

# INFLUENCIA DE LA BOCA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS

**Dairo Javier Marín Zuluaga**

Odontólogo, Especialista en Rehabilitación Oral

Universidad Nacional de Colombia

Profesor Facultad de Odontología U.N. (FOUN)

Coordinador Grupo de Odontología Geriátrica (FOUN)

## Resumen

La población anciana del mundo aumenta un 1.7% anualmente y Latinoamérica y Colombia no son ajenas a este fenómeno el cual plantea retos de tipo económico, político y social para los estados y para las instituciones formadoras de profesionales de salud. La boca desempeña funciones tanto biológicas como sociales y la alteración de la salud bucal altera estas funciones afectando la calidad de vida de los individuos. Para ofrecer un tratamiento odontológico a un anciano, es necesario tener en cuenta las condiciones normativas (visión profesional) y realistas del paciente (situación funcional, cognitiva, económica) con el fin de garantizar la mejor alternativa para cada persona en particular. La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercute de manera significativa en su calidad de vida y la responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos de la profesión Odontológica sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades y particularmente en todas las familias en cuyo interior hay alguna persona adulta mayor.

## Abstract

Ancient population increases 1.7% annually and Latin America and Colombia are not absent to this experience which implies certain economic, political and social challenges to the states as well as the health professional formation institutions. Mouth perform either a biological and a social function and a disturbance of the oral health compromises those latter functions fall upon the individual quality of life.

In order to offer an odontological treatment to an older it is necessary to be aware of the normative conditions

(professional view) as well as the realistic patient's condition (functional, cognitive and economic situation) to assure the best alternative to each person. Recuperation and maintenance of oral health and functionality in the older rebound, in a significant way, not just on the hands of the Odontological profession but on all the health professions and particularly on the hands of the family since there will be an adult member.

## Introducción

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la población mundial envejece el 1,7% anualmente y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente 1.100.000.000 de personas mayores de 60 años en el mundo; de este total, según el Centro Latinoamericano de Demografía, 82.000.000 estarán en América Latina. El aumento de la población adulta mayor o de tercera edad, se debe entre otros aspectos a la reducción de las tasas de mortalidad infantil, de fecundidad (pasa de 5.96 en 1960 a 2.84 en el 2000, para Latinoamérica) y al aumento de la expectativa de vida. Al aumentar la proporción de personas de tercera edad, se presentan retos de tipo económico, social y político que exigen a los estados y a las autoridades competentes la generación de políticas que permitan solucionar las necesidades de este grupo de población. Este fenómeno de envejecimiento poblacional es más marcado en los países desarrollados, pero el tercer mundo y particularmente Colombia vienen presentando una situación similar aunque menos acentuada. De acuerdo a datos de un estudio realizado por la cámara de comercio de Bogotá, en el año 1991, existían en el país aproximadamente 2.000.000 de personas mayores de sesenta años, equivalentes al 6,2% de la población total; para ese mismo año el promedio de edad de la población era de 22 años, lo que carac-

terizaba nuestra población como adulta joven; el mismo estudio estimó que en el año 2000, las personas de tercera edad o mayores de 60 años equivaldrían al 6,8% de la población, con un promedio de edad para entonces de 25 años lo que coloca al país como un país con una población adulta y para el año 2025 se espera que el 13% de la población colombiana sea mayor de 60 años (1,2,3).

## Funciones del sistema estomatognático

Podría decirse que el sistema estomatognático, el cual está compuesto por todos los elementos que se encuentran dentro de la cavidad bucal, tiene dos grandes grupos de funciones: en el primero encontraríamos aquellas funciones que podrían llamarse fisiológicas (incidir y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de nutrición y deglución, humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa, el saborear los alimentos -gusto-, articulación del lenguaje); en el segundo estarían unas funciones fundamentales para todo ser humano que podríamos llamar de interacción social (comunicación por medio de palabras y/o gestos, reír, sonreír, besar, coquetear, sexo, etc.).

Si se hace una reflexión consciente alrededor de estas funciones, entonces entenderíamos cuál es la influencia de la cavidad bucal en la calidad de vida de los individuos. Cuando se tiene salud bucal, o cuando ésta se pierde, las funciones anteriormente enunciadas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo (la biológica y la psicosocioafectiva); esta reflexión necesariamente obliga a todos los profesionales del área de la salud, pero también de las ciencias humanas y sociales a recontextualizar no solo la cavidad bucal sino su mirada del individuo y de su labor profesional, pero también constituye un llamado a todas las personas para hacerse más conscientes de su boca y de la importancia de su cuidado.

## Calidad de vida

Existe un concepto desarrollado por la cultura japonesa denominado *ikigai* (4), el cual se refiere a la calidad de vida de los individuos y que se compone de tres elementos:

**1. Calidad objetiva de vida:** Este aspecto contempla todos los elementos materiales que determinan

la forma de vida de las personas, midiendo el nivel de satisfacción de necesidades básicas, además de su soporte emocional.

**2. Deseo de vivir:** Son las ganas que se tienen de vivir o no.

**3. Percepción del sentido de la vida:** Es el para qué vivir, constituye el norte que cada persona ha definido para su vida, cuál es su función en este mundo.

Los tres elementos al combinarse de forma particular determinan para cada persona de manera singular el **objetivo para vivir y el impulso para conseguirlo**.

Este concepto del *ikigai* constituye una invitación, en este caso particular de la salud bucal, a que los Odontólogos trasciendan en su ejercicio profesional aportando de manera significativa al mejoramiento de la calidad de vida de sus pacientes.

Es poco lo que hoy conocemos acerca de la salud bucal en el anciano, entendiendo ésta no solamente como la presencia o no de patologías bucales, sino además como la percepción que éste tiene sobre su boca. Por tanto **necesitamos saber cómo se sienten los viejos sobre sus dientes y su boca y el impacto de éstos sobre su vida diaria**. Marshall (5) en 1991 decía que condiciones similares generan evaluaciones diferentes porque la interpretación del estado de salud es influenciada por la salud misma y por los valores personales, -podría agregarse además la historia de vida-; esto significa que dos personas ante una condición morbosa no solamente tendrán una percepción diferente de la misma; además ésta se manifestará de forma distinta en cada uno y su actitud ante ella será también distinta, particularmente en la tercera edad donde la carga histórica es mucho mayor y donde existen otros factores como enfermedades sistémicas, situación económica, soporte emocional, que determinan que el anciano en algún momento ponga sus quejas bucales en un segundo lugar.

## Mitos acerca de la cavidad bucal

Las generaciones que nos han precedido y que han sido los viejos que hemos conocido tuvieron acceso muy limitado a los servicios de salud, crecieron en épocas de escaso desarrollo científico y tecnológico de la Odontología y cuya práctica estuvo en gran medida en

manos de empíricos; todo lo anterior además de prácticas social y culturalmente arraigadas como la extracción indiscriminada de los dientes para ser reemplazados por prótesis principalmente totales, llevó a que normalmente se llegara a la vejez siendo desdentado. Alrededor de las condiciones de la boca de los viejos se tejió entonces una serie de concepciones e interpretaciones erróneas, las cuales afortunadamente en la actualidad vienen cambiando. Entre éstas pueden ser citadas las siguientes (6):

**El proceso de envejecimiento conlleva inevitablemente a la pérdida de los dientes:** Desde el año 1995, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, cambió las clínicas de prótesis total que existieron durante más de 50 años, por la Clínica Integral del Geronte, en la cual se da atención exclusivamente a personas mayores de 55 años, en todas las necesidades de salud bucal, esto debido a la percepción hasta ese entonces un poco empírica de un cambio en las características orales de los viejos que se atendían. En una investigación realizada en el año 2000 (7), con pacientes de esa clínica, se verificó que la mayoría de las personas atendidas allí tenían varios dientes naturales remanentes (11 en promedio), lo que está en concordancia con el último estudio nacional de salud bucal (1998). Así, con los cambios en los servicios de salud, mayores posibilidades de acceso a los mismos, la influencia de los medios de comunicación y de las grandes casas comerciales de productos odontológicos y una mayor valoración de la dentición natural, cada vez un mayor número de personas llega a la tercera edad conservando buena parte de su dentadura natural.

**Los dientes, naturales o artificiales, son esenciales para la buena nutrición:** Si bien el proceso de trituración de los alimentos, de formación del bolo alimenticio y de desdoblamiento de carbohidratos inicia en la cavidad bucal, no debe asociarse la falta de dientes o el uso de prótesis totales en los viejos, con un inadecuado estado nutricional. El deterioro de la salud bucal en el anciano, genera cambios en la composición de su dieta, disminuyendo el consumo de alimentos duros como carne y aumentando el de carbohidratos, lo cual aumenta el riesgo de malnutrición. En una persona con problemas que le impidan el consumo de una dieta balanceada, debe ofrecerse los alimentos en una preparación que le permita su consu-

mo sin inconvenientes, como papillas, sopas, cremas, carne molida, etc.

**Quienes usan prótesis totales no requieren ir al odontólogo:** En la investigación citada anteriormente se encontró que la mayoría de las lesiones bucales en tejidos blandos (encías, mucosas) estaba asociada al uso de prótesis en malas condiciones (desadaptadas). Con la pérdida de los dientes, el hueso de los maxilares se reabsorbe de manera crónica y progresiva, lo que hace necesario que las prótesis deban cambiarse cada cinco años, lo cual no se presenta en la realidad cuando la mayoría de los usuarios de prótesis totales han tenido las mismas por periodos de tiempo que oscilan entre los 10 y los 45 años; si a esto se le agrega que hacen uso de éstas las 24 horas del día, sin retirarlas durante la noche para permitir a los tejidos su recuperación, se configura un cuadro que favorece la aparición de lesiones inflamatorias, ulcerativas e hiperplásicas. Por tanto aun las personas que no tienen dientes naturales y que usan prótesis totales y/o parciales, deben asistir periódicamente a consulta odontológica.

**La sequedad oral -xerostomía- es un cambio propio de la edad:** Los primeros estudios en ancianos se realizaron en personas residentes en instituciones geriátricas, los cuales normalmente presentan patologías sistémicas y consumen múltiples medicamentos; esto creó una serie de errores que atribuían cambios o características comunes en estos ancianos institucionalizados como característicos del proceso normal de envejecimiento. La hipofunción de las glándulas salivales, consistente en disminución de la cantidad de saliva producida, conocida normalmente como xerostomía, fue uno de los cambios que inicialmente se tomó como normal en los ancianos. En la actualidad, cuando se cuenta con estudios realizados en ancianos saludables, se sabe que esto no es así: normalmente se debe al efecto colateral de los medicamentos consumidos, pues existen más de 400 de ellos reportados como generadores de xerostomía.

**Solamente se necesita ir al odontólogo cuando hay dolor:** Es necesario fomentar en la población general, pero particularmente en los ancianos, la costumbre de asistir regularmente a citas de control odontológico; esto haría que patologías de progreso crónico, como por ejemplo la Enfermedad Periodontal, sean diagnosticada-

das y tratadas a tiempo, al igual que el diagnóstico temprano de lesiones malignas o premalignas.

**Una lesión indolora en boca no es cáncer:** Con el aumento de la edad, se presenta un incremento de las lesiones malignas y el 5% de éstas tienen asiento en la cavidad bucal, de ahí que cualquier lesión en boca, que no sana, con aspecto blanquecino o ulceroso, y que no revierte al adaptar prótesis presentes desadaptadas, debe ser biopsiada para descartar una lesión maligna o premaligna.

### Accesorios para la higiene oral

En ocasiones se hace necesario el uso de algunos aditamentos o la adaptación de los mangos de los cepillos dentales, para facilitar la higiene oral en personas ancianas con limitaciones debidas a enfermedades neurodegenerativas, como las demencias, Enfermedad de Parkinson, Artritis Reumatoidea, entre otras.

Hoy se encuentran en el mercado aparatos portadores de seda dental, que facilitan el uso de ésta a personas con limitaciones físicas y/o cognitivas; los enjuagues dentales, particularmente los que contienen clorhexidina, resultan de utilidad también en personas que no pueden realizar una adecuada higiene, debido a su efecto inhibitorio sobre la formación de placa bacteriana; los cepillos eléctricos resultan también una ayuda, al igual que el uso de cepillos interdetales para limpiar prótesis fijas o espacios creados entre dos dientes contiguos; finalmente cuando se tienen dificultades para agarrar el mango del cepillo, su adaptación mediante diferentes materiales que aumenten su grosor (plástico, mangos de goma, etc.), facilita su manejo.

### Cambios percibidos en la cavidad bucal

Estos son algunos de los cambios que pueden ser percibidos por los viejos actuales, a medida que han envejecido: disminución en el número de dientes, bien sea a causa de caries dental o Enfermedad Periodontal; dificultad para comer cosas duras lo cual lleva al cambio de su dieta por alimentos más blandos (ricos en carbohidratos); el uso de prótesis por largos periodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente (cada cinco años), puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación debido a la desadaptación de dichas prótesis, si esto se suma a su uso durante las

24 horas del día, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico (estomatitis subprótesis, hiperplasias); finalmente, la pérdida de los dientes hace que la función que estos cumplen de estimular el hueso de los maxilares para que se conserve su altura, se pierde, conllevando a la reducción crónica, acumulable y progresiva de la altura y espesor de los maxilares en las zonas que contenían los dientes (rebordes alveolares), produciendo y/o acentuando el deterioro de la apariencia facial.

Así el estado de salud bucal en el anciano será el resultado de la edad, de los hábitos de higiene y cuidado bucal, del sitio de residencia de la persona (en el seno de su familia o en una institución geriátrica), del tiempo de institucionalización y del grado de incapacidad física, de la posibilidad de acceso a los servicios de salud y de las concepciones y valoración de la salud bucal (8).

### Necesidades y plan de tratamiento

Nordenram y otros (9), plantean la necesidad de mediar entre las necesidades de tratamiento desde el punto de vista del Odontólogo y las del paciente, en particular dadas las condiciones especiales del adulto mayor. Desde el punto de vista del profesional las necesidades de tratamiento son denominadas normativas y son todas aquellas que aplicando el conocimiento y los principios de la profesión, el odontólogo considera necesarias para recuperar la función y salud del sistema estomatognático. Desde el paciente las necesidades son denominadas realistas y son aquellas que surgen de analizar las condiciones físicas, emocionales, económicas, el motivo de la consulta del paciente o de la persona que lo cuida. Ambos grupos de necesidades a su vez tienen categorías de acuerdo a la intensidad de las mismas, dada la presencia de patologías activas y la posibilidad de cooperación por parte del paciente. La mediación entre las necesidades normativas y las realistas permitirá el planteamiento del plan de tratamiento más adecuado para cada individuo en particular y garantizará por tanto un mejor pronóstico del mismo.

Existe sin embargo controversia acerca de brindar o no tratamiento odontológico a pacientes terminales, situación frecuente en ancianos a consecuencia de patologías como cáncer, demencias y Parkinson en sus fases finales, entre otras. Algunos opinan (10) que es-



tos son pacientes débiles que no están en condiciones de recibir el tratamiento, los costos son demasiados en relación con el beneficio, ya que las patologías bucales no ponen normalmente en riesgo la vida de los pacientes y además dadas las condiciones del paciente que le impiden ponerse al frente de su propio cuidado, el tratamiento odontológico resulta agobiador para su cuidador al representar una carga más. De otro lado se encuentran quienes consideran que aun en dichas condiciones debe brindarse atención odontológica (11) a estos pacientes; algunos de sus argumentos son que todo paciente aun en estado terminal debe mantenerse libre de dolor, de infección y limpio; el hecho de existir limitaciones en los tratamientos no significa que deban brindarse tratamientos limitados y el conocimiento de los riesgos inherentes permite que sean manejados y se minimicen, y finalmente la mejor recomendación es que cuando se sabe que una persona presenta una enfermedad que finalmente la postrará y eliminará su capacidad para responder por su autocuidado, la instauración de un tratamiento temprano con un gran énfasis en el componente preventivo, garantizará conservar su cavidad bucal funcional por un mayor tiempo, evitando tratamientos más agresivos en los estadios finales de la patología.

### Efectos de la dentición en la calidad de vida

Strauss y Hunt (12), luego de encuestar a más de 1.000 ancianos en Estados Unidos, establecen una serie de aspectos que en orden de importancia según los encuestados se ven afectados positiva o negativamente por el estado de salud o no de su cavidad bucal. Cuando los individuos presentan una buena salud bucal consideran que ésta afecta de manera positiva los siguientes aspectos en orden de importancia:

1. Apariencia: interna y externa
2. Alimentación: disfrute, masticar, morder
3. Sensación de confort
4. Longevidad
5. Autoconfianza
6. Habla
7. Disfrute de la vida
8. Salud general
9. Sonreír y reír
10. Selección de alimentos
11. Felicidad general

12. Vida social
13. *Sex appeal*
14. Éxito laboral
15. Besar
16. Relaciones románticas
17. Gusto, apetito
18. Respiración
19. Peso
20. Genio

Cuando las personas encuestadas no presentaban una adecuada dentición opinaron que esto afectaba de manera negativa los siguientes aspectos:

1. Masticar y morder
2. Alimentación
3. Selección de alimento
4. Disfrute de la comida
5. Confort
6. Aliento
7. Apariencia: interna y externa
8. Hablar
9. Sonreír y reír
10. Gusto
11. Autoconfianza

Con base en estos resultados podría afirmarse que para motivar a un anciano para la realización de un tratamiento odontológico, debiera recalcarse sobre el mejoramiento en la apariencia facial y la alimentación, mientras que no resultaría motivador el recalcar que el tratamiento incidirá en la salud general, la actividad social, el romance y el atractivo sexual.

### Conclusión

Como ha quedado planteado anteriormente, la salud bucal forma parte integral de la salud de cualquier individuo; la alteración de ésta no solamente limita sus funciones fisiológicas, sino además las de interacción social resultando particularmente grave en el anciano por su situación de "desplazado social" a la que se ve abocado normalmente en las sociedades occidentales.

La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercute de manera significativa en su calidad de vida y la responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos de la profesión odontológica sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades y particular-

mente en todas las familias en cuyo interior hay alguna persona adulta mayor.

### Bibliografía

1. Cámara de Comercio de Bogotá. Colombia siglo XXI. Junio 1.991.
2. Organización Panamericana de la Salud, 1985.
3. Univerdidade Federal do Rio Grande do Sul. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Vol. 2. 1999.
4. Ikuwa W. Effects of chewing ability on the quality of life in the elderly in Japan. Bull. Tokyo dent. Coll., Vol. 37 No. 1 pp 1-8, 1996
5. Marshall, GN. A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff. J. Pers. Soc. Psychol., Vol. 61 pp 483 – 491, 1991.
6. Multidisciplinary Education in Geriatrics and aging, MEGA. Chapter nine, Yellowitz, J. Texto en internet.
7. Munevar, A; Rojas, J; Marín, D. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de odontología de la U. N. durante el primer semestre del año 2000 y cuál es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal. Revista de la Fed. Od Col. Vol. 61 Oct , 2001 – Feb, 2002.
8. Angelillo, et al. Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. Com. Dent. Oral Epidemiol, 1995.
9. Nordenram, et al. Dental management of Alzheimer patients. Act. Od. Esc., 1995; 1997.
10. Hilbrunner. Argument against providing dental care for the severely cognitively impaired patient. Gerodontics Vol. 4, 168 – 169, 1988.
11. Gordon, S. Argument in favor of providing dental care for the severely cognitively impaired patient. Gerodontics Vol. 4, 170 - 171, 1988.
12. Strauss, P; Hunt, R. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. JADA, Vol. 124, Jan, 1993.