

RELACION DE CALIDAD DE VIDA, AUTOESTIMA Y SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES.

Juan Quiñones Soto, Juan Antonio, Constansde Ceceña y Oscar Alberto

Altamirano Carreón

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

En ciudad Juárez se vive la situación más adversa de México donde los modelos de investigación se convierten en respuestas desincronizadas y no planificadas a problemáticas que reclama una solución urgente por parte de las autoridades de control de los organismos gubernamentales; y es en este ámbito en el que se circunscribe el desarrollo de nuestra comunidad. Ciertamente la violencia repercute directamente en los planos de la identidad y la autoestima como lo han demostrado las investigaciones previas a este estudio donde se refiere que la violencia que se perpetua en el ambiente de la frontera afecta directamente el comportamiento de sus habitantes, sin embargo, se deja de lado la segregación de los adultos mayores, quienes sufren doble ataque de violencia, la del ambiente en que viven y la decadencia en sus funciones físico-mentales que se deben al proceso mismo del propio desarrollo.

El deterioro de las funciones físico-mentales en los adultos mayores disminuye de sobremanera su percepción funcional y se manifiesta a través de conductas alteradas y estados de ánimo variables. Con esta observación, los autores en un estudio piloto que realizan el 2007 concluyen que es altamente significativo el efecto del deterioro dental en los estados de ánimo de los adultos mayores que participaron

en el estudio, y que además se convierte en una variable significativa para perpetuar los mismos constructos de violencia.

La UACJ inmersa en un devenir recurrente de violencia, busca dar respuestas planificadas a problemas reales, de ahí el que los autores conscientes del efecto devastador que implica el deterioro de las funciones fisiológicas por falta de la dentadura en los adultos mayores promuevan la salud oral a través de la réplica confirmatoria del efecto de la pérdida de dentadura en adultos mayores en la esfera de las emociones.

El emerger de la odontología en los procesos de evaluación del efecto de sus tratamientos en los que, durante la última década, la ha llevado al trabajo interdisciplinario, a través del cual se enfoca en el bienestar y calidad de vida de sus pacientes. El presente estudio, conjuga los métodos cualitativos y cuantitativos, es un modelo teórico práctico que se focaliza en el adulto mayor, observando su conducta antes y después del implante de su dentadura total, y se apoya en la psicometría para ratificar el efecto real de los resultados en la calidad de vida y conexión con la salud y la posible perpetuación de constructos de violencia y la segregación de los viejos como manifestación de una de las aristas de la violencia.

De acuerdo con Urzua y Caqueo (2012) la interdisciplinariedad de la última década de la odontología ha reorientado y ampliado la evaluación de la técnica instrumental a la evaluación cognitiva desarrollándose la investigación en la calidad de vida. González (1977) refiere que la calidad de vida está ligada a la calidad del envejecimiento, proceso en el cual la conducta que te lleve a mejorar las condiciones de tu vida es elegible en la medida en que elegibles son individual y

socioculturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos.

La conducta que se manifiesta en el desarrollo se relaciona directamente con la salud, que de acuerdo con la OMS es un "Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", parece evidente que la autoestima juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de este estado de completo bienestar físico, mental y social. Y no sólo eso, la autoestima es un factor de protección muy importante a la hora de prevenir un trastorno de la conducta alimentaria". (Autoestima, 2013).

La imagen de la vejez tiene un componente psicosocial relacionado con el estereotipo actual, orientado hacia la juventud, al cultivo de la salud corporal para sentirse joven, verse joven. Nadie quiere llegar a viejo, porque se aleja de la juventud y se acerca a la muerte; se carga con el estigma social, y por eso debe alejarse de la sociedad, aislarse de los cuerpos perfectos, pues la vejez se convierte en una enfermedad incurable. Desde la psicología se ha estudiado la dificultad en la adaptación que llega a convertirse en una situación estresante. (Oddone M, 2001).

De acuerdo con la OMS los cambios demográficos y el reclamo del trabajo interdisciplinario requieren programas preventivos que disminuyan el efecto de la vejez en la calidad de vida de los adultos mayores puesto que entre 2015 y 2050, la población mundial mayor de 60 años casi se duplicará y pasará de 900 millones a 2000 millones en 2050. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Ese cambio demográfico tiene varias

consecuencias para la salud pública. Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad. Cuidar la salud a lo largo de la vida y prevenir la enfermedad pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer, enfermedades que deben ser detectadas y tratadas a tiempo con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias.

La acción de salud pública puede apoyarse en la capacidad de los mayores. Por ejemplo, la creciente población mundial de personas mayores desempeña un papel fundamental a través del voluntariado, transmitiendo su experiencia y conocimientos, ayudando a sus familias en el cuidado de sus miembros y aumentando su participación en la fuerza de trabajo remunerada (OMS2015)

A nivel mundial una deficiente higiene oral será la causa más común para que exista enfermedad periodontal, caries dentales, xerostomía y sobre todo la pérdida de piezas dentales. Las personas que más problemas van a presentar son las edéntulo ya que la pérdida de las piezas dentales reducirá su rendimiento masticatorio y por lo tanto su dieta se limitara a toda clase de alimentos que puedan digerir con mayor facilidad, consecuentemente causando la pérdida de peso y un debilitamiento de su sistema inmunológico razón por la cual son más predisponentes a contraer enfermedades. (Gómez M A.Silva FS, 2012). La pérdida de interés y de los hábitos de higiene se desprende directamente del tipo de personalidad del individuo y su percepción del medio que le rodea por lo tanto y de acuerdo con Neugton MJ (1996)

y Schwartzmann, (2003) la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente.

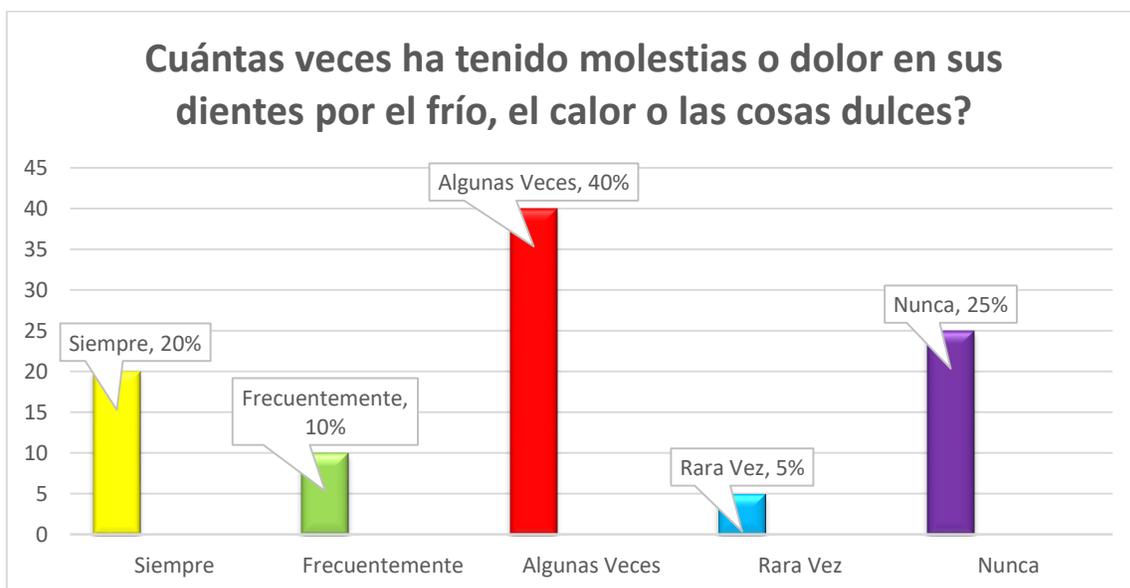
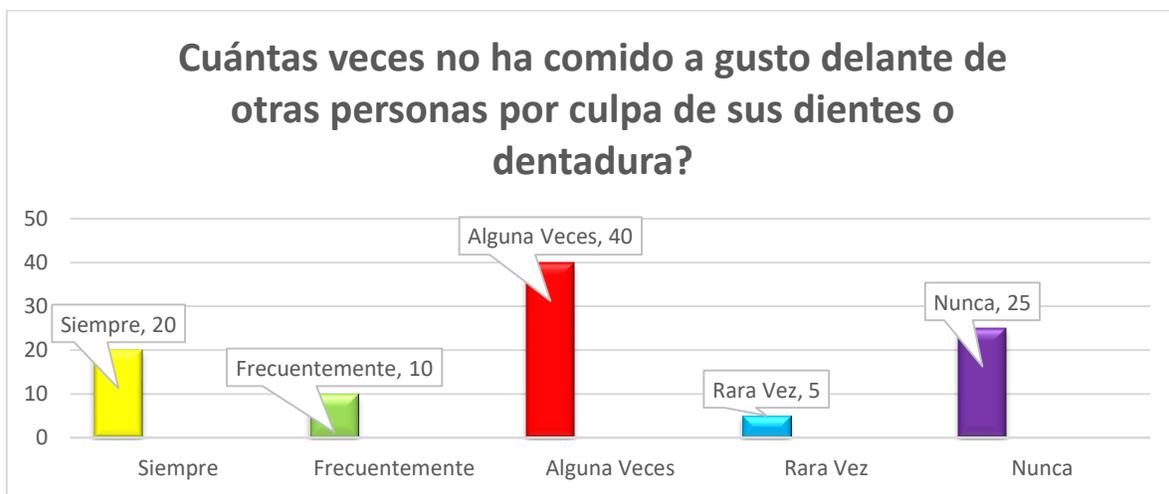
Desde esta perspectiva Bernnadi (2013) relaciona la autoestima y el bienestar con los trastornos de la cavidad oral. La relación entre calidad de vida y salud oral se convierte en una herramienta preventiva en las prácticas clínicas de la odontología promoviendo programas preventivos que se ajusten a las estructuras de personalidad de sus pacientes, coadyuvando el incremento de la autopercepción y la autoestima, cambio que según Esquivel (2012) se logra al conseguir una estética aceptable del paciente.

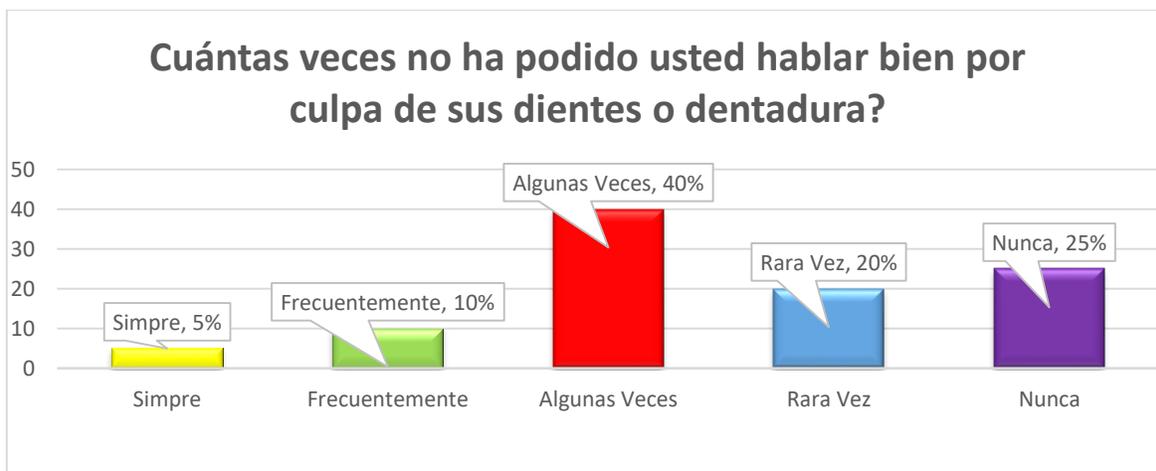
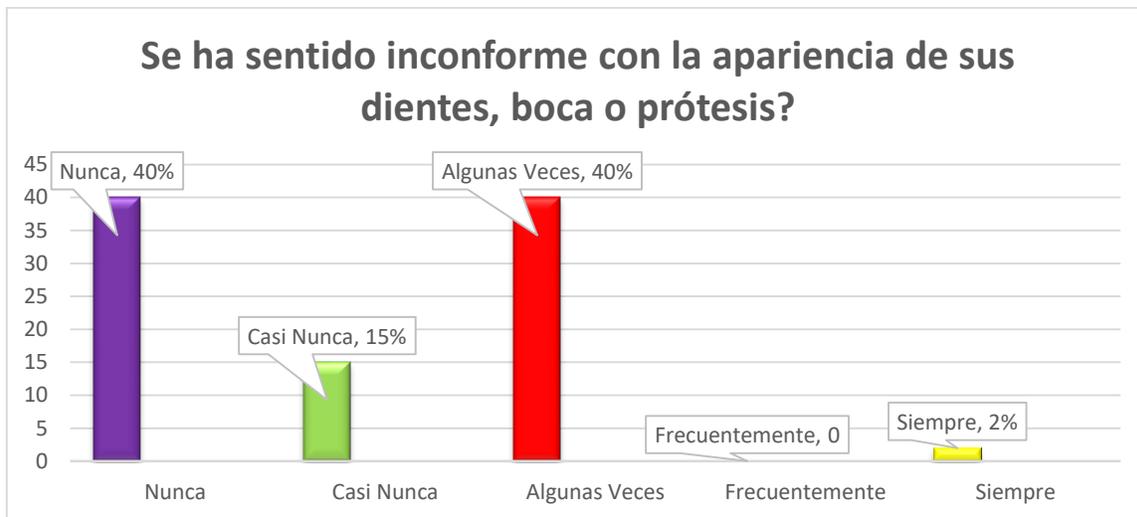
Metodología.

El estudio se lleva a cabo en la Clínica de Prostodoncia en el Programa de estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. El método es descriptivo. La población es cautiva de los usuarios de los servicios de las clínicas de la UACJ. La muestra se compone de 20 adultos mayores de entre los 60 y 75 años, 11 de sexo femenino y 9 de sexo masculino. Los instrumentos que se utilizan son el de Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral OHIP-14, el Cuestionario de Índice General de Evaluación de la Salud Oral GOHAI y por supuesto la instalación de placa dental. La información se captura en el programa estadístico Statical Packege for Social Science, SPSS, versión 22, 2013.

Resultados.

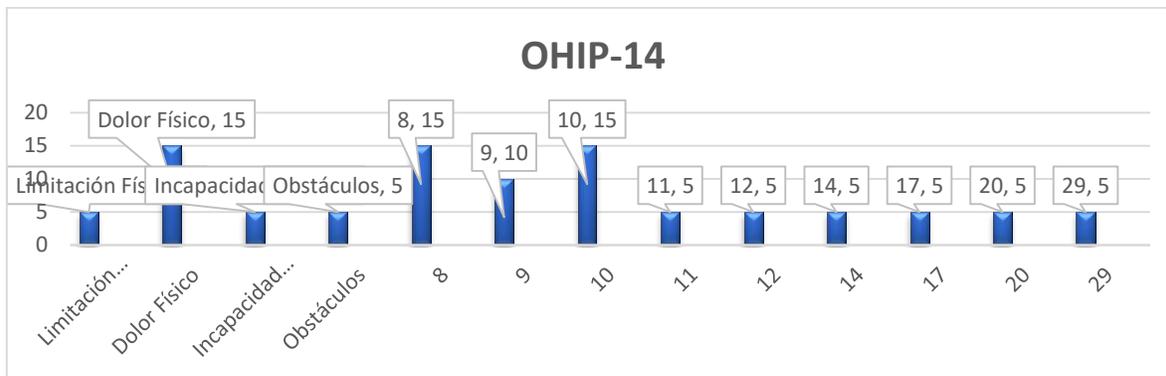
De acuerdo con los resultados obtenidos las enfermedades relacionadas con la salud oral reflejan un porcentaje medianamente significativo lo cual hace referencia a la posibilidad de que la enfermedad se suscite por cualquier otra causa. Sin embargo, la referencia del cambio en la auto aceptación y de la estética facial es significativa ya que la incomodidad por la apariencia bucal se asocia a la incomodidad relacionada con la funcionalidad de la dentadura y la incomodidad que esta presenta ante los demás.





Como puede observarse las frecuencias que se consideran significativas o medianamente significativas hace referencia al funcionamiento físico y emocional relacionado con la salud bucal. Otro tipo de trastorno no se relaciona en un nivel mediano o alto estadísticamente hablando con la salud bucal.

En cuanto a la relación de calidad de vida 3 personas de los 20 tiene dolor físico, 1 limitación de función, 1 incapacidad Social y 1 Obstáculos.



Los resultados obtenidos nos dicen que no hay una significancia entre la salud oral y la autoestima como referencia de calidad de vida por lo que se sugieren la generación de programas preventivos de primer nivel.

Discusión

Los marcos conceptuales de la vejez en nuestra sociedad son estigmas que prevalecen a pesar de los cambios teóricos y los avances tecnocráticos que día a día van abriendo nuevas perspectivas de vida, quizá ello justifique por qué no hay un cambio significativo en la percepción de la autoestima y calidad de vida antes y después de la prótesis dental total, con una actitud de resignación frente a las enfermedades comórbidas al edentulismo, y como dice (Pargament, 2006) la calidad de vida la religión y la espiritualidad son factores preponderantes en el control de las enfermedades. Ante la aceptación de la vejez, el adulto mayor no mostró ningún cambio estadísticamente significativo en cuanto la percepción de autoestima y calidad de vida antes y después del tratamiento, de acuerdo con Tarakeshwar (2006) quienes refieren que el tipo de manejo de la religión es la influencia sobre cómo se acepta la enfermedad y la calidad de vida, y más aún la autoestima. Las personas que han perdido su dentadura asociada a la edad tienen

síntomas depresivos y de aislamiento, así como alteraciones físicas y psicológicas. Por otro lado entran en consideración las costumbres de la región norte del país, donde los viejos no se abandonan, sino que reciben el apoyo de los hijos y familiares en todos los niveles, emocional, económico, social e individual entre otros, como ya lo mencionaba, (Sherbourne, 1992) et al quienes decían que lo más importante es la red de apoyo funcional, abarca los factores emocionales, empáticos instrumenta, informativo y el de valoración. Mientras que el impacto de la red de apoyo estructural es insignificante. Con base en estos factores el paciente con prótesis total continúa su percepción de autoestima sin cambio ya que las redes de apoyo están vigentes, como el tratamiento mismo, y al parecer como lo viven solo como un proceso de sobre atención merecida no reflejan ningún tipo de cambio.

BIBLIOGRAFIA

Urzúa A, C. A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica Vol. 30 No.1*, 61-71.

González U, G. J. (1997). *La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana*. Ciudad de la Habana: Acosta.

Autoestima, F. I. (2013). <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/autoestima>. Obtenido de <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/autoestima>: <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/autoestima>

Oddone M, S. L. (2001). *Caracterización psicosocial de la vejez. En: Informe sobre tercera edad*. Buenos Aires Argentina: Secretaria de tercera edad.

OMS. (27 de Septiembre de 2015). <http://www.who.int/features/qa/42/es/>. Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/42/es/>: <http://www.who.int/features/qa/42/es/>

Gómez M A.Silva FS, C. e. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Rev Estomatol Herediana*, 22(2): 77-81.

Naughton MJ, S. S. (1996). Psychological aspects of health-related quality of life measurement: test and scales. En *Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials*. (págs. Cap.15 117-131). New York, Lippincott-Raven : Spink B.

Schwartzmann, L. (Dic de 2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. (ISSN 0717-9553), págs. vol.9, no.2, p.09-21.

Bernnadi, D. &. (2013). Oral health related quality of life. *J.Int. Soc. Prev. Community Dent.*, 3(1):1-6.

Esquivel RI, J. J. (2012). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista de ADM*, 69-75.

Tarakeshwar, N. V. (2006). Religious coping is associated with quality of life of patients with advances cancer. *Journal of palliative medicine*,9(3).

Pargament, K. A. (2006). Spiritual resources and atruggles in coping with medical illness. *Southern Medical journal*, 99.

Sherbourne, C. M. (1992). Social support and stressful life events: age differences en their effects on health-related quality of life among chronically ill. *Quality of Life Research*, 1(4).