyen para lograr una mejor calidad de vida.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la postura que adoptan los adultos mayores desdentados totales, para llegar a un diagnóstico de la personalidad reconociendo conductas conflictivas.

*Postura es la actitud individual frente a situaciones específicas que debe enfrentar y resolver cada persona a lo largo de su vida.*

- Medir la *autoestima* antes y después de la colocación de la prótesis y su integración funcional.





## MATERIAL Y MÉTODO

**Población y muestra:** Personas de ambos sexos mayores de 60 años a los que les faltan todos los elementos dentarios, que concurren espontáneamente por sus propios medios para la confección de los elementos de prótesis por parte de alumnos de la Cátedra de Prostodoncia III “B” de la Facultad de Odontología, Córdoba Capital y Provincia.

De acuerdo a recursos técnicos y metodológicos con que se cuentan la muestra aleatoria estuvo formada por ciento diez (110) sujetos.

### **Estudio:**

#### **Descriptivo Exploratorio**

Se realizó un estudio descriptivo sobre autoestima de ancianos antes y después de la colocación de las prótesis.

De esta forma se llega a un diagnóstico de personalidad identificando las estrategias de que se vale la persona para enfrentar sus problemas de integración psicosomático y permite reconocer algunas conductas conflictivas dándonos indicios para su posible resolución.

Para el logro de los objetivos se utilizó una escala de autoestima en el anciano en dos momentos:

- Al momento de estar desdentados.
- Posterior a la colocación y adaptación funcional de las prótesis.

Luego se compararon los resultados obtenidos en la escala de autoestima para ello se recurrirá a los procedimientos de la estadística descriptiva e inferencial.

Se establecerá los factores de riesgo.

**PRIMERA ENTREVISTA:** Se realiza cuando vienen por primera vez los ancianos edéntulos a la Facultad para la confección de sus prótesis completas.

Hasta este momento estamos en presencia de un análisis cuantitativo. Pasamos a realizar inferencia CUALITATIVA con las siguientes 2 preguntas:

1ª Pregunta Abierta en la primera ENTREVISTA.

-QUÉ ESPERA DE LA NUEVA PRÓTESIS DENTAL?

2ª Pregunta Abierta en la segunda ENTREVISTA

-CÓMO SE SIENTE CON SU PRÓTESIS? ¿ES LO QUE ESPERABA?  
PORQUÉ?

Las preguntas de final abiertas, fueron elaboradas para permitir una respuesta libre del sujeto, más que una limitada alternativa preestablecida. La característica distintiva de preguntas de final abierto, es que simplemente sugieren una solución, pero no proporcionan o sugieren ninguna estructura, en la respuesta del interrogado. Se da a la persona, la oportunidad de contestar en sus propios términos y dentro de su marco de referencia propio (Taylor y Bodgan, 1990).

La tarea del entrevistador es animar al interrogado a hablar con libertad y a dar respuestas a las preguntas incluidas en el esquema de la entrevista, así como a hacer un informe verbal de las respuestas del interrogado.

Se tomaron variables después de analizar las repuestas, que sin duda fueron muy ricas permitiendo al encuestado exponer su opinión.

Las variables tomadas son: ESTETICO, TROFICO, COMUNICACIÓN Y RECOMENDACIÓN DE CONOCIDOS.

Entendemos por ESTÉTICO: Sensación de armonía percibida por los sentidos. En éste caso la vista.

TRÓFICO: Relacionado con las funciones de nutrición. Percepción del funcionamiento de la cavidad bucal en los que pueden estar o no relacionados con la presencia del dolor.

COMUNICACIÓN: Relativo a poder comunicarse con las demás personas y en este caso relacionado con la palabra.

RECOMENDACIÓN DE CONOCIDOS: Por comentarios de familiares o conocidos que transmiten su experiencia de la Institución "FACULTAD DE ODONTOLOGÍA de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA".



## RESULTADOS

### Instrumento 1º

En este grupo de preguntas se indaga sobre datos generales como edad, sexo, estado civil. Se realizó una entrevista en forma individual a cada uno de los encuestados

#### Entrevista Edades Agrupadas

Edades agrupadas	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Válido
Válidos			
60-64 años	63	69,3	57,8
65-69 años	19	20,9	17,4
70-74 años	12	13,2	11,0
75-79 años	7	7,7	6,4
80-82 años	8	8,8	7,3
Perdidos en el sistema	1		
Total	110	100	100

**Edades Agrupadas:** Las edades de la muestra oscilan entre 60 y 82 años.

**EDADES AGRUPADAS :** Se destaca una mayor cantidad de viejos jóvenes de 60 a 64 años y de 65 a 69 años en mayor proporción que los mayores de 70 años que van decreciendo los porcentajes. La presencia de viejos jóvenes sería una posible causa que las personas que concurren a la Facultad de Odontología en forma ambulatoria y supuestamente gozan de

buena salud, tienen que concurrir una vez a la semana durante 5 meses para la confección de sus prótesis completas por parte de los alumnos, incluyendo el control y posterior colocación de las prótesis. Dicho control se realiza en todo momento por parte de los responsables de la Cátedra de PROSTODONCIA III B.

### SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos			
Femenino	68	68,8	62,4
Masculino	41	37,3	37,6
Total	109	99,1	100
Perdidos en el sistema	1	0,9	
Total	110	100	

SEXO: Hay mayor cantidad de mujeres que varones, ya que hay mayor expectativa de vida en la tercera edad, en las mujeres.

Además, supuestamente están más interesadas en su aspecto personal.

### ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Soltero/a	11	10,0	10,4
Casado/a	49	44,5	46,7
Separado/Divorciado	15	13,6	14,3
Viudo/a	30	27,3	28,6
Total	105	95,5	100,0
Perdidos en el Sistema	5	4,5	
Total	110	100,0	

ESTADO CIVIL: En este universo tomado hay mayor cantidad de casados a los que les siguen los viudos.

En este bloque de preguntas se intenta conocer el grado de autoestima de los encuestados:

### TIENE OTRA OCUPACIÓN, HOBBIES, DIVERSIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válido	Si	63	57,3	57,3
	No	47	42,7	42,7
	Total	110	100,0	100,0

TIENE OTRA OCUPACIÓN, HOBBIES, DIVERSIONES: Respecto a su ocupación, hobbies y diversiones, hay un pequeño aumento de personas con ocupaciones.

### TIPO DE HOBBIES, DIVERSIONES, ENTRENAMIENTOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válido	Tareas del Hogar	3	2,7	4,8
	Actividades Físicas	10	9,1	16,1
	Salidas/paseos	17	15,5	27,4
	Conversar	3	2,7	4,8
	Actividades Recreación	10	9,1	16,1
	Manualidades/artesanía	17	15,5	27,4
	Jardinería	1	,9	1,6
	Oficios	1	,9	1,6
	Total	62	56,4	100,0
Perdidos en el Sistema		48	43,6	
	Total	110	100,0	

TIPO DE HOBBIES, DIVERSIONES, ENTRENAMIENTOS: En esta variable se observa mayor interés en salidas, paseos compartidos con manualidades y artesanías.

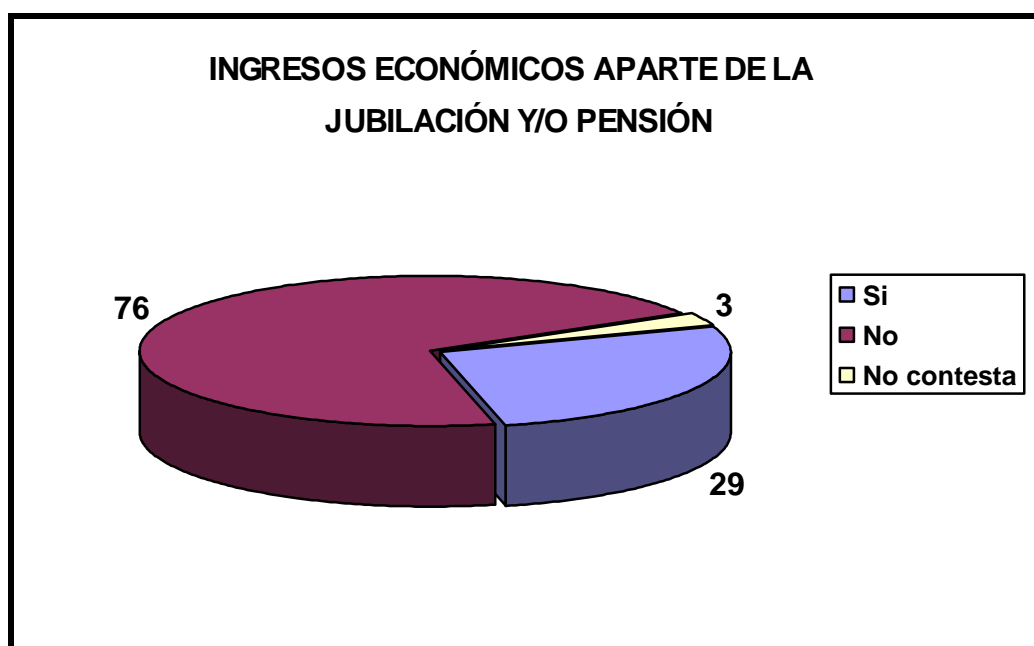
Le sigue el interés por las actividades físicas e interés en actividades de recreación.

### INGRESOS APARTE DE LA JUBILACIÓN Y/O PENSIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válido	si	29	26,4	26,8
	no	76	69,1	70,4
	No contesta	3	2,7	2,8
	Total	108	98,2	100,0
Perdidos en el Sistema		2	1,8	
	Total	110	100,0	

Los datos obtenidos se representan gráficamente.

El objeto de efectuar la representación gráfica es presentar la información contenida en la tabla de una forma que facilite su rápida apreciación y comprensión y que ponga de manifiesto las características del conjunto de datos analizados.



INGRESOS APARTE DE LA JUBILACIÓN Y O PENSION: Llama la atención que no reciben ingreso el 69,1% y en menor porcentaje sí perciben dicho ingreso. Estamos en presencia de una población carenciada.

### QUÉ LE GUSTA COMPARTIR CON SUS AMIGOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Ratos libres	2	1,8	2,0
	Conversar	64	58,2	63,3
	Caminar	3	2,7	3,0
	Comer en cía.	32	29,1	31,7
	Total	101	91,8	100,0
Perdidos en el Sistema		9	8,2	
Total		110	100,0	

QUE LE GUSTA COMPARTIR CON SUS AMIGOS: Se destaca un mayor interés en conversar al que le sigue en importancia Comer en compañía.

### PARTICIPA EN ALGUNA ACTIVIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	En el barrio: Centro de Jubilados	22	20,0	21,6
	Con sus parientes	5	4,5	4,9
	Lee. Se informa	75	68,2	73,5
	Total	102	92,7	100,0
Perdidos en el Sistema		8	7,3	
Total		110	100,0	

PARTICIPA DE ALGUNA ACTIVIDAD: La mayoría de los adultos mayores encuestados se informa y le sigue en frecuencia el interés de participar en actividades en el barrio-centro de jubilados.



### DONDE PASÓ LA MAYOR PARTE DE SU VIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	En el campo	18	16,4	16,5
	Pueblo	7	6,4	6,4
	Ciudad	84	76,4	77,1
	Total	109	99,1	100,0
Perdidos en el Sistema		1	,9	
Total		110	100,0	

DONDE PASO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA: Respecto a este estudio el 76,4%, o sea la mayoría pasaron mucha parte de su vida en la ciudad y le siguieron en proporción menor los que pasaron la mayor parte de su vida en el campo.

### FUE AL COLEGIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Primario	86	78,2	81,9
	Secundario	14	12,7	13,3
	Universitario	5	4,5	4,8
	Total	105	95,5	100,0
Perdidos en el Sistema		5	4,5	
Total		110	100,0	

FUE AL COLEGIO: Respecto al nivel cultural, la mayoría de los encuestados tiene el primario completo. Sólo un 12,7% completó su secundario y muy pocos completaron el nivel Universitario. Esta situación es esperable por la experiencia educativa de su época, con primario alcanzaba.

### CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Hijos	34	30,9	34,7
	Cónyuge	42	38,2	42,9
	En pareja	7	6,4	7,1
	Sola	15	13,6	15,3
	Total	98	89,1	100,0
Perdidos en el Sistema		12	10,9	
	Total	110	100,0	

CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE: En nuestro informe el mayor porcentaje lo representa los mayores que viven con su esposo/a y le sigue con pequeña diferencia los que viven con sus hijos.

### QUE COMPARTE CON SU FAMILIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Ratos libres	15	13,6	13,6
	Conversar	34	30,9	30,9
	Caminar	3	2,7	2,7
	Comer en compañía	58	52,7	52,7
	Total	110	100,0	100

QUE COMPARTE CON SU FAMILIA: Se indagó al respecto y la preferencia fue comer en compañía a lo que le sigue en preferencia conversar con su familia.

En el siguiente grupo de preguntas se indagó en qué porcentaje el grupo etáreo encuestado está en situación de duelo.

### HA PERDIDO ALGUNA PERSONA IMPORTANTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	si	26	23,6	23,6
	no	84	76,4	76,4
Total		110	100,0	100

HA PERDIDO ALGUNA PERSONA IMPORTANTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES: La mayoría de los ancianos indagados no están encuadrados en esta categoría, sólo están pasando por período de duelo un 23,6%.

### A QUIEN HA PERDIDO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Padres	10	9,1	40,0
	Hijos	1	,9	4,0
	Cónyuge	5	4,5	20,0
	Amigo	9	8,2	36,0
	Total	25	22,7	100
Perdidos en el Sistema		85	77,3	
Total		110	100,0	

A QUIEN HA PERDIDO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES: Encabeza la frecuencia la pérdida de los padres, a lo que le sigue los amigos y en menor porcentaje el cónyuge.



**PÉRDIDA DEFINITIVA O TRANSITORIA POR:**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>
Válidos	Fallecimiento	23	20,9	95,8
	Separación	1	,9	4,2
	Total	24	21,8	100
Perdidos en el Sistema		86	78,2	
Total		110	100,0	

PÉRDIDA DEFINITIVA O TRANSITORIA POR: En este interrogatorio la pérdida a la que se hace referencia en la mayoría es por fallecimiento.

Este grupo de preguntas está orientado a saber si tienen o no satisfacción de vida:

### QUE LE MOLESTA MÁS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Tomar la medicación	19	17,3	25,7
	Levantarse	4	3,6	5,4
	Asearse	7	6,4	9,5
	Estar solo	44	40,0	59,4
	Total	74	67,3	100
Perdidos en el Sistema		36	32,7	
	Total	110	100,0	

QUE LE MOLESTA MÁS: Hay que destacar que la mayor molestia es estar solo y le sigue tomar la medicación.

### LE GUSTARÍA VIVIR CON OTRA PERSONA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Si	49	44,5	44,5
	No	61	55,5	55,5
	Total	110	100,0	100,0

LE GUSTARIA VIVIR CON OTRA PERSONA: La mayoría se inclina por seguir viviendo con su familia 55,5 en cambio el 44,5% le gustaría vivir con otra persona.

### QUE SIGUE HACIENDO IGUAL QUE ANTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Validos	Solidaridad	32	29,1	29,4
	Trabaja	33	30,0	30,3
	Todo	13	11,8	11,9
	Manualidades	3	2,7	2,8
	Paseos/salidas	9	8,2	8,2
	Escribir/lectura	3	2,7	2,8
	Nada	8	7,3	7,2
	Fumar	3	2,7	2,8
	Poco	3	2,7	2,8
	Activ. Recreativas	1	,9	,9
	Solidaridad	1	,9	,9
	Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema	1	,9		
Total	110	100,0		

QUE SIGUE HACIENDO IGUAL QUE ANTES: Un gran porcentaje de los encuestados sigue trabajando probablemente debido a que hay una mayoría de adultos mayores jóvenes y le sigue en porcentaje el interés en tareas de solidaridad.

### QUE ES LO QUE MÁS LE GUSTA DE LO QUE TIENE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Las plantas	6	5,5	5,5
	Familia	65	59,1	59,6
	La casa	15	13,6	13,7
	Activ. recreativa	6	5,5	5,6
	Vivir solo	1	,9	,9
	Tranquilidad	2	1,8	1,9
	Trabajo	1	,9	,9
	Amigos	4	3,6	3,7
	Nada	4	3,6	3,7
	Religión	3	2,7	2,8
	Mascota	2	1,8	1,9
	Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema	1	,9		
Total	110	100,0		

QUE ES LO QUE MAS LE GUSTA DE LO QUE TIENE: A esta pregunta la mayoría manifiesta que es su familia.

### QUE ES LO QUE MÁS LE GUSTA DE LO QUE HACE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Pasear/salidas	10	9,1	9,2
	Amigos	2	1,8	1,9
	Tareas del hogar	16	14,5	14,7
	Trabajar	17	15,5	15,7
	Activ. manuales	9	8,2	8,3
	Asistir a la iglesia	6	5,5	5,6
	Escribir/lectura	5	4,5	4,6
	Todo	16	14,5	14,7
	Solidaridad	4	3,6	3,7
	Nada	5	4,5	4,6
	Activ. recreativas	2	1,8	1,9
	Familia	5	4,5	4,6
	Descansar	2	1,8	1,9
	Oficio	9	8,2	8,3
	Total	108	98,2	100
Perdidos en el Sistema		2	1,8	
Total		110	100,0	

QUE ES LO QUE MAS LE GUSTA DE LO QUE HACE: En la muestra los ancianos en su mayoría prefieren trabajar y le sigue en preferencia realizar tareas del hogar, o toda las tareas mencionadas.

### QUE EXTRAÑA DE CUANDO ERA JOVEN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Validos	La juventud	14	12,7	12,8
	Salidas	26	23,6	23,8
	Familia	25	22,7	22,9
	Vitalidad	10	9,1	9,2
	Amigos	2	1,8	1,9
	Nada	23	20,9	21,0
	Responsabilidad	1	,9	,9
	Activ. físicas	3	2,7	2,8
	Tranquilidad	2	1,8	1,9
	Trabajo	3	2,7	2,8
	Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema		1	,9	
	Total	110	100,0	

QUE EXTRAÑA DE CUANDO ERA JOVEN: Extrañan en primer lugar las salidas y le sigue la familia y en tercer lugar hay un grupo al que no extrañan nada.

### CONTROLA SU SALUD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Validos	si	88	80,0	80,0
	no	22	20,0	20,0
	Total	110	100,0	100,0

CONTROLA SU SALUD: En este caso la mayor frecuencia es la que controla su salud -es alto el porcentaje-.



### COMO SE SIENTE DE SALUD EN GENERAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Bien	89	80,9	81,6
	Regular	16	14,5	14,6
	Muy bien	4	3,6	3,7
	Total	109	99,1	100
Perdidos el sistema		1	,9	
	Total	110	100,0	

COMO SE SIENTE DE SALUD EN GENERAL: Como en el caso anterior un alto porcentaje perciben buena salud en cambio un pequeño porcentaje perciben regular su salud.

Este grupo de preguntas tiende a estar relacionada con la situación en que perciben los adultos mayores edéntulos su cavidad oral relacionados o no con sus prótesis.

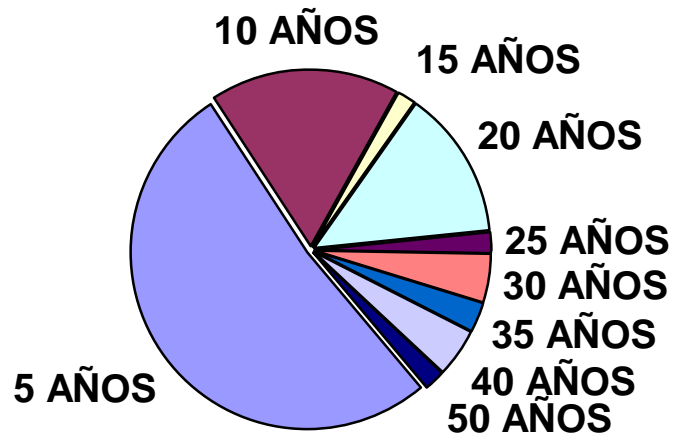
Se intenta conocer si sienten incorporadas las prótesis a su esquema corporal.

**CUANTO TIEMPO HACE QUE LE EXTRAJERON SUS ÚLTIMOS DIENTES  
(MESES)**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>
Válidos	1 mes	1	,9	,9
	2	3	2,7	2,7
	3	13	11,8	11,8
	4	1	,9	,9
	5	3	2,7	2,7
	6	3	2,7	2,7
	7	1	,9	,9
	8	1	,9	,9
	12	9	8,2	8,2
	17	1	,9	,9
	24	6	5,5	5,5
	36	5	4,5	4,5
	42	2	1,8	1,8
	48	3	2,7	2,7
	54	1	,9	,9
	60	4	3,6	3,6
	84	3	2,7	2,7
	96	3	2,7	2,7
	108	2	1,8	1,8
	120	11	10,0	10,0
	132	1	,9	,9
	180	1	,9	,9
	192	2	1,8	1,8
	228	1	,9	,9
	240	12	10,9	10,9
	300	2	1,8	1,8
	348	1	,9	,9
	360	4	3,6	3,6
	372	1	,9	,9
	384	1	,9	,9
420	1	,9	,9	
432	1	,9	,9	
480	4	3,6	3,6	
600	2	1,8	1,8	
	<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

TIEMPO DE DESDENTADOS: Los encuestados no manifiestan diferencia significativa a lo largo del tiempo que le extrajeron sus últimos dientes.

**CUÁNTO TIEMPO HACE QUE LE EXTRAJERON SUS ÚLTIMOS DIENTES?**



**USA PRÓTESIS DENTAL SUPERIOR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	si	95	86,4	87,1
	no	14	12,7	12,9
	Total	109	99,1	100
Perdidos en el sistema		1	,9	
Total		110	100,0	

USA PRÓTESIS DENTAL SUPERIOR: La mayoría de la muestra de desdentados totales usa prótesis completa superior.

## PRÓTESIS DENTAL INFERIOR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	si	70	63,6	64,2
	no	39	35,5	35,8
	Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema		1	,9	
Total		110	100,0	

USA PRÓTESIS DENTAL INFERIOR: En el grupo de desdentados es mayor el porcentual que las usa a los que no.

## DESDE CUANDO USA LA PRÓTESIS DENTAL (AÑOS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Valid	1	5	4,5	5,5
	2	2	1,8	2,2
	3	6	5,5	6,7
	4	1	,9	1,1
	5	2	1,8	2,2
	7	4	3,6	4,4
	8	5	4,5	5,5
	9	3	2,7	3,3
	10	5	4,5	5,5
	11	2	1,8	2,2
	15	2	1,8	2,2
	16	2	1,8	2,2
	17	1	,9	1,1
	18	3	2,7	3,3
	19	2	1,8	2,2
	20	11	10,0	12,2
	22	1	,9	1,1
	25	5	4,5	5,5
	29	3	2,7	3,3
	30	11	10,0	12,2
	31	1	,9	1,1
	32	1	,9	1,1
	33	1	,9	1,1
35	2	1,8	2,2	
36	2	1,8	2,2	
39	1	,9	1,1	
40	5	4,5	5,5	
45	1	,9	1,1	
Total		90	81,8	100
Perdidos en el sistema		20	18,2	
Total		110	100,0	

DESDE CUANDO USA LA PRÓTESIS DENTAL (años): La mayor frecuencia es de 20 a 30 años que data el uso de prótesis dental.

### CUANTAS VECES LAVA SU BOCA POR DÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	0	1	,9	1,0
	1	8	7,3	7,9
	2	30	27,3	29,8
	3	31	28,2	30,7
	4	27	24,5	26,7
	5	3	2,7	2,9
	6	1	,9	1,0
	Total	101	91,8	100
Perdidos en el Sistema		9	8,2	
	Total	110	100,0	

CUANTAS VECES LAVA SU BOCA POR DÍA: El mayor porcentaje lava 3 veces por día su boca, le sigue los que lavan 2 veces por día su boca.

### CUANTAS VECES LAVA SU PRÓTESIS POR DÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	con c/comida	8	7,3	9,1
	2	24	21,8	26,9
	3	30	27,3	33,7
	4	25	22,7	28,1
	5	1	,9	1,1
	6	1	,9	1,1
	Total	89	80,9	100
Perdidos en el Sistema		21	19,1	
	Total	110	100,0	

CUANTAS VECES LAVA SU PRÓTESIS POR DIA: El mayor porcentaje también como en el caso anterior lavan 3 veces por día su prótesis dental.

### ES LA PRIMERA PRÓTESIS QUE LE HICIERON

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Si	51	46,4	54,9
	No	42	38,2	45,1
	Total	93	84,5	100
Perdidos en el Sistema		17	15,5	
Total		110	100,0	

ES LA PRIMERA PRÓTESIS QUE LE HICIERON: Manifiestan sólo el 46,4% que es la primera prótesis que le hicieron.

### CUANTO TIEMPO USO LA PRÓTESIS (AÑOS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	1	3	2,7	5,7
	2	6	5,5	11,6
	3	3	2,7	5,7
	4	1	,9	1,9
	5	2	1,8	3,8
	7	4	3,6	7,6
	8	3	2,7	5,7
	9	3	2,7	5,7
	10	9	8,2	17,3
	11	2	1,8	3,8
	15	1	,9	1,9
	16	2	1,8	3,8
	17	1	,9	1,9
	20	3	2,7	5,7
	25	3	2,7	5,7
	29	1	,9	1,9
	30	4	3,6	7,6
	32	1	,9	1,9
	Total		52	47,3
Perdidos en el Sistema		58	52,7	
Total		110	100,0	

CUANTO TIEMPO USO LA PROTESIS (años): Se observa una variedad expresada en años de frecuencia.

### SI NO ES LA PRIMERA PRÓTESIS, CUANTAS PRÓTESIS HA USADO?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	1	2	1,8	4,7
	2	22	20,0	52,3
	3	10	9,1	23,8
	4	8	7,3	19,2
	Total	42	38,2	100
Perdidos en el Sistema		68	61,8	
Total		110	100,0	

SI NO ES LA 1ª PRÓTESIS, CUANTAS PRÓTESIS HA USADO?: En caso de no ser la 1º prótesis el 52,4% de la muestra usó 2 (dos) prótesis.

### CUANTO TIEMPO USO LA PRIMERA PRÓTESIS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	1	4	3,6	10,4
	2	1	,9	2,6
	5	7	6,4	18,5
	6	1	,9	2,6
	7	2	1,8	5,2
	8	1	,9	2,6
	10	9	8,2	23,7
	12	1	,9	2,6
	15	7	6,4	18,5
	16	1	,9	2,6
	20	2	1,8	5,2
	25	1	,9	2,6
	27	1	,9	2,6
	Total	38	34,5	100
Perdidos en el Sistema		72	65,5	
Total		110	100,0	

CUANTO TIEMPO USO LA PRIMERA PRÓTESIS: Dentro de los que usaron prótesis el mayor porcentaje 8,2% la usó 10 años.

### TIEMPO DE USO DE LA SEGUNDA PRÓTESIS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Validos	1	4	3,6	11,0
	2	1	,9	2,7
	3	2	1,8	5,5
	4	1	,9	2,7
	5	7	6,4	19,6
	6	1	,9	2,7
	7	1	,9	2,7
	8	2	1,8	5,5
	10	10	9,1	27,8
	12	1	,9	2,7
	15	2	1,8	5,5
	16	1	,9	2,7
	20	3	2,7	8,2
	Total		36	32,7
Perdidos en el Sistema		74	67,3	
Total		110	100,0	

TIEMPO DE USO DE LA 2ª PRÓTESIS: Encabeza en mayor cantidad de años que representa 10 años un 9,1%

### TIEMPO DE USO DE LA 3ª PROTESIS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	1	1	,9	6,2
	5	7	6,4	44,1
	6	1	,9	6,2
	7	1	,9	6,2
	10	6	5,5	37,9
	Total		16	14,5
Perdidos en el Sistema		94	85,5	
Total		110	100,0	



TIEMPO DE USO DE LA 3ª PRÓTESIS: En cambio la 3ª prótesis en 10 años de uso representa un 5,5%

### USABA HABITUALMENTE SU PRÓTESIS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Validos	si	94	85,5	89,52
	no	11	10,0	10,48
	Total	105	95,5	100
Perdidos en el Sistema		5	4,5	
Total		110	100,0	

USABA HABITUALMENTE SU PRÓTESIS: La mayoría informa en una alta frecuencia usar habitualmente su prótesis.

### CUANTAS PROTESIS CAMBIÓ EN ESTOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	Ninguna	38	34,5	40,4
	La misma	45	40,9	47,9
	Una prótesis	11	10,0	11,7
	Total	94	85,5	100
Perdidos en el Sistema		16	14,5	
Total		110	100,0	

CUANTAS PRÓTESIS CAMBIO EN ESTOS ULIMOS 2 AÑOS: La mayoría de los indagados usa la misma prótesis en los últimos 2 años.

1ª Pregunta abierta en la primera ENTREVISTA:

¿QUÉ ESPERA DE LA NUEVA PRÓTESIS DENTAL?

2ª Pregunta abierta en la segunda ENTREVISTA:

¿CÓMO SE SIENTE CON SU PRÓTESIS? ¿ES LO QUE ESPERABA? ¿POR QUÉ?

### MATRICES DE DATOS

	Estético	Tráfico	Comunicación	Recomendación de conocidos
1-Estoy contenta, en la Facultad son serios				*
2- Está bien, pero duele		*		
3- Estoy contenta, no se cae		*		
4- Lo esperado, es cómoda		*		
5- Está bien, no me cambió las facciones.	*			
6- Queda bien y puedo comer		*		
7- Es más nueva, espero que me vea bien.	*			
8- Espero que me quede bien	*			
9-Estoy contenta, es liviana aquí son serios	*			*
10- Está mejor de la que tenía	*	*		
11- No me cobraron y queda bien	*			*
12- Estoy conforme	*	*		
13- Muy bien, aunque se mueve		*		
14- Tengo 10 años menos	*			
15- Funciona bien	*	*		
16- Me hacía falta		*		
17- Esperaba que sea mejor	*	*		
18- Es lo que esperaba	*	*		
19- Me gusta, puedo comer		*		
20- Es buena se mueve la inferior		*		
21- Es buena pero no la domino		*		
22- Regia y linda	*			
23- Cómoda, me gusta	*	*		
24- Me gusta, no me acostumbro	*	*		
25- Es lo que esperaba	*	*		
26- Me siento bien	*			
27- Bienestar	*			

28-Me hacía falta	*	*		
29-Anda bien		*		
30-Es linda y no lastima	*	*		
31- Me gusta	*			
32- Me veo más joven	*			
33- Estéticamente muy buena	*			
34- Me queda bien, estoy conforme	*	*		
35- Puedo comer bien		*		
36- No molesta la puedo usar	*	*		
37- Superó mis expectativas	*	*		
38- Es muy cómoda	*	*		
39- La puedo usar	*	*		
40- Puedo comer		*	*	
41-Me gusta aunque mi encía está gastada	*	*		
42- Salió bien, se preocuparon				*
43- Es bonita, puedo comer	*	*		
44- Espero comer bien		*		
45- Me gusta, trabajaron mucho	*	*		*
46- Anda bien		*		
47- Bien, se mueve un poco		*		
48- Bien, está firme		*		
49- Es lo que esperaba, la uso	*	*		
50- Me gusta, puedo hablar	*			
51- Estoy chocha, queda bien	*		*	
52- Buena a pesar de mi boca difícil		*		
53- Puedo comer		*		
54- La siento cómoda		*		
55- Está bien echa		*		
56- Queda bien, me trataron muy bien	*			
57- Bien y hasta puedo comer		*		
58- Puedo comer, me veo más joven	*	*		
59- Me queda bien, no me adapto todavía	*	*		
60- Excelente, hablo bien			*	
61- Es linda y la uso	*	*		
62- Puedo comer		*		
63- Conforme, lo esperaba	*	*		
64- Puedo usarla	*	*	*	
65- Pusieron ganas y puedo comer		*		*
66- Tengo con qué comer		*		
67- Mejor de la que tenía		*		
68- Se mueve poco, dicen los profesores que quedará mejor con el uso y más fija		*		

69- Puedo hablar bien		*	*	
70- Feliz, puedo comer y hablar			*	
71- Me cambió la vida, puedo sonreír	*			
72- Vine recomendada, no falló				*
73- Queda bien, puedo comer	*	*		
74- Bien confeccionada y cómoda		*		
75- Contento, no lastima		*		
76- Me gusta, puedo comer		*		
77- No me acostumbré, me veo más joven.	*			
78- Conforme	*	*		
79- Bien, porque puedo comer		*		
80-Buena, los profesores saben				
81-Bien, antes me la sacaba a cada rato ahora no.	*	*		*
82- Me gusta la siento firme	*			
83-Me queda bien		*		
84- Tengo que acostumbrarme		*		
85-No se cruza		*		
86-Está bien aunque no fue rápido		*		*
87- No deja de ser postizo, está mejor		*		
88-Bien pero cuesta				
89-Mejor de lo que esperaba porque no me cambió las facciones.	*			
	*			
90-Queda mejor, es más nueva	*			
91-Bien, todos me ven más joven				
92- Me estoy acostumbrando y puedo comer y hablar		*	*	
		*	*	
93- Está mejor para comer y hablar				
94- Me queda bien		*		
95- Hasta ahora bueno		*		
96- Es agradable, lo esperaba	*	*		
97- Está confortable	*	*		
98- La imaginé así	*	*		
99- Más o menos	*			
100-Me gusta	*			
101-Son maestros, muy bueno		*		*
102-No me acostumbré, puedo comer		*		
103-Bien pero me cuesta		*		
104-Buenísimo, y no me duele		*		
105-Lo esperaba y es cómoda		*		
106-Buena, no se cae y puedo comer				
107Ya lo sabía, queda bien porque la hicieron en la Universidad	*	*		*

108-Bárbaro, es confortable		*		
109-Bien, a mi hijo también le fue bien aquí		*		*
110-Es lo que pensé, me siento bien		*		

Las contestaciones permiten a un sujeto dar repuestas en una o en varias categorías; o sea, las repuestas **no son excluyentes**.

La mayoría hace referencia a la cuestión trófica como:

*“Está bien pero duele”*

*“Estoy contenta, no se cae”*

*“Lo esperado, es cómoda”*

Pero pueden entrar en 2 categorías como:

*“Estoy contenta es liviana aquí son serios”*

*“Está mejor de la que tenía”*

*“No me cobraron y me queda bien”.*

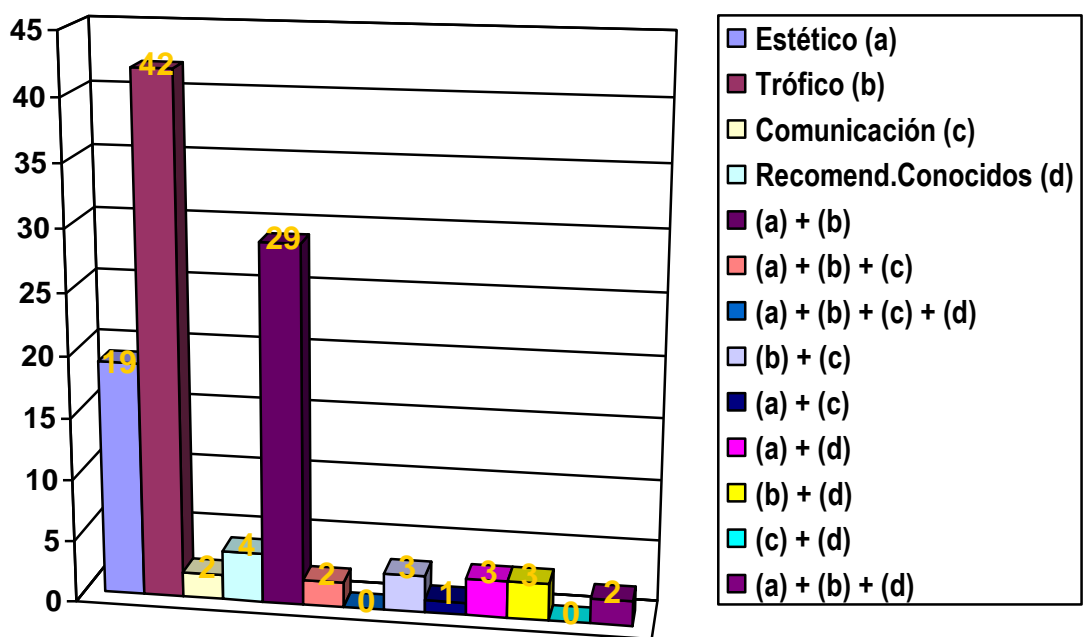
También puede estar encuadrado en varias categorías:

*“Me gusta, trabajaron mucho puedo usarla”*

*“Puedo usarla”.*

Si bien la mayoría hace referencia a la cuestión TRÓFICA, le sigue ESTÉTICO y luego RECOMENDACIÓN DE CONOCIDOS y finalmente COMUNICACIÓN con pocos casos.

Variables	Valores
Responden a lo estético	19
Responden a lo trófico	42
Responden a la comunicación	2
Responden a la recomendación de conocidos	4
Responden a lo estético y trófico	29
Responden a lo estético, trófico, comunicación y recomendación de conocidos.	2
Responden a lo trófico y comunicación	3
Responden a lo estético y comunicación	1
Responden a lo estético y recomendación de conocidos	3
Responden a lo trófico y recomendación de conocidos	3
Responden a la comunicación y recomendación de conocidos	0
Responden a lo estético, trófico y recomendación de conocidos	2



## Instrumento 2°

### ESCALA DE AUTOESTIMA DEL ANCIANO( SEGÚN GRASSO LIVIO)

ENCUESTA DE 1° Y 2° ENTREVISTA.

#### ENCUESTA 1: LA GENTE JOVEN RESPETA A LAS PERSONAS MAYORES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	27	24,5	24,8
En desacuerdo	69	62,7	63,3
Muy de acuerdo	0	0	0
Muy en desacuerdo	13	11,8	11,8
Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema	1	,9	
Total	110	100,0	

#### ENCUESTA 2:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	40	36,4	36,7
En desacuerdo	65	59,1	59,6
Muy de acuerdo	0	0	3,7
Muy en desacuerdo	4	3,6	100
Total	109	99,1	
Perdidos en el Sistema	1	,9	
Total	110	100,0	

LA GENTE JOVEN RESPETA A LAS PERSONAS MAYORES: Similar la 1ª entrevista a la 2ª, la mayoría está en desacuerdo aunque en menor frecuencia en la 2ª entrevista.

**ENCUESTA 1: LAS PERSONAS ANCIANAS SON UN PROBLEMA PARA LOS DEMÁS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	0	0	0
En desacuerdo	65	59,1	59,1
Muy de acuerdo	42	38,2	38,2
Muy en desacuerdo	3	2,7	2,7
Total	110	100,0	100

**ENCUESTA 2:**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	50	45,5	46,0
En desacuerdo	59	53,6	54,0
Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema	1	,9	
Total	110	100,0	

**LAS PERSONAS ANCIANAS SON UN PROBLEMA PARA LOS DEMAS:**

La 1ª entrevista representa el 38% y éste porcentaje es literalmente menor que casi el 54% en desacuerdo de la 2ª entrevista.

**ENCUESTA 1: A LAS PERSONAS MAYORES NO SE LAS CONSIDERA COMO DEBERÍA SER**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Muy de acuerdo	7	6,4	6,4
De acuerdo	92	83,6	83,6
En desacuerdo	11	10,0	10,0
Total	110	100,0	100,0

**ENCUESTA 2:**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Muy de acuerdo	3	2,7	2,7
De acuerdo	89	80,9	81,6
En desacuerdo	17	15,5	15,7
Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema	1	,9	
Total	110	100,0	



A LAS PERSONAS MAYORES NO SE LAS CONSIDERA COMO DEBERIA SER: Manifiestan estar de acuerdo en la 1ª entrevista dando un 83,6% disminuyendo notablemente en la 2ª entrevista casi un 80,9%.

**ENCUESTA 1: YA NO SOY TAN FELIZ COMO ANTES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	55	50,0	50,0
En desacuerdo	49	44,5	44,5
Muy en desacuerdo	6	5,5	5,5
Total	110	100,0	100,0

**ENCUESTA 2:**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	22	20,0	20,2
En desacuerdo	82	74,5	75,2
Muy en desacuerdo	5	4,5	4,6
Total	109	99,1	100
Perdidos por el sistema	1	,9	
Total	110	100,0	



YA NO SOY TAN FELIZ COMO ANTES: En la 1ª encuesta están de acuerdo el 50% pero este porcentaje disminuye notablemente en la 2ª entrevista con un 20% de acuerdo.

**ENCUESTA 1: A LA GENTE NO LE IMPORTA MUCHO LO QUE A UNO LE OCURRE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Muy de acuerdo	5	4,5	4,5
De acuerdo	96	87,3	87,3
En desacuerdo	9	8,2	8,2
Total	110	100,0	100,0

**ENCUESTA 2:**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	78	70,9	72,2
En desacuerdo	30	27,3	27,8
Total	108	98,2	100
Perdidos en el Sistema	2	1,8	
Total	110	100,0	

**A LA GENTE NO LE IMPORTA MUCHO LO QUE A UNO LE OCURRE:**  
 Observando la 1ª entrevista la mayoría contestó afirmativamente con un 87%, este valor disminuye en la 2ª entrevista con un 71%.

**ENCUESTA 1: HE PERDIDO ALGUNAS CUALIDADES Y HABILIDADES QUE ANTES TENÍA**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>
Válidos Muy de acuerdo	5	4,5	4,5
De acuerdo	66	60,0	60,0
En desacuerdo	33	30,0	30,0
Muy en desacuerdo	6	5,5	5,5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**ENCUESTA 2:**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>
Válidos De acuerdo	33	30,0	30,5
En desacuerdo	71	64,5	65,7
Muy de acuerdo	4	3,6	3,8
Muy en desacuerdo	0	0	100
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>98,2</b>	
Perdidos en el Sistema	2	1,8	
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	

HE PERDIDO ALGUNAS CUALIDADES Y HABILIDADES QUE ANTES TENIA: En la 1ª entrevista los ancianos manifiestan en un 60% haber perdido cualidades y habilidades que antes tenía. Dicho porcentaje desciende en la 2ª entrevista notablemente a un 30 %.

**ENCUESTA 1: AL FIN DE CUENTAS NO ESTOY CONFORME CON MI PERSONA**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>
Válidos De acuerdo	39	35,5	35,5
En desacuerdo	64	58,2	58,2
Muy de acuerdo	0	0	0
Muy en desacuerdo	7	6,4	6,4
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

ENCUESTA 2:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	12	10,9	11,0
En desacuerdo	88	80,0	81,4
Muy de acuerdo	8	7,3	7,4
Muy en desacuerdo	0	0	0
Total	108	98,2	100
Perdidos en el Sistema	2	1,8	
Total	110	100,0	

AL FIN DE CUENTAS NO ESTOY CONFORME CON MI PERSONA: En la 1ª entrevista hubo un 35,5% de acuerdo, mientras que en la 2ª entrevista disminuye el porcentaje al 11%.

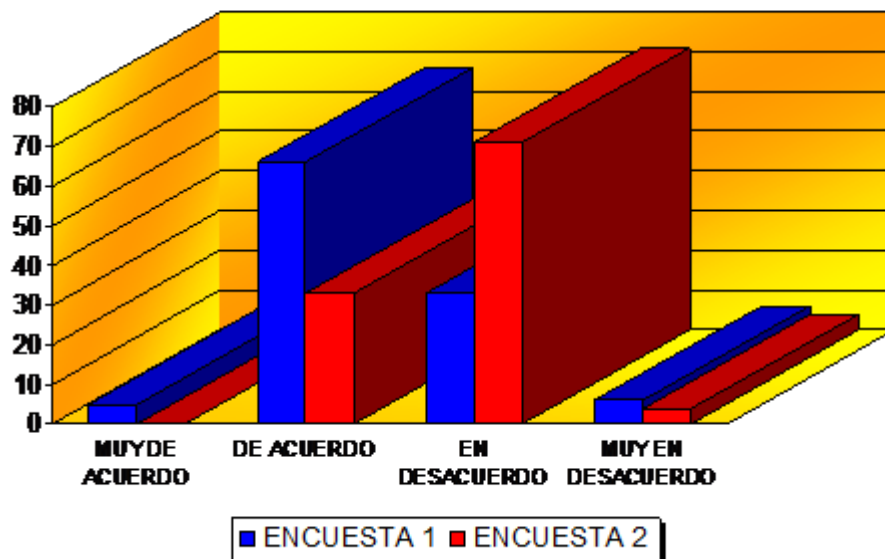
ENCUESTA 1: **MUCHAS PERSONAS PIENSAN QUE NO SOY ÚTIL PARA LA SOCIEDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Muy de acuerdo	2	1,8	1,8
De acuerdo	53	48,2	48,2
En desacuerdo	47	42,7	42,7
Muy en desacuerdo	8	7,3	7,3
Total	110	100,0	100,0

ENCUESTA 2:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos De acuerdo	26	23,6	24,1
En desacuerdo	73	66,4	67,6
Muy de acuerdo	0	0	0
Muy en desacuerdo	9	8,2	8,3
Total	108	98,2	100
Perdidos en el Sistema	2	1,8	
Total	110	100,0	

**HE PERDIDO ALGUNAS CUALIDADES Y HABILIDADES QUE ANTES TENIA**



MUCHAS PERSONAS PIENSAN QUE NO SOY ÚTIL PARA LA SOCIEDAD: En la 1ª entrevista están de acuerdo el 48% observamos que baja el porcentaje, en la segunda con una gran diferencia de 23,6%.

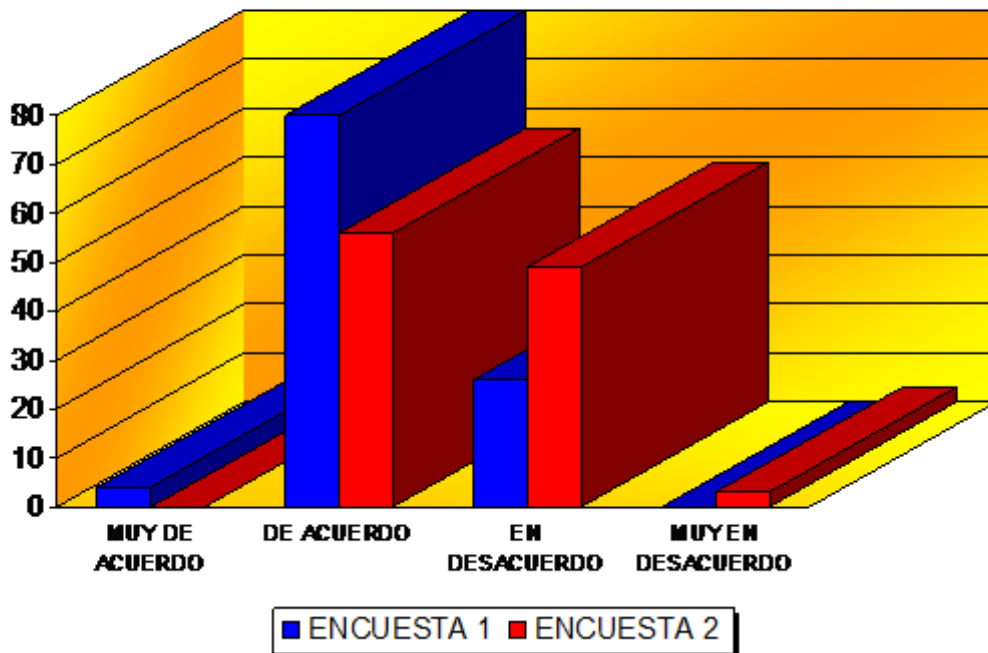
**ENCUESTA 1: POR LO GENERAL, LAS PERSONAS MAYORES NO SON VALORADAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Muy de acuerdo	4	3,6	3,6
De acuerdo	80	72,7	72,7
Muy en desacuerdo	0	0	0
En desacuerdo	26	23,6	23,6
Total	110	100,0	100,0

ENCUESTA 2:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Muy de acuerdo	0	0	0
De acuerdo	56	50,9	51,8
En desacuerdo	49	44,5	45,4
Muy en desacuerdo	3	2,7	2,8
Total	108	98,2	100
Perdidos en el Sistema	2	1,8	
Total	110	100,0	

**POR LO GENERAL, LAS PERSONAS MAYORES NO SON VALORADAS**



POR LO GENERAL, LAS PERSONAS MAYORES NO SON VALORADAS:

En la 1ª entrevista está de acuerdo un 72,7% y baja el porcentaje en la 2ª casi un 50,9%.

ENCUESTA 1: **MUCHAS PERSONAS ME NECESITAN**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Muy de acuerdo	16	14,5	14,7
De acuerdo	88	80,0	80,7
En desacuerdo	3	2,7	2,8
Muy en desacuerdo	2	1,8	1,8
Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema	1	,9	
Total	110	100,0	

ENCUESTA 2:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos Muy de acuerdo	16	14,5	14,7
De acuerdo	93	84,5	85,3
En desacuerdo	0	0	0
Muy en desacuerdo	0	0	0
Total	109	99,1	100
Perdidos en el Sistema	1	,9	
Total	110	100,0	

MUCHAS PERSONAS ME NECESITAN: Opinan estar de acuerdo en la 1ª entrevista un 80% y aumenta dicho valor en la 2ª oportunidad a un 84,5%.

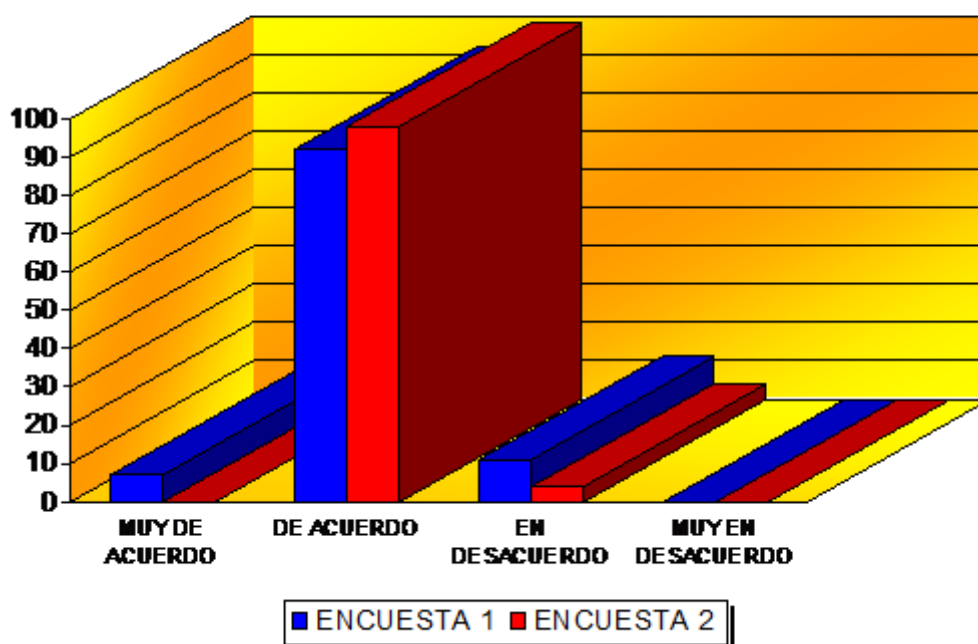
ENCUESTA 1: **TODAVÍA PUEDO ENFRENTAR LA VIDA CON MIS PROPIOS MEDIOS, COMO SIEMPRE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos: Muy de acuerdo	7	6,4	6,4
De acuerdo	92	83,6	84,4
En desacuerdo	10	9,1	9,2
Total	109	99,1	100
Perdidos por el sistema	1	0,9	
Total	110	100,0	

ENCUESTA 2:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos:	Muy de acuerdo	7	6,4	6,4
	De acuerdo	98	89,1	89,9
	En desacuerdo	4	3,6	3,7
	Total	109	99,1	100
Perdidos por el Sistema		1	,9	
Total		110	100,0	

**TODAVÍA PUEDO ENFRENTAR LA VIDA CON MIS PROPIOS MEDIOS, COMO SIEMPRE**



TODAVÍA PUEDO ENFRENTAR LA VIDA CON MIS PROPIOS MEDIOS COMO SIEMPRE: En este grupo de personas encuestadas manifiesta estar de acuerdo 1ª entrevista 83,66%, mientras que en la 2ª entrevista aumenta al 89,1%

En la Escala de Autoestima del anciano se da un valor de acuerdo al resultado del cuestionario, que se relaciona con el valor de cada pregunta que nos



indicará un número (arbitrario). Dicho valor será más elevado si se encuentran los encuestados con sentimiento de felicidad.

Esto no ocurre cuando hay tristeza o las personas está desalentadas, éstos valores anteriormente mencionados se utilizarán para la confección de las tablas.

De lo expuesto anteriormente se analizó la postura que adoptan los adultos mayores desdentados totales y se observó una actitud diferente a la 1ª entrevista después de la colocación de las prótesis completas. Las respuestas son más optimistas.

En la medición de la autoestima antes y después de la colocación de la prótesis y su integración funcional, se destaca una diferencia significativa entre el 1º y el 2º cuestionario; observándose que hay una tendencia en general de en este grupo etáreo de una actitud positiva hacia sí mismo en que se estima y se respeta, en la que se eleva la autoestima.



## DISCUSIÓN

Aunque se pudiera hablar acerca del envejecimiento de una persona o describir el envejecimiento de la sociedad como fenómenos aislados, en todo análisis significativo tendrá que analizarse el envejecimiento en el marco de una sociedad que envejece. Para que tenga significación, ese análisis requerirá de conceptos que vinculan el hecho social y el destino individual, el cambio social y la experiencia personal. Las observaciones de Battellino (1993) concuerdan con un enfoque interdisciplinario, ya que rara vez se analiza un problema específico, sino más bien una red de cuestiones complejas que no pueden resolverse mediante la aplicación de políticas convencionales basadas en disciplinas reduccionistas, o sea interactúan la política, la economía y el envejecimiento. Se descubre que la pobreza en la vejez es el resultado de la conveniencia política, de políticas erróneas y de modelos económicos inadecuados.

Analizando la postura que adoptan los adultos mayores desdentados totales, para llegar a un diagnóstico de personalidad se tendrá en cuenta la compleja interacción entre las vidas individuales, en este caso los viejos y su comunidad, la historia de su país y la relación entre este y los procesos económicos y políticos mundiales es algo que los gerontólogos y los planificadores del

desarrollo, en el mejor caso, toman como algo dado, y en el peor, pasan por alto. Lo afirman estudios de Battellino y Dorronsoro (1994).

Se considera a la vejez como expresión de las relaciones sociales fundamentales de la sociedad. Se sugiere que los perfiles de la vejez están configurados por el sistema de posiciones sociales establecidas por el estado de las relaciones sociales de producción en una sociedad determinada, lo afirma Guillermand (1991).

Dicho de otra manera, y según Rosenberg (1973) las actividades y perspectivas de un viejo se forjan durante toda una vida, por las relaciones sociales de una sociedad y su comunidad mundial. Lo que se ha aceptado como verdad universal es que el envejecimiento biológico es un proceso inevitable. Todos nosotros llegaremos a viejos, sin embargo, la manera como envejecemos y la calidad de nuestras vidas en la vejez se relacionan directamente con los recursos –intelectuales, sociales, biológicos y materiales– acumulados durante el ciclo vital. La cuestión de los recursos a los cuales tenemos acceso, se vincula directamente a nuestra posición en el proceso productivo, y, por consiguiente, a las oportunidades que se nos ofrecen a través del tiempo. Entre otros factores que hacen del envejecimiento un problema complejo de entender figura los distintos efectos diferenciales que derivan del sexo, la raza, el factor étnico, la residencia en zonas rurales y la historia (Rosenberg, 1973).

Un ejemplo de la historia de una era que ha afectado las vidas de diversos grupos de coetáneos o cohortes de edades y afectará su vejez fue el surgimiento, en el decenio de 1970, de dictadores militares en el cono Sur de América Latina. Aunque todos los cohortes de edades llevarán la impronta de estas dictaduras,

por ejemplo, la de 15 a 25 años en la época de la guerra sucia en Argentina, sufrió de incapacitación física y mental como resultado de torturas, la pérdida de amigos y colegas y la interrupción de estudios, que truncó las oportunidades de carrera. Todos estos acontecimientos afectarán la calidad de vida de este grupo en la vejez; por ejemplo, la imposibilidad de terminar una carrera afectará los ingresos de jubilación de una persona, ya que las prestaciones sociales todavía se vinculan directamente con su trabajo. (Oddone 1989).

Del otro lado de la frontera, en Chile las políticas económicas neoliberales fomentadas por un régimen autoritario crearon un nivel de desempleo que no sólo destruye las aspiraciones –la visión de futuro– de una cohorte de edades joven, de 15 a 25 años, sino que ha creado una gran cohorte de desempleos, de 40 a 50 años, que, bajo este sistema, no trabajarán más.

El desempleo durante el ciclo vital significa pobreza en la vejez, lo afirman los estudios de Organización Iberoamericana de Seguridad Social (1994).

Los mitos sobre las personas de edad a menudo se convierten en la base de creencias psicológicas y biológicas acerca de los viejos. Como señala Oddone (1989), aunque la mayoría de éstas creencias son infundadas y de orientación negativa, hay tendencia a aceptarlas como un hecho.

Aunque desde otra óptica, Flores Lozano (1990) se refiere a los estereotipos de las personas de edad, basados en observaciones limitadas o investigaciones gerontológicas de poblaciones cautivas, como las personas de edad recluidas en instituciones, contribuyen a dar legitimidad a nuestra práctica social hacia los viejos. Por ejemplo, a menudo se caracteriza a las personas de edad

como crónicamente enfermas, pasivas, pobres, seniles, asexuadas, melancólicas, atrofiadas, ineficientes, conservadoras y necesitadas de atención constante o de estar confinadas a una institución, en otras palabras, dependientes.

Tales creencias o mitos estigmatizan a los viejos y los empujan a la periferia de la sociedad. Por otra parte, también predominan creencias contrarias, como la que los viejos son personas prudentes y consejeros respetables. Según Simone Beauvoir, la preocupación por la dignidad de las personas de edad se aplicó solo en aquellas situaciones en que los viejos conservaban el poder Gascón y col,(1994).

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades concomitantes del envejecimiento parecen ser el problema que han de resolver los países. La aplicación de la ciencia en la promoción de formas de vida saludables es el desafío de los servicios de salud pública. Ello exigirá la adopción de nuevas estrategias para orientar la planificación de la salud, a fin de poner en práctica las medidas necesarias en poblaciones tan heterogéneas como las de los países en desarrollo.

Sin embargo, en la región de América Latina y el Caribe, estamos lejos de contar con un sistema global de servicios humanos. Se han señalado problemas críticos en la prestación de servicios humanos en toda América Latina .

- Fragmentación y superposición de las modalidades de prestación de servicios.
- Rivalidad de los proveedores de servicios por la jurisdicción y el financiamiento.

- Toma de decisiones sin consulta.
- Exclusión de personas necesitadas al acceso de los servicios.
- Insuficiencia de datos para fines de planificación.
- Insuficiencia de financiamiento.

Como resultado de estos problemas, muchas personas no reciben servicios de forma eficaz. Otros quedan fuera del sistema de servicios sociales y de atención de salud y no tienen, por consiguiente, acceso a la asistencia que les ayudaría a convertirse en miembros más activos y productivos de la sociedad.

Debemos tener en cuenta que los grupos más expuestos a sufrir resultados no deseados son los adultos mayores. Se identifican factores de riesgo asociados a problemas sanitarios a los que se deben diseñar y aplicar nuevas estrategias de intervención entre individuos de alto riesgo.

Un factor de riesgo son las desigualdades sociales, en la probabilidad de enfermar o morir (Battellino, 1993). Sin embargo, esta situación está contrarrestada por una expansión masiva y generalizada de la oferta de servicios e insumos en el área salud con el aumento en la fuerza de trabajo profesional, en la disponibilidad de camas sanitarias y en la incorporación de nuevos productos medicinales. No están de acuerdo Kats (1988), ya que vastos sectores de los tramos de menores ingresos en la comunidad carecen de médicos, camas hospitalarias y de medicamentos.

Es de destacar los estudios de Battellino y Bennún,(1991), quienes afirman que no todos los problemas de salud tienen la misma importancia, que no toda la población tiene los mismos problemas ni que todos los individuos poseen el

mismo riesgo de padecer daño en su salud, con lo que se deduce que se logra mayor impacto controlando los problemas más importantes y concentrando esfuerzos en individuos de alto riesgo (Battellino y Bennún,1991).

Sin embargo, estudios experimentales llevados a cabo sobre la relación de la nutrición y la masticación han demostrado que ésta no es esencial para la buena nutrición (Fishman y Helthy, 2000).

Las personas desdentadas no tienen restricciones alimentarias por su estado bucal, solamente tienden a evitar alimentos que les resulten difíciles de masticar (Pescio, 2000). No mantienen éste punto de vista Lechner y Roessler (2001) y afirman que los ancianos se alimentan con mucha dificultad. Con su demostración de que algunos mayores de 80 años con una dentición precaria en algún aspecto, mostraban hábitos de dietas pobres. Respecto a dichas dietas no está de acuerdo Farell (1956) sobre la relación entre masticación y nutrición ya que no fue esencial, una correcta prótesis dental, para mejorar el estado nutricional.

La presencia de úlceras en boca puede llegar a producir en ancianos mayores de 80 años períodos muy prolongados de anorexia. (Franks y col, 1976).

La mayoría de los tipos de terapia de drogas tienden a reducir el apetito. La administración durante un largo período de sedantes o preparaciones digitales tiende a ofrecer resistencia a ingerir alimentos.

La alimentación adecuada es indispensable en el equilibrio de la nutrición así lo destaca experimentos sobre animales de privación de proteínas que han

descubierto degeneración de tejidos de conjuntivas con cambios osteoporóticos (Sanguinetti y Sanguinetti, 1989). En cambio sobre capacidad de absorción de Hidratos de carbono no es tolerada en una ingestión muy rápida de glucosa por vía oral y parenteral en ancianos.

Los alimentos que un individuo ingiere tienen una función preponderante en su salud. La falta de ellos puede producir serias enfermedades, mientras que el consumo en exceso es conducente a enfermedades crónicas frecuentes de la edad avanzada. Modificar la ingesta de alimentos es un método efectivo para prevenir las enfermedades crónicas reduciendo así la morbilidad en la vejez. Estos conceptos pertenecen a estudios realizados por Fiske y col. (2001).

Respecto a las necesidades nutricionales se admite que las necesidades de energía de mantenimiento, medidas como metabolismo basal, descienden con la edad. Algunos estudios realizados muestran que ese descenso no alcanzó significación estadística. La reducción del metabolismo basal no es mucho más de 1 ó 2%. El descenso mayor en otros estudios transversales puede explicarse por el cambio en la proporción de la grasa corporal. Estos criterios son compartidos por estudios de Onis y Habicht (1996), además de Ritchie y col. (1997).

Otra cuestión relacionada es el consumo de fibra (residuo no digerible, a fin de garantizar una movilidad intestinal adecuada (Kuczmarski 1994). Es un componente de la dieta no muy bien definido, incluye una serie de compuestos de origen vegetal que no son absorbidos por el ser humano.



Muchos estudios sugieren que tienen un efecto protector con respecto a algunas enfermedades crónicas. Las recomendaciones son muy ambiguas en cuanto a cantidades y no se especifican a propósito de los ancianos.

Referido a las vitaminas, nada indica que las personas de edad avanzada tengan necesidades de vitaminas y minerales, diferentes que la de los adultos; en éstos conceptos coinciden algunos autores como Anderson (1977) y Fiske y col, (1998).

Se ha comprobado que la vitamina D es esencial para la absorción y utilización del calcio, es importante destacar que se activa al exponer la piel a la luz solar. ( Fries y col, 1997, Miura y col, 1997).

Es necesaria durante toda la vida y por lo tanto esencial también en la tercera edad. (Rea y Clarke, 1997).

El calcio, esencial para mantener la mineralización ósea, interviene en otras funciones reguladoras del organismo. Tiene importancia debido a la frecuencia de osteoporosis en esa edad, sobre todo en el sexo femenino. Pero la osteoporosis no sólo es debido a la deficiencia de calcio, sobre todo en la mujer, tiene la participación factores hormonales. También está relacionada con el metabolismo de la Vitamina D y el fósforo, en el balance óseo. (Miura y col, 1997).

Deberá tenerse en cuenta cuando se vean disminuidos o eliminados los productos lácteos en la ingesta (Rea y Clarke, 1997) cuando haya antecedentes de osteoporosis o fracturas recurrentes. (Maravi y col, 1996).

El hierro a pesar de no ser la principal causa, deberá contemplarse por la frecuencia con que se encuentra la anemia (de tipo hipocrómica) en los ancianos,

más elevada que en otras edades. Debe asociarse a los cambios nutricionales, la administración de medicamentos y la presencia de enfermedades. La disminución de la ingesta se manifiesta especialmente en todo tipo de carnes, por distintos factores, especialmente económicos y dentales. (Bellontoni, 1996; Morley, 1996).

Las necesidades de Zinc del organismo humano han sido de mucho interés en los últimos años, sobre todo en la nutrición de las personas de edad, considerado un nutriente esencial para el hombre de todas las edades. (Fiske y col, 2001).

Es constituyente de enzimas, y su deficiencia provoca mala cicatrización, reducción de respuestas inmunitarias y pérdida de la sensación gustativa. Esto último se ha visto en algunas investigaciones, asociado a la deficiencia de hierro. (Garry y col, 1982).

Varios estudios han demostrado que la ingesta de alimentos se encuentra disminuída en ancianos comparados con individuos más jóvenes, en un mayor grado que el observado por disminución del gasto energético. Las razones exactas de esta disminución son difíciles de encontrar, ya que involucran una serie de condiciones que directa o indirectamente pueden afectar el consumo de alimentos. Entre las mencionadas causas se encuentran las orgánicas, ejemplo problemas orales; causas psicosociales, ejemplo depresión, soledad; y causas socioeconómicas, ejemplo ignorancia. (Fiske y col, 2001).

La salud bucodental de la tercera edad ha sido poco estudiada durante largo tiempo, ya que tiende a aceptar que la degeneración de las estructuras orales forman parte del proceso normal de envejecimiento. (Maravi y col., 1996).

Aunque Rissanen y col. (1996) observaron que el efecto de cualquier malestar bucodental, la pérdida de los dientes, o las dentaduras mal ajustadas influye en la capacidad de masticación e inevitablemente en la elección de alimentos.

La pérdida de las piezas dentarias en forma completa lleva a una disminución de la ingesta de algunos nutrientes y a cambios alimenticios. La eficacia masticatoria de las prótesis dentales totales ha sido medida como seis veces inferior que los elementos naturales. (Maravi y col, 1996). Está de acuerdo en sus estudios Te–Water y col. (1996), y además agrega que una buena masticación, parece proteger contra problemas gastrointestinales.

Debemos mencionar la dificultad para masticar, lleva a tragar alimentos sin la suficiente insalivación, primer paso del proceso alimenticio. Incluso se relata como causa de accidentes por obstrucciones alimenticias, que pueden llevar inclusive a las muerte por asfixia. (Rissanen y col, 1996).

Las consecuencias de las pérdidas dentales fueron estudiadas por Flegal y son graves, pues limitan la gama de alimentos a ser consumidos en detrimento del aporte proteico y de fibras en particular. (Flegal y col, 1988).

El consumo de productos hidrocarbonados y ricos en calorías favorecen las caries y la pérdida de elementos dentarios. A su vez, el mal estado de salud bucal se convierte en factor a tener en cuenta en la desnutrición del geronte (Te–Water y col, 1996).

Esta observación es compartida por Osaki y col, (1996) y Fishmany Helthy, (2000) quienes aseguran que la repercusión funcional por el deterioro del estado

nutritivo es una consecuencia de dicha pérdida, así como el impacto sobre la autoestima y la comunicación, debido a las alteraciones en la estética y la fonación.

Si bien se observa una tendencia decreciente en la frecuencia del desdentamiento, muchos ancianos usan prótesis dentales totales que no son más que pobres sustitutos de los dientes naturales, ya que la permanente reabsorción del proceso alveolar conduce paulatina e inevitablemente, a la pérdida de estabilidad de las prótesis dentales. El uso prolongado de prótesis mal adaptadas pueden causar daños, solo en partes reversibles, en la mucosa y hueso subyacentes, como lo observaron Farrel(1956) y Wretlind (1982).

Por otra parte, hay factores ajenos a las prótesis dentales atribuidos a los tejidos de soporte protético. Se deberán considerar en el anciano portador de prótesis no confortables la presencia de osteoporosis, deficiencia protética y xerostomía. (Garry y col, 1982; Quintero Sanabria, 1993).

Además de la pérdida en cierto grado de la sensación gustativa por la edad, la restauración puede disminuir el gusto por la comida; uno de los placeres de la vida que le sigue siendo permitido al anciano. (Fishman, 1996).

Se indagó en nuestro estudio científico sobre edades en la que se observa mayor cantidad de ancianos jóvenes (60 a 64 años) a los que le siguen personas de 65 a 69 años en mayor proporción que los ancianos (viejos viejos) mayores de 70 años. La población que concurre por sus propios medios y en forma ambulatoria a la Facultad de Odontología y para ello supuestamente gozan de buena salud, sería una causa probable de ser mayoritariamente de viejos jóvenes.

Este enfoque responde a una clasificación de viejos jóvenes de 60 a 65 años (todavía pueden trabajar) y los viejos viejos, mayores de 80 años. (Chalita, 1992).

Debemos tener en cuenta tal como se utiliza en demografía y gerontología, otro enfoque que es agrupar los ancianos según cohortes: se refiere a todos los nacidos en un período determinado.

Usualmente, en distintos estudios, se señala una diferenciación entre los sexos (siempre más elevado en el femenino) siendo en éste nuestro estudio la diferencia levemente mayor que el promedio de lo que se menciona en otros trabajos. (Bates y col.1984, Wincler,1992y Papas y col, 1999).

Con respecto al sexo, el 68,8% de nuestra población es femenina.

Respecto a la participación de actividades en nuestro trabajo, la mayoría de los encuestados les interesa participar en actividades en el barrio – centro de jubilados o bien les interesa estar informados.

La muestra se tomó en la Ciudad de Córdoba y es de destacar que el 76,4% (la mayoría) pasó la mayor parte de su vida en la ciudad. Posteriormente se indagó la preferencia de compartir con la familia y el resultado es que la mayoría comparten comer en compañía y le sigue en preferencia conversar con su familia.

Comparten una situación de duelo en nuestra encuesta: pérdida de los padres (9,1%) e hijos (9%) y le sigue cónyuge (4,5%) y finalmente amigos.

Hay que puntualizar que la mayor molestia es estar solo y le sigue tomar la medicación.

En la encuesta indagamos sobre el control de la salud y un alto porcentaje la controla, aunque Berenguer da su punto de vista. Afirma que hay factores que repercuten negativamente sobre la salud bucodental del Adulto Mayor, entre las que figuran determinadas enfermedades, el temor al tratamiento odontológico, el propio proceso de envejecimiento y otros. Hizo hincapié en el hecho que la salud, es parte de la salud general y de la calidad de vida de los ancianos por lo que se debe atender adecuadamente por profesionales del sector responsable (Berenguer Gouarnalusses, 1999).

En nuestra muestra sienten bienestar respecto a su salud el 80%.

También se investiga el tiempo que hace desde que le extrajeron sus últimos dientes (no hay diferencia significativa). Usan el 86% la prótesis superior, en cambio el 63% usa prótesis inferior aproximadamente desde 20 a 30 años de uso; el resto permanece desdentado.

Debemos señalar que el maxilar inferior se halla en desventaja desde el punto de vista protético, con respecto al maxilar superior, porque tiene una zona de soporte reducida, además de la presencia de la lengua y el suelo de boca, que se complica con la gran movilidad del maxilar inferior; acompañado de una mucosa depresible y con resiliencia de la mucosa (Saizar, 1972). Esta sería una posible explicación que en nuestro trabajo el menor porcentaje de encuestados el 63% usa la prótesis completa inferior; en cambio usan la prótesis completa superior el 86%.

Respecto al nivel logrado de autoestima es importante subrayar un atributo o pilar del desarrollo a escala humana –la autodependencia–, que es una condi-

ción necesaria que debe fomentarse, si se desea que las personas de edad se hagan un lugar para sí mismas en la sociedad como miembros útiles, activos y solidarios, dotados de derechos y obligaciones.

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (1994), estudió la autodependencia y la entienden como una interdependencia horizontal, y de ninguna manera como una tendencia aislacionista por parte de países, regiones, comunidades locales o culturales. La interdependencia sin relaciones autoritarias puede cambiar los objetivos de crecimiento económico, justicia social, desarrollo personal y libertad. Por ejemplo, cuando se entiende un proceso capaz de fomentar participación en la adopción de decisiones, creatividad social, la autodeterminación política, una justa distribución de la riqueza y la tolerancia hacia la diversidad de identidades, entonces la autodependencia se convierte en un nuevo punto de partida de la articulación de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de lo personal con lo social, de lo micro con lo macro, de la autonomía con la planificación y de la sociedad civil con el Estado.

Es digno destacar el programa “New Horizons” de Canadá(1988) y un empeño similar en los Países Bajos. El fomento de la autodependencia, ya sea en la esfera política, económica, social o individual, depende de la iniciación de los procesos que motivaran esas relaciones. Por consiguiente en la esfera del envejecimiento es decisivo conciliar las iniciativas a nivel local con las fuerzas exógenas o externas a esa iniciativa. La actividad espontánea de los viejos a los acontecimientos aislados en que éstos participan, muy a menudo no trascenderán de ese momento histórico para transformarse en un movimiento social o económico, sin el respaldo de una política pública y programas pertinentes. Lo que se pide en el

desarrollo, de la escala humana es una planificación global de la autonomía local, con estrategias capaces de motivar las organizaciones embrionarias que se hallan en las comunidades de base, de manera que sean capaces de transformar su lucha por sobrevivir en opciones y alternativas vitales basados en la dignidad y la creatividad, y no en la pobreza y la degradación humana.

Respecto a la integración familiar y social de los ancianos: La información aportada por Pantelides (1988) indica que ante una situación de enfermedad “los ancianos son cuidados primariamente por su cónyuge, independientemente del sexo y mantienen la misma opinión Oddone, (1991)

Por el contrario, aquellos que están solos, sin familia o indican que no tienen a quien recurrir ante una situación de riesgo, son candidatos potenciales, y de hecho forman el perfil de los ancianos institucionalizados en hogares geriátrico. (Chalita, 1992).

La hipótesis muy difundida acerca de que el aislamiento social de los ancianos se basa, por sobre todo en la exclusión de los adultos mayores del grupo familiar, y que la causa de éste fenómeno se produce como consecuencia de la retracción de la familia extensa, que no ha sido comprobada (Mazzafero, 1999). No está de acuerdo Lopez Romero y de Miguel Sanchez (1997), quien calificó esta hipótesis como mito social. Este mito, tendría origen y sería mantenido por los profesionales que se ocupan de los problemas relativos a la vejez. Conclusiones similares se pueden obtener de estudios que completa los antecedentes de las investigaciones anteriores. (Knopoff, Oddone, 1991).



Ante un problema, los ancianos entrevistados, indicarían que recurren a sus familias, en el 72% de los casos, para solucionarlos y en pequeña proporción recurre a centro de jubilados. Esto indicaría que estas entidades cumplen con sus funciones de tipo recreativo, por satisfacer la ocupación del tiempo libre de las personas que concurren a éstos centros, pero aún no se han constituido en verdaderas instancias de participación comunitaria y de apoyo solidario, función que deberían tener como entidades intermedias. (Chalita, 1992).

Respecto a la dependencia de ingresos: “La situación de los ancianos en la Argentina”, realizada en la Secretaría de Desarrollo Social: Subsecretaría de la Tercera edad.

En el mismo estudio mencionado anteriormente una proporción bastante importante (11,9%) manifiestan que sus recursos provienen de su trabajo. Sin embargo, una parte de la población encuestada no cuenta con la edad requerida como obligatoria para acceder al beneficio de la jubilación y por lo tanto todavía puede estar trabajando.

Por otra parte, se indagó sobre los ingresos económicos, la jubilación y/o posición: en nuestro estudio descriptivo se eleva a un 26,4% y el resto, o sea 69,1% no reciben ingreso jubilatorio y/o pensión. En esta muestra se observa una población carenciada.

Es pertinente incorporar en éste análisis las conclusiones de otros estudios realizados en nuestro medio, las que indican que los jubilados manifiestan tener dificultades para afrontar con sus ingresos la compra de comida, medicamentos y

el pago de los servicios de su hogar. También manifiestan que deberían percibir una jubilación que duplicara ese monto para vivir dignamente y sin lujos.

Los que poseen doble beneficio, es decir jubilación y pensión, tienen los ingresos más importantes de la muestra y además poseen los beneficios provisionales .

En nuestra muestra (Córdoba), desde un análisis cualitativo las variables importantes para la aceptación de las prótesis totales son Calidad de la Restauración protética, la habilidad neuromuscular del paciente, la Calidad y Cantidad de saliva y los factores de orden psíquico. (Pescio, 2000).

Según los resultados de nuestro estudio no estamos de acuerdo con quienes sostienen que la “Calidad de la Restauración” es imprescindible. En muchos casos, observamos prótesis desadaptadas con más de 10 años de uso que no cubren la zona protética y se integran el esquema corporal a pesar de producir lesiones en los tejidos blandos con el consiguiente daño óseo.

Nosotros afirmamos que un paciente puede usar prótesis desadaptadas pero la siente confortable y es eficiente. En algunos casos el paciente tiene la habilidad de controlar y desarrollar los patrones neuromusculares en un largo tiempo. Este criterio es compartido por Livolsi,(1998) y (Ettinger, 1999),

En nuestro estudio cualitativo en primer lugar aparece la variable trófica anteriormente mencionada. En segundo lugar la variable ESTÉTICO = Sensación de armonía percibida por los sentidos, en éste caso la vista. Sin embargo, Zietzmann y Marinello (2000) encontraron pacientes que manifiestan confort con

prótesis con excelente función estética y buena retención; o sea, bien confeccionadas.

Consideramos indispensable insistir en la prevención con un enfoque educativo orientando la perpetuación de conductas aprendidas que permitan adoptar nuevas estrategias y a su vez los ancianos que sean agentes multiplicadores. En este sentido estamos de acuerdo en el enfoque preventivo con Morley (1996).

A partir de todo lo expuesto como consideraciones finales en ésta muestra hay mayoría de viejos jóvenes, se destaca un acentuado porcentaje de mujeres, ya que el sexo femenino tiene mayor expectativa de vida.

En general se trata de personas casadas que gozan de buena salud y con una ocupación precisa, ya sea de actividades de recreación, trabajos rentados o tareas del hogar.

Un factor de riesgo son los ingresos económicos escasos, aquí estamos en presencia de una población carenciada, otro factor de riesgo es la soledad y para evitarla busca ocupar su tiempo y a pesar de vivir con su familia necesita tener su rol definido.

Los ancianos edéntulos en su mayoría usan prótesis dentales desadaptadas, en períodos prolongados, además tienen constante miedo a extraviar sus prótesis. Esta situación no es recomendable y hace que se ocasionen patologías orales importantes, el hueso alveolar residual se muestra vulnerable y responde mediante reabsorción progresiva, que es irreversible y probablemente inevitable. Además hay problemas alimentarios, que por lo mencionado anteriormente podría evitarse mediante programas educativos.

Otra cuestión a tener en cuenta en las restauraciones protéticas, además de lo trófico, es la variable estética y los inconvenientes en la comunicación interpersonal como demanda prioritaria.

En la integración de las prótesis dentales cumple un papel decisivo, situaciones de baja autoestima con gran insatisfacción personal en la que arrastran una historia familiar con logros personales que le son propios, además de los que le asigna la sociedad.

Respecto a la Calidad de vida significa una amenaza algunas carencias respecto a necesidades físicas de sanidad: las personas encuestadas son recomendadas por conocidos a concurrir a una Institución de prestigio como la Facultad de Odontología de la U.N.C para ser atendidos como población carenciada.

Se propone formular políticas concretas y de asistencia social organizadas para atenuar situaciones críticas en los ancianos.

Las personas edéntulas sin o con prótesis desadaptadas evitan generalmente contactos sociales llevándolos inevitablemente a aislarse, es así que aparecen problemas de salud como problemas nerviosos, anemia, etc.

A estos pacientes desdentados debemos recuperarles el equilibrio perdido mecánico, biológico, funcional, anatómico, estético, psicológico y social; equilibrios que son normales en los seres humanos, dando seguridad personal y recuperando la autoestima.

El odontólogo general deberá estar capacitado para reconocer los factores de riesgo en la adaptación a los cambios del adulto mayor desdentado, diagnós-

ticar y tratar estos pacientes, en relación con otros profesionales, para alertar sobre inconvenientes que acompañan a estas alteraciones, y buscar alternativas más confortables para el logro de una mejor calidad de vida no sólo respecto a su desarrollo odontológico.



## RESUMEN

El progresivo envejecimiento de la población cobra interés creciente, debido al aumento de personas de edad avanzada generado por una disminución de la tasa de natalidad y mortalidad y por la mayor esperanza de vida. En la vejez hay un incremento de susceptibilidad a los acontecimientos y factores perjudiciales de orden biológicos que repercuten psicológica y socialmente. El objetivo de nuestro trabajo fue indagar los factores de riesgo que inciden en los anciano edéntulos para una mejor calidad de vida. En un primer instrumento se realizó una entrevista en una muestra aleatoria en 110 sujetos ancianos. Las personas entrevistadas concurren a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, para la confección de sus prótesis completas, a las que se les realizó una entrevista con dos preguntas abiertas para que la persona se explye; antes y después de la colocación de sus prótesis completas bien confeccio-nadas. Además, hay preguntas referidas a su situación bucal, psico-social y cultural. El objetivo de nuestro trabajo fue indagar los factores de riesgo que inciden en los ancianos edéntulos encontrándose como factor de riesgo la población carenciada, soledad, y en lo específico con situación bucal y uso de prótesis desadaptadas lo que disminuye la auto-estima con la consiguiente falta de comunicación (aislamiento) donde hay en alteraciones tróficas (de alimentación, postural) y estéticas como demanda prioritaria. Además significa una amenaza algunas carencias que responden a necesidades físicas de sanidad. Se realizó un análisis cuantitativo con inferencias cualitativas en entrevista cerrada. Además, se aplicó una “Escala de Autoestima del anciano” antes y después de la colocación de las prótesis, en la que se observó diferencia significativa entre ambas, con un ligero aumento de la autoestima en los ancianos indagados. Es responsabilidad del odontólogo estar capacitado para realizar trabajos con excelencia en su área de competencia detectando factores de riesgo y así lograr una mejor calidad de vida y saber relacionarse interdisciplinariamente con otras especialidades. A fin de visualizar situaciones que no sólo son de orden biológico sino psicosocial de los adultos mayores.



## SUMMARY

Due to the increase in the number of people of advanced age, and generated by the drop in the birth rate and death rate and the high life expectancy, the progressive aging of the population draws a growing interest. In old age, there is a growing susceptibility to the detrimental events and factors of biological order that have psychological and social repercussions. The objective of our work was to ascertain the risk factors that impact the elderly who are completely without teeth (toothless) for extend their life expectancy. In the first test, 110 elderly subjects were interviewed in a random sample. Those interviewed were gathered at the College of Odontology, National University of Córdoba for the making of their complete prosthesis; in which before and after the fitting of the complete prosthesis, they were interviewed with 2 open questions in order that they may become relaxed. Additionally, there were questions referring to their situation orally, psycho-socially and culturally. The objective of our work was to ascertain the risk factors that impact the elderly who are completely without teeth (toothless) and finding as risk factors population shortage, loneliness and specifically to their oral situation - the use of unsuitable prostheses, which diminishes their self esteem and the consequent lack of communication (isolation) thereby altering their nutritional intake and habits (eating, diet, posture) and aesthetics as a priority. Moreover, it signifies some deficiency threats to physical health necessities. A quantitative analysis with qualitative inferences was done in a closed interview. Also, a "Scale of Self Esteem of the Elderly" was applied before and after the fitting of the prosthesis, in which significant differences were observed between both, with a rapid increase in the self-esteem of the subjects investigated. It is the responsibility of the dental surgeon to be qualified in order to be able to achieve excellent work in their area of expertise, detecting risk factors, and as such, obtain a better quality of life and to know how to relate interdisciplinarily with other specialties. In the end, to see situations that are not only of biological order, but also psychosocial in older adults.



## BIBLIOGRAFÍA

- Abyad A, Mourad F (1996) Constipation: common-sense care of the older patient. *Geriatrics* 51:28-34, 36.
- Agnusdei CG (1996) Fisiopatología dell'osteoporosi nell' anziano. *Giorn Geront* 44: 85.
- Alderete AM. Metodología y técnica en la investigación. Ed. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 1997, pp.totales.
- Anderson DL. (1977) Death from improper mastication. *Int Dent J* 27:349-354.
- Arellano J. Elementos de investigación: la investigación a través de su informe. Ed.U.E., San José de Costa Rica, 1980, pp.totales.
- Ava Knupp MA. (1989) Nutrición y salud bucal en el anciano. *Clin Odontol Norteam* 1: 117-135.
- Bailar JC, Mosteller F. (1988) Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations. *Ann Intern Med* 108: 266-273.
- Barbagallo M (1996) Metabolismo del calcio nell'anziano. *Giorn Geront* 44:91.
- Barbagallo M, Passeri M. (1996) Nuovi orientamenti nella terapia della osteoporosi. *Gion Geront* 44: 329-336.
- Battellino LJ, Bennun FR. (1991) Niveles, tendencias y estructura de la mortalidad infantil en la Provincia de Córdoba (Argentina). *Cuad Med Sociales Rosario* 56: 45-58.
- Battellino LJ. (1993) Las desigualdades en salud y el concepto de enfoque de riesgo. *Acta Bioquim Clin Latinoam* 27:475-477.
- Battellino LJ, Dorronsoro ST. Metodología de la investigación en salud población. Ed.Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 1994, pp.totales.
- Bates JF, Adams D, Stafford GD Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. Ed. El Manual Moderno, México, 1984, pp.totales.



- Baxter JC. (1984) The nutritional intake of geriatric patients with varied dentitions. J Prosthet Dent. 51:164-168.
- Bazerque PM, Tessler, J. Método y técnicas de la investigación clínica., Ed. Toray Argentina, Buenos Aires, 1982, pp.totales.
- Bellantoni MF (1996) Osteoporosis prevention and treatment. Am Fam Physician. 54:986-996.
- Berenguer Gouarnalusses N (1999) La salud bucodental en la tercera edad. MEDISAN 3:53-56.
- Bergdahl M, Bergdahl J, Johansson I (1997) Depressive symptoms in individuals with idiopathic subjective dry mouth. J Oral Pathol Med 26:448-450.
- Berry WT (1972) Mastication, food, and nutrition. Dent Pract Dent Rec 22:349-353.
- Blalok H. Estadística social. Ed.Fondo de cultura económica, México, 1994, pp.totales.
- Blanco A. Química biológica. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 2000, pp. totales.
- Bodgan D, Taylor, S. Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1987, pp.totales.
- Boehmer U, Kressin NR, Spiro A (1999) Preventive dental behaviors and their association with oral health status in older white men. J Dent Res 78: 869-877.
- Boyd AV. (1979) Testing for association of diseases. J Chronic Dis. 32:667-672.
- Bracamonte EI. Autoestima en adultos mayores desdentados totales. Tesis de Maestría en Gerontología Fac. de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina 1999.
- Brodeur JM, Olivier M, Aldecocca C, Valiée IG, Bénigeri M, Zunzunegui MV (1995) Condición de salud bucodental de las personas mayores en Leganés. Rev Gerontol 5: 283-293.
- Bullamore JR, Wilkinson R, Gallagher JC, Nordin BE, Marshall DH. (1970) Effect of age on calcium absorption Lancet 2:535-537.
- Capuselli HO, Schvart T. Tratamiento del desdentado total. Ed. Mundi, Buenos Aires, 1980, pp.totales.
- Chalita E (1992) Modelos de asistencia gerontogeriatrica. Rev Argent Gerontol Geriatr 12:129-154.
- Chapman KM, Winter L (1996) COPD: using nutrition to prevent respiratory function decline. Geriatrics 51:37-42.

- Crosetto MA, Castro R (2002) Cambio de la vejez y su impacto en el mundo globalizado Rev Fac Cienc Med (Córdoba) 59:9-11.
- Curtis H, Barnes S, Schneck A, Flores G. Biología Médica Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2001, pp.totales.
- Day, RA. Como escribir y publicar un trabajo científico. Ed. OPS, Washington, 1997, pp. totales.
- Domenech Massons JM. Métodos estadísticos para la investigación en ciencias humanas.Ed. Herden, Madrid, 1975, pp.totales.
- Escalante Angulo J. Metodología de la investigación sociomédica. Ed. Vitral, Bogotá, 1981.pp. totales.
- Ettinger RL (1998) Changing dietary patterns with changing dentition: how do people cope? Spec Care Dentist, 18: 33-39.
- FAO/OMS. Nutrición: el desafío mundial. Conferencia Internacional sobre nutrición. OMS, Roma, 1992, pp.totales.
- Farrell JH. (1956) The effect of the mastication on the digestion of food. Br Dent J 100: 149-155.
- Ferguson G. Análisis estadístico en educación y psicología. Ed.Anaya, Madrid, 1986, pp.totales.
- Fishman P. (1996) Healthy People 2000: what progress toward better nutrition? Geriatrics 51: 38-42.
- Fiske J, Davis DM, Leung KC, McMillan AS, Scott BJ. (2001) The emotional effects of tooth loss in partially dentate people attending prosthodontic clinics in dental schools in England, Scotland and Hong Kong: a preliminary investigation. Int Dent J. 51:457-462.
- Flegal KM, Harlan WR, Landis JR. (1988) Secular trends in body mass index and skinfold thickness with socioeconomic factors in young adult women. Am J Clin Nutr 48 :535-543.
- Flórez Lozano JA. Síndrome asténico-depresivo en la actualidad. Ed.Laboratorios Elmusa, Madrid, 1990, pp.totales.
- Franks AT, Hedegard B. Odontología Geriátrica. EdLabor, Madrid, 1976, pp.totales.
- Fries BE, Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Park PS. (1997) Effect of the National Resident Assessment Instrument on selected health conditions and problems. J Am Geriatr Soc 45:994-1001.

- Garry PJ, Goodwin JS, Hunt WC, Hooper EM, Leonard AG(1982) Nutritional status in a healthy elderly population: dietary and supplemental intakes. *Am J Clin Nutr* 36:319-331.
- Gascón S, Dall'aglio J, Dalto S, Oddone J. La situación de los ancianos en la Argentina. Estudio sobre expectativas, demanda y satisfacción de las personas mayores con las prestaciones médico-sociales. Ed.Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 1994, pp.totales.
- Gotusso MJ, Platini TL, Berdicevsky N. Prostodoncia total. Ed.Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 1991, pp.totales.
- Grasso, L. Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento. Ed. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 1990, pp.totales.
- Guigoz Y, Vellas BJ (1997) Malnutrition in the elderly: the Mini Nutritional Assessment (MNA) *Ther Umsch* 54:345-350.
- Guillemard AM. Envejecimiento, edad y empleo en Europa: situación actual y perspectivas. Ed. Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, 1991, pp.totales.
- Hurson M, Corish C, Sugrue S. (1997) Dietary intakes in Ireland of a healthy elderly population. *Ir J Med Sci* 166: 220-224.
- Katz J, Muñoz A, Tafani R. Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud: reflexiones sobre el caso argentino. Ed. OPS, Buenos Aires, 1988, pp.toales.
- Knopoff R, Oddone JM. Dimensiones de la vejez en la sociedad Argentina. Ed. CEAL, Buenos Aires, 1991, pp.totales.
- Kribbs PJ (1992) Two-year changes in mandibular bone mass in an osteoporotic population *J Prosthet Dent* 67:653-655.
- Kuczmarski RJ, Carroll MD, Flegal KM, Troiano RP. (1997) Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1988 to 1994). *Obes Res* 5:542-548.
- Kuczmarski RJ. Evaluación nutricional de los adultos de edad avanzada. Nutrición en el envejecimiento. Ed. Mosby-Doyma, Madrid, 1994, pp.totales.
- Lechner SK, Roessler D. (2001) Strategies for complete denture success: beyond technical excellence. *Compend Contin Educ Dent* 22:553-559.
- Livolsi MA. La integración psicosomática de las prótesis completas defectuosas. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba. Argentina. 1989.
- López Romero A, de Miguel Sánchez C. Valoración geriátrica en atención Humana. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997, pp.totales.

- Maaravi Y, Ginsberg G, Cohen A, Stessman J, Berry EM (1996) The nutritional status of 70 year olds in Jerusalem. *Isr J Med Sci.* 32:620-5.
- Markson EW (1997) Functional, social, and psychological disability as causes of loss of weight and independence in older community-living people. *Clin Geriatr Med.* 13:639-652.
- Massler M (1980) Geriatric nutrition: the role of taste and smell in appetite. *J Prosthet Dent.* 43:247-50.
- Massler M (1984) Influence of diet on denture-bearing tissues. *Dent Clin North Am.* 28:211-221.
- Mazzafero J. *Medicina y salud pública.* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1999, pp.totales.
- McCormack P(1997) Undernutrition in the elderly population living at home in the community: a review of the literature. *J Adv Nurs* 26:856-863.
- Meirovich C, Montrull H. *Farmacología Clínica.* Ed. Eudecor, Córdoba, 1998, pp.totales.
- Miura H, Araki Y, Umenai T(1997) Chewing activity and activities of daily living in the elderly. *J Oral Rehabil* 24:457-460.
- Morley JE (1996) Anorexia in older persons: epidemiology and optimal treatment. *Drugs Aging.* 8:134-155.
- Morrisson SG (1997) Feeding the elderly population. *Nurs Clin North Am* 32:791-812.
- Naciones Unidas. Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento, 1982 Viena, Austria.
- Oddone MJ. Actitudes y motivaciones asociadas a la tercera edad. Segundo congreso de Geriátría y gerontología, Buenos Aires, 1979, pp.totales.
- Oddone MJ (1986) La jubilación del funcionario público. *Rev Just Soc* 3:25.
- Oddone MJ. Ancianidad, contextos regionales y redes de intercambio. Ed.CEIL-CONICET, Buenos Aires, 1991, pp.totales.
- Oddone MJ. Envejecimiento trabajo y jubilación, Ed.CEIL-CONICET, Buenos Aires, 1989, pp.totales.
- Oddone MJ (1999) Envejecimiento poblacional y sus implicancias en la estructura social. *Geriatr Pract* 27:18-21.
- Onis M, Habicht JP (1996) Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr.* 64:650-658.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. La situación de los ancianos en la Argentina. Estudio sobre demanda y satisfacción de las personas mayores respecto a

- las prestaciones médico-sociales. Secretaria de Desarrollo Social, Subsecretaria de la Tercera Edad. Ed, Subsecretaria de la Tercera Edad. Buenos Aires, 1994, pp. totales.
- Ortega Anta RM, Robles Agido F, Chaparro Jiménez AL(1997) Estimación de la ingesta dietética en un grupo de ancianos no institucionalizado. Rev Argent Gerontol Geriatr 17: 123-128.
  - Osaki T, Ohshima M, Tomita Y, Matsugi N, Nomura Y (1996) Clinical and physiological investigations in patients with taste abnormality. J Oral Pathol Med 25:38-43.
  - Ozawa Deguchi JY. Estomatología Geriátrica. Ed. Trillas, México, 1994, pp.totales.
  - Pantelides A. Servicios Sociales para la Tercera Edad. Ed.CENEP, Buenos Aires, 1988, pp.totales.
  - Papas AS, Palmer CA, Rounds MC, Russell RM (1998) The effects of denture status on nutrition. Spec Care Dentist 18(1):17-25.
  - Pescio J. Estado nutricional e ingesta de alimentos en adultos mayores desdentados totales que concurren a la cátedra de Prostodoncia III B. Tesis de Maestría en Gerontología Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. 2000.
  - Quintero Sanabria D. Nutrición y Alimentación del Anciano. Centro de Atención Nutricional del Anciano, Ed.Medellín, 1993, pp.totales.
  - Rea IM, Gillen S, Clarke E. (1997) Anthropometric measurements from a cross-sectional survey of community dwelling subjects aged over 90 years of age. Eur J Clin Nutr 51:102-106.
  - Rissanen PM, Laakkonen EI, Suntioinen S, Penttila IM, Uusitupa MI (1996) The nutritional status of Finnish home-living elderly people and the relationship between energy intake and chronic diseases. Age Ageing 25:133-138.
  - Ritchie CS, Burgio KL, Locher JL, Cornwell A, Thomas D, Hardin M, Redden D(1997) Nutritional status of urban homebound older adults. Am J Clin Nutr 66:815-818.
  - Ribera Casado JM, Cruz Jentoff AJ. Geriatria.Ed.DEPSA, Madrid, 1991, pp.totales.
  - Roisinblit SR (1991) El paciente geriátrico ante la prótesis. Rev Asoc Odontol Argent 79: 43-49.
  - Roisinblit SR (1993) La odontogeriatría: una necesidad actual. Rev Asoc Odontol Argent 81: 112.
  - Roisinblit SR (1993) Mesa redonda de odontogeriatría. Rev Asoc Odontol Argent 81: 113.

- Rosenberg M. La autoimagen del adolescente y la sociedad. Ed.Paidós, Buenos Aires, 1973, pp. totales.
- Rozovski J. Nutrición en el anciano. En: OPS. La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. OPS,Ed. DC. Washington, 1994. pp.245-268.
- Sabulsky J. Metodología de la investigación en salud. Ed.Kopyfac, Córdoba, 1993, pp.totales.
- Saizar P. Prótesis a placa. 6.ed. Ed,Progrental, Buenos Aires, 1958, pp.totales.
- Saizar P. Prostodoncia total. Ed. Mundi, Buenos Aires, 1972, pp.totale.
- Sanguinetti LV, Sanguinetti C. Semiología, Semiotecnia y Medicina interna. 5.ed. Ed.López Libreros Editores, Buenos Aires, 1989, pp. totales.
- Saruê HE, Bertoni N, Díaz AG, Serrano CV. El concepto de riesgo y el cuidado de la salud. Ed.OPS/OMS, Montevideo,1984, pp. totales.
- Shanahan TE (2004) Physiologic jaw relations and occlusion of complete dentures. J Prosthet Dent 91:203-205.
- Shanahan TE (2004) Physiologic vertical dimension and centric relation. J Prosthet Dent 91:206-209.
- Sierra Bravo, R. Ciencias Sociales. Análisis estadístico y modelos matemáticos. Ed. Paraninfo, Madrid, 1981, pp. totales.
- Simon R. (1986) Confidence intervals for reporting results of clinical trials. Ann Intern Med. 105:429-435.
- Slade GD, Spencer AJ, Roberts-Thomson K. (1996) Tooth loss and chewing capacity among older adults in Adelaide. Aust N Z J Public Health. 20:76-82.
- Taylor S, Bodgan YR. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ed.Paidós, Buenos Aires, 1990, pp.totales.
- Tamayo y Tamayo M. El proceso de la investigación científica. Fundamentos de investigación. Ed. Limusa, Buenos Aires, 1981, pp.totales.
- Te Water W, Jellesma-Eggenkamp MJ, Bruijns E (1996) Failure in self care and heart failure, thiamine deficiency in geriatric patients. Tijdschr Gerontol Geriatr 27:97-101.
- Videmari N. (1993) La prótesis completa. Rev Asoc Odontol Argent 81: 417.
- Von Wowern N, Kollerup G. (1992) Symptomatic osteoporosis: a risk factor for residual ridge reduction of the jaws. J Prosthet Dent. 67:656-660.
- Wallace JI, Schwartz RS (1997) Involuntary weight loss in elderly outpatients: recognition, etiologies, and treatment. Clin Geriatr Med. 13:717-735.
- Winkler, S. Prostodoncia Total. Ed. Interamericana, México, 1992, pp.totales.

- Wretling A (1982) Standards for nutritional adequacy of the diet: European and WHO/FAO viewpoints. Am J Clin Nutr. 36:366-375.
- Zitzmann NU, Marinello CP(2000) Treatment outcomes of fixed or removable implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. Part I: patients' assessments. J Prosthet Dent. 83:424-433.
- Zitzmann NU, Marinello CP (2000) Treatment outcomes of fixed or removable implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. Part II: clinical findings. J Prosthet Dent.83:434-442.