



Gerontología Social y Gerodontología

Coordinadoras
Rosa Diana Hernández Palacios
Olga Taboada Aranza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Gerontología Social y Gerodontología



Coordinadoras

Rosa Diana Hernández Palacios
Olga Taboada Aranza



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dra. Mirna García Méndez
Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaria de Desarrollo Estudiantil

Mtro. Luis Alberto Huerta López
Secretario Administrativo

Dra. María Susana González Velázquez
**Jefa de la División de Planeación
Institucional**

Dra. Rosalva Rangel Corona
Jefa de la División de Vinculación

Dr. David Nahum Espinosa Organista
**Jefe de la División de Estudios de
Posgrado e Investigación**

Lic. Carlos Raziel Leaños Castillo
**Jefe de la Coordinación de Comunicación
Social y Gestión de Medios**

Datos para catalogación bibliográfica

Coordinadoras: Rosa Diana Hernández Palacios, Olga
Taboada Aranza.

Gerontología Social y Gerodontología.

UNAM, FES Zaragoza, febrero de 2026.

ISBN: 978-607-642-571-8.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leaños Castillo.
Formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

PAPIME PE212824.

Imagen de portadilla: [https://www.geriatricarea.com/
envejecimiento-activo-y-saludable-monografico-especial/](https://www.geriatricarea.com/envejecimiento-activo-y-saludable-monografico-especial/)

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Gerontología Social y Gerodontología.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.



Coordinadoras

Rosa Diana Hernández Palacios

Olga Taboada Aranza

Autores

Beatriz Hernández Monjaraz

Cirujana Dentista egresada de la FES Zaragoza, UNAM, con estudios de Maestría y Doctorado en Ciencias Biológicas, UNAM.

Profesora de Tiempo Completo Asociada “C” de la FES Zaragoza, UNAM.

Integrante de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM.

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel Candidata.

Rosa Diana Hernández Palacios

Cirujana Dentista egresada de la ENEP Zaragoza, UNAM, con estudios de Especialidad de Patología Oral y Doctorado en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y Maestría en Enseñanza Superior en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.

Profesora de Tiempo Completo Titular “A” de la FES Zaragoza, UNAM.

Integrante de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM.

Antonio Loeza Galindo

Cirujano Dentista egresado de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, con estudios de Maestría en Gestión Educativa por la Universidad ETAC.

Profesor de área clínica y biológica de la FES Zaragoza, UNAM.

Ex coordinador del área de Odontogeriatría en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud “Los Reyes” de la FES Zaragoza, UNAM.

Miembro de la Academia de Tecnologías Aplicadas a la Enseñanza en Odontología.

José Miguel Sánchez Nieto

Licenciado en Psicología egresado de la FES Zaragoza, UNAM, con estudios de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM.

Profesor de Asignatura “A” de la FES Zaragoza, UNAM.

Integrante de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM.

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel Candidato.

Olga Taboada Aranza

Cirujana Dentista egresada de la ENEP Zaragoza UNAM, con estudios de Maestría en Enseñanza Superior por la FES Aragón UNAM, Doctorado en Educación por el Centro de Estudios Superiores en Educación.

Profesora de Tiempo Completo Titular “A” de la FES Zaragoza, UNAM.

Germán Zecua Fernández

Cirujano Dentista egresado de la FES Zaragoza UNAM, con estudios de Maestría en Prácticas Educativas Innovadoras.

Profesor de Asignatura “A” de la Licenciatura de Desarrollo Comunitario para el Envejecimiento y de la Carrera de Cirujano Dentista de la FES Zaragoza, UNAM.





Agradecimientos

Agradecemos el apoyo otorgado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM, a través del Programa de Apoyo para el Mejoramiento de la Enseñanza PAPIME PE212804, para la elaboración de este libro.





Índice

PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. ENVEJECIMIENTO, VEJEZ Y PERSONAS MAYORES	3
Introducción	3
Antecedentes	4
Envejecimiento y Vejez	6
El envejecimiento en América Latina	8
Vejez en México: entre la tradición y la modernidad	9
Tipos de envejecimiento	10
Conclusiones	12
Referencias	13
CAPÍTULO II. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES	17
Introducción	17
La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México	19
Tendencias demográficas	19
Implicaciones laborales y en salud	20
Feminización del envejecimiento	23
Edadismo y viejismo	24
Viejismo y género	25
Determinantes sociales en el envejecimiento	30
Conclusiones	33
Referencias	33

CAPÍTULO III. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS ADULTOS MAYORES	39
Introducción	39
Implicaciones del viejismo	40
Teoría del Ciclo Vital	43
Cognición del adulto mayor	48
Bienestar del adulto mayor	50
Padecimientos psicológicos en el adulto mayor	54
Demencia	54
Deterioro cognitivo	55
Depresión	57
Soledad	58
Conclusiones	59
Referencias	59
CAPÍTULO IV. LA GERODONTOLOGÍA EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR	67
Introducción	67
Gerodontología	68
Cambios bucales por el envejecimiento	70
Enfermedades sistémicas	73
Polifarmacia	74
Enfermedades bucales en los adultos mayores	75
Conclusiones	80
Referencias	80
CAPÍTULO V. FACTORES PSICOSOCIALES DETERMINANTES DE CARIES DENTAL Y PERIODONTITIS EN ADULTOS MAYORES	85
Introducción	85
Determinantes psicológicos	86
Estrés psicológico	87
Soledad	88
Sentido de coherencia	88

Determinantes sociales	91
Nivel socioeconómico	91
Acceso y uso de servicios odontológicos	94
Apoyo social	95
Alfabetización en salud	97
Conclusiones	99
Referencias	101
CAPÍTULO VI. ESTRATEGIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL	107
Introducción	107
Proyecto de la estrategia mundial sobre salud bucodental. OMS	108
Estrategias de salud bucodental desde la Gerontología Social	109
I) Promoción y prevención de enfermedades bucodentales	111
II) Atención de la salud bucodental	114
III) Intervención comunitaria	116
Evaluación y seguimiento	117
Conclusiones	119
Referencias	119





Presentación

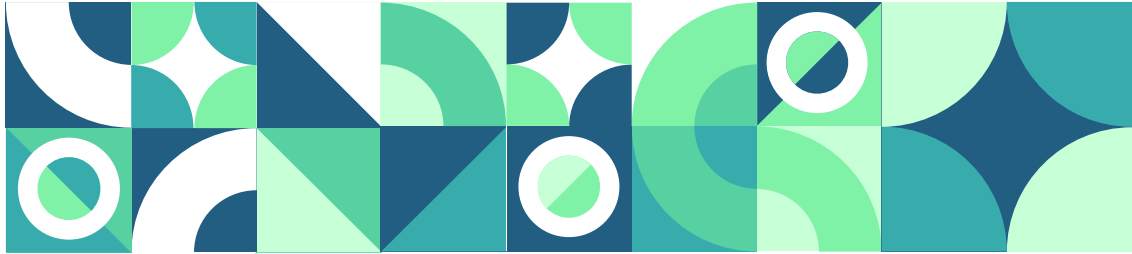
El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos sociales más relevantes del siglo XXI, lo cual ha generado nuevas demandas en el ámbito de la salud, particularmente en la atención estomatológica. La gerontología social, como disciplina que estudia el envejecimiento desde una perspectiva integral, ofrece herramientas para comprender las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que inciden en la calidad de vida de las personas mayores.

La estomatología es un componente esencial de la atención integral en la vejez, porque contribuye a mantener la salud bucodental de los adultos mayores lo que impacta de manera notable en la nutrición, la funcionalidad, la comunicación, la autoestima y la participación social de los adultos mayores, favoreciendo así su bienestar.

Este libro pretende ser una guía para estudiantes, docentes y profesionales interesados en efectuar una atención estomatológica capaz de responder a los desafíos de una sociedad que envejece y que exige soluciones interdisciplinarias, basada en principios que trasciendan lo clínico y que promuevan el envejecimiento saludable, busca tender un puente entre la gerontología social y la estomatología, proponiendo un enfoque que permita a los profesionales de la salud, comprender al paciente adulto mayor con sus condiciones complejas.

A través de la reflexión teórica y la exposición de experiencias prácticas, se invita a revisar los cambios por el envejecimiento, los principales problemas biopsicosociales de los adultos mayores y cómo influyen en la salud bucodental, así mismo se describen algunas estrategias comunitarias de atención primaria a la salud dirigidas a los adultos mayores.





Envejecimiento, vejez y personas mayores

Germán Zecua Fernández

Introducción

El envejecimiento poblacional es un suceso mundial, en México este proceso debe ser visto desde un enfoque interdisciplinario para comprender la vejez y sus significados sociales, en este capítulo se realiza un breve repaso de los conceptos relacionados con la vejez desde la antigüedad hasta los enfoques modernos, también se revisa el surgimiento de la gerontología y el reconocimiento internacional de la vejez en el siglo XX, pero sobre todo se aborda el reconocimiento de la vejez como un proceso diverso, señalando la necesidad de una perspectiva situada inclusiva y crítica.

La población mundial, y en particular la de México, está envejeciendo. Este fenómeno, impulsado por mejores condiciones de salud, el control de enfermedades infecciosas y una mayor esperanza de vida, nos enfrenta a diversos retos como el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, mayor demanda de servicios geriátricos y gerontológicos especializados y necesidad de cuidados de largo plazo. Para abordarlos de manera efectiva, se requiere un enfoque interdisciplinario con el propósito de comprender con mayor profundidad los aspectos de la vejez. Un primer paso es explicar e interpretar qué significa realmente envejecer y ser una persona mayor en nuestro contexto, acercándonos a narrativas y experiencias de las personas mayores contemporáneas.

■ Antecedentes

El interés en el envejecimiento se remonta a la antigüedad. En las civilizaciones griega y romana, pensadores como Platón lo veían como la cúspide de la vida, mientras que Aristóteles lo consideraba una fase natural de declive. Durante esta época, la vejez a menudo se asociaba con la sabiduría y los ancianos eran venerados como guardianes del conocimiento. Un ejemplo fundamental de esta perspectiva es el tratado *De Senectute* de Cicerón,¹ que exalta esta etapa de la vida por su serenidad y reconoce a los ancianos como portadores de experiencia, autonomía y sabiduría.

Paralelamente, en culturas orientales como China e India, la longevidad era y en muchos aspectos sigue siendo venerada, vinculándola al equilibrio espiritual y a la sabiduría. El pensamiento moderno sobre el envejecimiento comenzó a tomar forma siglos después. En el siglo XIII, Roger Bacon sentó un precedente al abordar el tema desde una perspectiva tanto médica como filosófica en su obra *Cura de la vejez y la preservación de la juventud*. Este enfoque científico fue retomado posteriormente por Francis Bacon, quien propuso que la vida humana podría prolongarse de manera significativa a través de mejoras en la higiene y las condiciones sociales, planteamiento que se considera un antecedente visionario de la gerontología moderna.

En el Siglo XIX fue Adolphe Quételet sociólogo belga quien estudió el ciclo vital humano y propuso principios estadísticos para entender el envejecimiento; después Francis Galton clasificó a los individuos según sus características físicas y sensoriales aportando a la comprensión del envejecimiento; una de las primeras obras monográficas sobre la vejez denominada *Senectud, la última mitad de la vida* fue publicada por Stanley Hall.

Pero es hasta 1903 cuando Michael E. Metchnikoff, microbiólogo ruso premio Nobel de Fisiología y Medicina propuso el término Gerontología, como la ciencia que estudia el envejecimiento (Figura 1.1), el término proviene del griego *geron* que se refiere a anciano, y *logos* estudio.

FIGURA I.1. Michael E. Metchnikoff (1845-1916) autor del término Gerontología.



Fuente: <https://www.nature.com/articles/nri.2016.89>

Posteriormente Edmund V. Cowdry publicó en 1939 *Problems of Aging*, considerado el primer tratado integral de gerontología, abordando aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento. En 1945 se fundó la Gerontological Society of America, marcando el inicio formal de la gerontología moderna.

En 1974 se publicó un Informe sobre la Organización de Servicios Geriátricos, después en 1982 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) realizó la Asamblea Mundial del Envejecimiento, donde se reconoció la vejez como una etapa con derechos específicos y desafíos sociales,² y se presentaron diversas investigaciones que abordan aspectos biopsicosociales del envejecimiento.

Los hallazgos revelan que factores como la actividad física regular, el fortalecimiento de redes sociales y el acceso a atención médica integral son cruciales para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Además, se destacó la importancia de intervenciones

psicosociales que fomenten la participación activa de esta población en la comunidad, lo que contribuye a su bienestar emocional y cognitivo. Estos resultados subrayan la necesidad de adoptar un enfoque interdisciplinario en la gerontología que tome en cuenta las múltiples dimensiones del envejecimiento, así como la relevancia de políticas públicas que favorezcan un envejecimiento saludable y activo.

Envejecimiento y Vejez

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la reserva y respuesta biológica ante las exigencias para mantener o recuperar la homeostasis, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, propiciadas por la carga genética y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta la persona a lo largo de su historia en un ambiente determinado, que se manifiesta por cambios físicos, psicológicos y sociales individualizados.

La vejez es una etapa del ciclo vital humano, cuyo inicio, desarrollo, limitaciones y oportunidades las dispone la sociedad. La ONU estableció que inicia a los 60 años en países en desarrollo y a los 65 años en países desarrollados.³ Su significado, valor y vivencias están determinados por el contexto histórico social, las normas culturales, las estructuras económicas, además está marcada por el género, la familia, la migración y los procesos políticos.

Desde la gerontología se ha identificado que los adultos mayores se pueden clasificar según la edad en: viejos jóvenes de 60-74 años, que representan el 75%; los viejos viejos de 75 a 84 años representan el 20%, los viejos longevos de 85 a 99 años son el 4% y los centenarios de 100 años y más el 1%, Figura I.2.⁴

FIGURA I.2. Clasificación por edad de los adultos mayores.

Viejos jóvenes



Viejos viejos



Viejos longevos



Centenarios



Un elemento importante en los adultos mayores es su funcionalidad, entendida ésta, como la capacidad para ejecutar de manera independiente y autónoma aquellas acciones relativas a su quehacer cotidiano a nivel individual y social, considerando sus intereses, deseos y recursos.

La funcionalidad se valora por la capacidad para realizar:

- 1) Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse, dormir, alimentarse, realizar la higiene personal, uso del inodoro, control de esfínteres, y la movilidad funcional como el trasladarse dentro del hogar, levantarse de la cama o de una silla.
- 2) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que son tareas más complejas y permiten a una persona vivir de manera independiente en la comunidad p. ej.,

ir de compras, usar transporte, usar teléfono, preparar alimentos, realizar limpieza doméstica, manejar las finanzas, autocuidado de medicación y participar en actividades sociales.⁴

Analizar el envejecimiento implica, entonces, examinar las trayectorias de salud y funcionalidad de las personas. Comprender la vejez demanda deconstruir los significados sociales asignados a esta etapa, los roles esperados, las políticas que incluyen o excluyen, y las formas en que el entorno facilita u obstaculiza una vida digna.

El envejecimiento en América Latina

El envejecimiento en América Latina es un hecho complejo multidimensional, marcado por la heterogeneidad, la desigualdad estructural y la diversidad cultural. Lejos de poder comprenderse mediante modelos universales o categorías clínicas descontextualizadas, las trayectorias de envejecimiento en la región están determinadas por la intersección de factores como el género, la etnia, la clase social, la ubicación geográfica, urbana o rural y las historias migratorias.

Además, las mujeres enfrentan una doble vulnerabilidad derivada de la intersección entre la edad avanzada y el género, dando lugar a vejez profundamente desiguales, implica confrontar barreras específicas en el acceso a servicios, movilidad restringida y una mayor exposición a situaciones de inseguridad, problemáticas que se ven agravadas por roles de cuidado porque suelen imponer sobre las mujeres expectativas de abnegación, al mismo tiempo que las invisibilizan como sujetos de derecho y deseo.^{5,6}

Sólo mediante una visión integral es posible evitar aproximaciones reduccionistas que simplifiquen una realidad social tan diversa, abordar este suceso exige integrar perspectivas psicosociales y la influencia del entorno, evitando así lecturas simplificadoras de una realidad sustancialmente diversa^{7,8,9}

Esta complejidad frecuentemente queda invisibilizada, dado que censos y encuestas carecen de representatividad suficiente al no capturar variables culturales, étnicas y de

género pertinentes, homogeneizando con ello una realidad intrínsecamente diversa.⁷ Entre las principales limitaciones identificadas destacan tres:

1. La desconexión disciplinar: persiste una falta de estudios que integren de manera sistemática los niveles biológicos, psicológicos, sociales, funcionalidad, biomarcadores, identidad, cognición y entorno entre otros.¹⁰
2. La aplicación acrítica de modelos universales que rara vez incorporan los procesos históricos y decoloniales propios de la región, generando adaptaciones metodológicas superficiales e insuficientes.¹¹
3. Brecha persistente entre la investigación y la práctica profesional.

Vejez en México: entre la tradición y la modernidad

En México, la vejez ha estado históricamente enmarcada dentro del modelo de solidaridad familiar, donde se espera que la familia -especialmente las mujeres- proporcionen cuidado y apoyo económico a las personas mayores. Sin embargo, este modelo enfrenta presiones crecientes. La reducción en el tamaño de las familias y la precarización laboral han debilitado estos soportes tradicionales, dejando a una generación de adultos mayores en situación de creciente vulnerabilidad.

La vejez en México presenta una paradoja fundamental: mientras por un lado existe una valoración cultural y simbólica de la ancianidad, asociada a la sabiduría y la experiencia, por otro lado, un porcentaje significativo de la población mayor enfrenta diversos problemas económicos sin acceso a pensiones contributivas, dependiendo de programas sociales que, si bien representan un avance, resultan insuficientes para garantizar una vida digna y libre de pobreza.

Al igual que en el resto de la región, la experiencia de la vejez mexicana muestra una profunda segmentación por género. Las mujeres mayores, quienes han dedicado su vida al trabajo reproductivo y de cuidados no remunerado, enfrentan mayores probabilidades de viudez, dependencia económica y, simultáneamente, la extensión de sus roles de cuidado hacia nietos y otros familiares.¹²

La diversidad étnica añade otra capa de complejidad. Los adultos mayores pertenecientes a pueblos originarios experimentan una triple desventaja: por edad, condición étnica y su frecuente localización en comunidades rurales con acceso limitado a servicios de salud, infraestructura y protección social, lo que demanda urgentemente políticas públicas con enfoque intercultural.

El estudio de la vejez en México requiere, por tanto, de una mirada crítica que examine la brecha entre el marco normativo de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y la realidad cotidiana de millones de personas con envejecimientos radicalmente desiguales.

Tipos de envejecimiento

La gerontología ha desarrollado diversos marcos conceptuales para categorizar y comprender las distintas formas de envejecer. En este apartado se exploran categorías como el envejecimiento exitoso, usual, activo y saludable.

Envejecimiento exitoso, fue popularizado por Rowe y Kahn¹³ quienes proponen una visión positiva y activa del envejecimiento, se caracteriza por presentar baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, alto funcionamiento físico y cognitivo, inclusión social con participación comunitaria, percepción subjetiva de bienestar y satisfacción personal, resiliencia ante pérdidas o cambios y respeto a la diversidad cultural y funcional.¹⁴

El envejecimiento usual, se refiere al proceso de envejecimiento que incluye deterioro físico, cognitivo o funcional, considerado y esperado con la edad, se presentan enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión o diabetes, puede haber disminución progresiva de la capacidad funcional y mayor vulnerabilidad ante factores externos como caídas, infecciones, aislamiento; hay dependencia parcial en actividades de la vida diaria. Este modelo ha sido criticado por centrarse en el déficit y por reforzar estereotipos negativos sobre la vejez.

El envejecimiento activo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 estableció que el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud,

participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.¹⁵

Los principios del envejecimiento activo son:

- a) Salud física y mental: promover estilos de vida saludables, acceso a servicios médicos adecuados y prevención de enfermedades crónicas.
- b) Participación social: fomentar que las personas mayores sigan involucradas en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas.
- c) Seguridad: garantizar entornos seguros y accesibles que permitan una vida autónoma y digna.
- d) Aprendizaje continuo: reconocer el valor de la experiencia y fomentar el desarrollo personal a lo largo de toda la vida.^{12, 16}

El *envejecimiento saludable* es un proceso que consiste en fomentar y mantener la capacidad funcional y el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante.¹⁷

La propuesta del decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030 establece:

1. Cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con relación a la edad y el envejecimiento.
2. Desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores.
3. Prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores.
4. Proporcionar acceso a la asistencia a largo plazo a las personas mayores que la necesiten.

La promoción del envejecimiento activo y saludable, impulsada por organismos internacionales, representa un avance teórico al desplazar el énfasis desde la enfermedad hacia la capacidad funcional, la participación social y el bienestar psicosocial.¹⁸

Sin embargo, su implementación práctica muestra variaciones significativas entre países y sectores de atención, revelando una brecha sustancial entre la teoría normativa y su aplicación efectiva.¹⁹

En el ámbito del estudio del envejecimiento, un concepto relevante es la “fragilidad”, se ha posicionado como un constructo clínico fundamental para comprender la vulnerabilidad asociada a las etapas avanzadas del curso vital. Lejos de reducirse a una mera acumulación de patologías, la fragilidad se manifiesta como un estado de reserva fisiológica disminuida que incrementa significativamente el riesgo de desenlaces adversos en salud, siendo el deterioro funcional su expresión más característica.

La categoría clínica de fragilidad, conceptualizada como un estado de vulnerabilidad asociado al aumento del riesgo de resultados adversos, resulta crucial para identificar a aquellos adultos mayores que requieren atención sanitaria prioritaria y personalizada. Si bien su utilidad clínica es innegable, su identificación y manejo demandan una adaptación urgente a dos realidades latinoamericanas particulares: por un lado, la limitación de recursos y la sobrecarga de los sistemas de atención primaria, y por otro, la diversidad cultural que influye sustancialmente en las manifestaciones y percepciones sobre la salud y la dependencia.¹⁰

Es necesario para entender la complejidad que significa el envejecimiento, utilizar un enfoque construido desde las ciencias sociales contemporáneas para considerar los procesos históricos y decolonizantes con lo cual se consigue desplazar el énfasis hacia factores psicosociales y de participación, reconociendo que un buen envejecer depende de una compleja interacción entre factores individuales, conductuales, ambientales y estructurales.¹⁸

Conclusiones

El envejecimiento y la vejez no pueden abordarse como realidades homogéneas ni estáticas, por el contrario, son procesos profundamente entrelazados con la historia, la cultura, la economía y las condiciones de vida de cada sociedad. Desde las primeras reflexiones filosóficas en la antigüedad hasta las propuestas contemporáneas de gerontología, ha sido

evidente que envejecer es mucho más que un fenómeno biológico: es una experiencia socialmente construida, cargada de significados y marcada por desigualdades que se expresan con especial intensidad en América Latina.

Asimismo, las categorías analíticas como envejecimiento exitoso, activo, usual o saludable adquieren sentido únicamente cuando se adaptan a los contextos locales y reconocen las condiciones materiales y simbólicas que moldean la experiencia de cada persona mayor. La evidencia muestra que factores como el género, la clase social, la pertenencia étnica y el territorio configuran trayectorias de envejecimiento profundamente desiguales, lo cual exige políticas públicas sensibles, investigación interdisciplinaria y prácticas profesionales que respondan a esta pluralidad.

En suma, comprender el envejecimiento implica mirar más allá de los modelos normativos y acercarse a las realidades, voces y saberes de las personas mayores. Sólo desde una perspectiva crítica, contextualizada y humanista será posible construir sociedades que reconozcan la diversidad de las vejeces y promuevan condiciones para que cada persona pueda transitar esta etapa con dignidad, autonomía y sentido. Al recorrer los fundamentos históricos, conceptuales y sociales del estudio de la vejez, nos recuerda que envejecer no es únicamente llegar a cierta edad: es vivir un proceso que refleja quiénes somos como individuos y, sobre todo, quiénes somos como sociedad.

Referencias

1. Lolas-Stepke F. Las dimensiones bioéticas de la vejez. *Acta Bioethica*. 2001; 7 (1): 57-70. <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v7n1/art05.pdf>.
2. United Nations. First World Assembly on Ageing, 26 July-6 August 1982, Vienna. <https://www.un.org/en/conferences/ageing/vienna1982#:~:text=The%20World%20Assembly%20on%20Ageing,to%20contribute%20to%20national%20development>.
3. Mendoza-Núñez VM. Aportaciones en el estudio del envejecimiento de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM. 2023; 5 (1): 1-14. <https://blogceta.zaragoza.unam.mx/uig/aportaciones-en-el-estudio-del-envejecimiento-de-la-unidad-de-investigacion-en-gerontologia/>

4. Hernández PR, Mendoza NV, Martínez ZI, Morales LM. Odontogeriatría y Gerodontología. México: Trillas, 2016.
5. Brito PJ, Mansilla SJ. Ser mujer mayor y habitar la ciudad en América Latina. Una revisión situada y crítica. *Revista Internacional de Culturas y Literaturas [en línea]*. 2022; (25): 1-15. <https://doi.org/10.12795/ricl2022.i25.13>
6. Miranda ÁL, Gálvez OC, Gañán M. Las representaciones sociales de la vejez y el envejecimiento en dos grupos de mujeres de Medellín (Colombia). *Revista Psicoespacios*. 2020; 14 (25): 25-43. <https://doi.org/10.25057/21452776.1403>
7. Organización Panamericana de la Salud. El contexto sociodemográfico y económico del envejecimiento en América. 2023. <https://doi.org/10.37774/9789275326831>
8. Zarebski G. Fragilidad en el envejecimiento: subjetividad y abordajes preventivos. México: Noveduc conjunciones, 2023.
9. Robles SL; Vázquez PF, Reyes GL, Orozco MI. Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. México: El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdez; 2007
10. Sánchez GD. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de geografía Norte Grande*. 2015, 60: 97-114. <https://www.scielo.cl/pdf/rgeong/n60/art06.pdf>
11. Dulcey-Ruiz E. Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista Colombiana de Psicología*. 2010; 19 (2): 207-224. <https://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/download/14521/18618>
12. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LM. Gerontología comunitaria. México: UNAM FES Zaragoza, 2004.
13. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist*. 1997; 37 (4): 433-440. <https://academic.oup.com/gerontologist/article/37/4/433/611033>
14. Crowther MR, Parker MW, Achenbaum WA, Larimore WL, Koenig HG. Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality-The Forgotten Factor. *The Gerontologist*. 2002; 42 (5): 613-620. <https://academic.oup.com/gerontologist/article/42/5/613/653590>

15. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 1999. Cambiar la situación. Mensaje de la directora general. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/65478>
16. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LM. Envejecimiento Activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria. México: UNAM FES Zaragoza, 2013.
17. Organización Mundial de la Salud. La transformación de la OMS. informe 2020 sobre los progresos realizados. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/341410>.
18. Leiton EZ. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13 (3) 139-141. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00139.pdf>
19. Favela-Ocaño M, Castro-Vásquez M. Envejecimiento activo en Latinoamérica: Revisión narrativa de la literatura. *Revista de Enfermería Neurológica*. (2024); 23 (2): 475-484. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592024000200475&script=sci_arttext





Aspectos sociodemográficos de los adultos mayores

Olga Taboada Aranza

Introducción

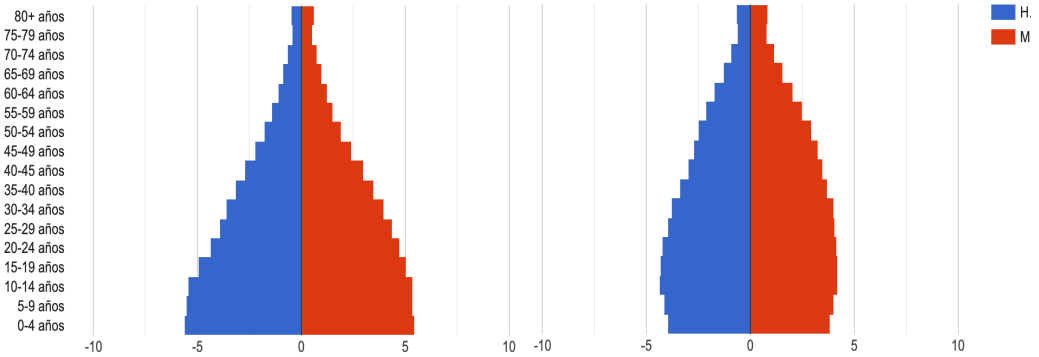
El envejecimiento poblacional es un fenómeno demográfico que requiere una atención especial por sus implicaciones sociales, económicas, políticas, culturales, éticas, de riesgos macroeconómicos y de la atención sanitaria, entre otras.

En este capítulo se realiza un breve repaso del cambio demográfico en México, el cual es considerado como un evento complejo y multifacético que se origina a partir de la interacción de diversos factores, se revisan sus implicaciones laborales y en salud; además se abordan los determinantes sociales del envejecimiento y se enfatizan conceptos como la feminización del envejecimiento y el viejismo.

La disminución de la mortalidad, con el avance de la medicina y la mejora en las condiciones de vida, ha contribuido significativamente al aumento de la esperanza de vida, otros determinantes son la expansión de los servicios educativos así como la extensión de los servicios de salud, este incremento en la longevidad, combinado con una tendencia hacia la reducción de las tasas de natalidad tiene como resultado el envejecimiento progresivo de la población.^{1,2,3}

A medida que la proporción de personas mayores aumenta, surgen transformaciones en la estructura por edad y sexo de la población (Figura II.1).

FIGURA II.1. México, pirámide poblacional hasta diciembre 2003 y su evolución hasta diciembre 2023.



Fuente: Expansión. Datos macro. México: Pirámide de población.⁴

Una sociedad se considera envejecida cuando la mayor proporción de su población tiene 60 años o más; este hecho es particularmente relevante en países desarrollados, donde se ha incrementado la esperanza de vida. El reto social que el proceso de transición demográfica representa, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores de medicamentos y servicios de salud que a corto y mediano plazo representan un considerable aumento de los gastos para la seguridad y la asistencia social.⁵

En 1921, la esperanza de vida al nacimiento ascendía a 32.9 años, 32.1 para los hombres y 33.8 para las mujeres; en el año 2000 era de 74.0 años, 71.6 años para los hombres y 76.5 para las mujeres; en el 2022 la esperanza de vida era de 74.8 años; por sexo, el promedio para las mujeres era de 78.1 años y 71.5 para los hombres, en el año 2025 es de 75.5 años, 78 años para mujeres y 72 para hombres.^{6, 7}

La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México

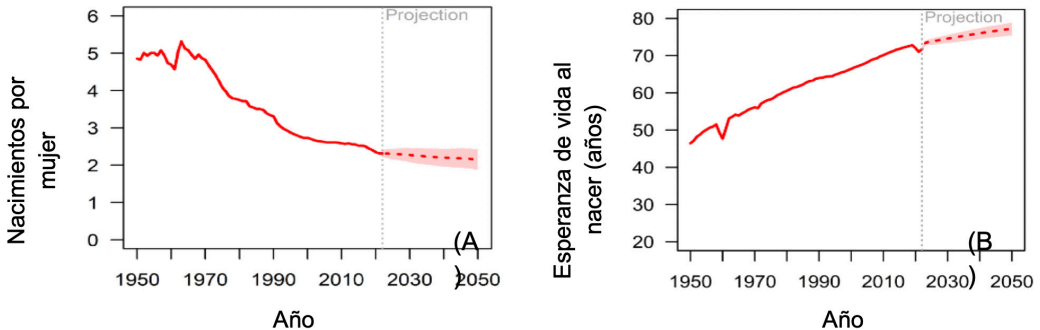
Tendencias demográficas

Entre 1950 y 2013, el mundo presentó un aumento significativo del 50% en la población adulta mayor, lo que refleja una tendencia demográfica importante, esta dinámica de envejecimiento ha sido constante y progresiva a lo largo del tiempo, la población de adultos mayores en el 2013 era del 9%, se prevé que pase al 19% en 2050,⁸ este fenómeno presenta retos significativos en términos de políticas públicas, atención sanitaria y servicios sociales, dado que la infraestructura actual en muchas de estas áreas no está preparada para soportar un aumento abrupto en la demanda de cuidados geriátricos.⁹

Las diferentes etapas de la transición demográfica quedan manifiestas en la composición etaria de la población, el reto demográfico al que nos enfrentamos ya no es el rápido crecimiento de la población, sino su envejecimiento, en México el declive de la fecundidad se inició a mediados de la década de 1960.¹⁰

Entre 1945 y 1948 cuando se crearon la Organización Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud respectivamente, había siete veces más niños menores de 15 años que personas mayores de 65 años o más; proporción que ahora se sitúa por debajo de tres a uno,¹¹ en 2050 la proporción de personas de más de 80 años en el mundo probablemente se cuadruplicará, situándose prácticamente en el 5%. El proceso de envejecimiento actual descansa principalmente en la fecundidad alta del pasado; la reducción de la mortalidad y la incidencia de la migración marcarán la pauta en el futuro, principalmente más allá del 2050.¹² En la figura II.2 se puede observar el desequilibrio entre la tasa global de fecundidad vs la esperanza de vida al nacer, así como la estimación para 2022-2050, según la Organización de las Naciones Unidas.

FIGURA II.2. Tasa global de fecundidad (A) y esperanza de vida global al nacer (B): estimaciones 1950-2021 y escenario medio con intervalo de predicción del 95% para 2022-2050.



Fuente: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2022.¹⁶

Implicaciones laborales y en salud

En algunas naciones se observa una mayor representación de la franja etaria de adultos mayores y una disminución en la de los jóvenes. Este suceso tiene implicaciones en el ámbito laboral, dado que una población envejecida tiene una menor oferta de mano de obra activa y genera un aumento en la demanda de servicios de salud y cuidados específicos para este grupo.

En el Cuadro II.1 se presentan algunas características sociodemográficas en donde se destaca que, en México la mayor parte de los adultos mayores se ubican en el rango de edad de 60-69 años (56%) y predomina el sexo femenino (56%), también se señala que sólo el 33% son económicamente activos y respecto a la actividad que realizan, la mayoría trabaja por su cuenta (49%), tienen un bajo ingreso hasta un salario mínimo el 45%, respecto a la escolaridad, la mayoría estudió primaria incompleta o completa. Estos datos muestran que una proporción significativa de adultos mayores vive en situación de pobreza, por lo que dependen de apoyos públicos y la mayoría trabaja en la informalidad, lo que impide acceder a jubilaciones, servicios médicos y vivienda adecuada.

CUADRO II.1. Perfil sociodemográfico de la población adulta mayor.

Indicadores	Hombres	Mujeres	Total
n = 17 958 707	En porcentaje		
Sexo	44	56	100
Edad			
60 - 69	57	55	56
70 - 79	30	30	30
≥ 80	13	15	14
Condición de actividad			
PEA	48	20	33
PNEA	52	80	67
Actividad de la PEA*			
Por su cuenta	48	50	49
Subordinados y remunerados	38	38	38
Empleadores	12	7	10
Sin pago	2	5	3
Actividad de la PNEA[†]			
Quehacer doméstico	15	70	51
Pensionados/jubilados	58	17	31
Incapacitados permanentes	3	2	2
Otros no activos	25	11	16
Nivel de ingreso (Salario mínimo)			
Hasta 1	39	57	45
Entre 1 y 2	25	17	22
2 y 3	8	4	7
3 y 5	3	3	3
≥ 5	2	1	1
No recibe	9	8	9
No especifica	14	10	13
Años de escolaridad[‡]	7.6 (5.6)	6.6 (5.1)	
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	12.1	15.8	
Primaria incompleta	22.6	23.7	
Primaria completa	20.3	22.9	
Secundaria incompleta	2.4	1.6	
Secundaria completa	12.8	12.4	
Media superior	10.3	11.2	
Superior	19.5	12.4	

*PEA = Población económicamente activa; [†]PNEA = Población no económicamente activa; [‡]Promedio ± Desviación estándar.

Fuente: INEGI, 2022;¹³ INAPAN, 2025.¹⁴

El comportamiento de las personas mayores en el mercado laboral también puede tener importantes consecuencias para los presupuestos familiares, incluidos los de sus hijos. En sociedades donde los abuelos desempeñan un papel fundamental en el cuidado de los niños, en ocasiones abandonan sus trabajos y por lo tanto pierden sus ingresos, este cambio en roles familiares provoca una reevaluación de las dinámicas, lo que resulta al mismo tiempo no sólo la disminución de ingresos sino del apoyo mutuo.¹⁵

En cuanto a los sistemas de seguridad social en salud, la presión fiscal está dada por el aumento de la proporción de personas mayores y jubilados con relación a los trabajadores en edad productiva. A medida que esta tendencia continúa, la relación de trabajadores en edad productiva respecto a jubilados disminuye, lo que provoca una mayor carga económica sobre el sistema de salud. Los trabajadores activos no sólo deben contribuir al financiamiento de sus propios servicios de salud, sino que también tienen la responsabilidad de sustentar las necesidades de atención médica de una población creciente de adultos mayores, su longevidad extenderá la naturaleza y el período de la atención médica requerida.

El envejecimiento de la población también plantea serias implicaciones para la sostenibilidad de los servicios de salud por la posibilidad de experimentar una prolongación de años en estado de enfermedad o discapacidad debido a que la prolongación de la vida implica que, a medida que las personas viven más años también experimentan múltiples condiciones de salud que requieren atención continua y recursos significativos; el 93% de los adultos mayores de 65 años tienen al menos una enfermedad crónica, y alrededor del 79% tiene dos o más. Las enfermedades crónicas no transmisibles (Figura II.3) como las cardiovasculares; diabetes, artritis, los padecimientos respiratorios, las demencias, el Alzheimer y el cáncer.^{7, 13, 14} son a largo plazo muy costosas de tratar, tanto médicamente como por la necesidad de cuidados formales e informales, lo que aumenta la presión sobre los servicios de salud no solo públicos sino también de los privados.

Las condiciones crónicas no transmisibles, que afectan a un número considerable de personas mayores, pueden limitar su capacidad para participar en la vida social y comunitaria, generando un ciclo de aislamiento y dependencia. En este contexto, la soledad se convierte en un factor determinante que puede agravar aún más problemas de salud mental y física, creando un panorama desolador que contrarresta la idea misma de envejecimiento digno.

FIGURA II.3. Algunas de las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores.

Cáncer
Demencias
Diabetes Artritis **EPOC**
Cardiovasculares Artritis **Alzheimer**

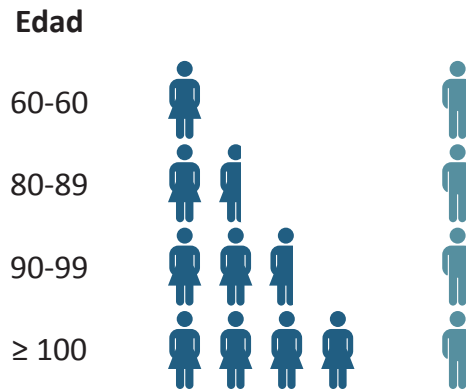
Feminización del envejecimiento

En la actualidad, en México, las personas adultas mayores representan el 12.8% (16.7 millones) de la población total del país, pero con una diversidad considerable porque hay más mujeres que hombres 6.4% vs. 5.6% respectivamente; este fenómeno recibe el nombre de feminización del envejecimiento,¹⁷ el cual se agudiza después de los 60 años de edad, ya que hay 112 mujeres por cada 100 hombres, y aumenta a 130 en la población femenina de 80 años y más.

Si bien las mujeres son más longevas que sus compañeros, esto no quiere decir que vivan su vejez en mejores condiciones; por el contrario, hay problemas que se agudizan en esta etapa, derivadas de desigualdades estructurales de género vividas a lo largo de la vida.¹⁸

A nivel histórico siempre ha habido una diferencia considerable entre la esperanza de vida de la mujer y del hombre, ya que este último tiene una mortalidad más elevada debido a factores biológicos, estilo de vida y conductas de riesgo. Sin embargo, esta diferencia se ha ido reduciendo en los últimos veinte años de tal forma que se proyecta que para 2033, la esperanza de vida alcance los 87.7 años en las mujeres y 82.9 en los hombres; la literatura científica muestra que las mujeres, aun cuando más longevas, envejecen antes y de forma más rápida que los hombres los cuales se mantienen jóvenes más tiempo.²⁰

FIGURA II.4. Proporción entre mujeres y hombres, 2019.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2025.¹⁹

Las mujeres adultas mayores son el elemento central para el funcionamiento de las familias, debido a las valiosas labores que realizan en favor de sus hijos, nietos, hermanos y padres, pero al final de sus días, son abandonadas o ignoradas.²¹

Debido a su mayor esperanza de vida y por la diferencia de edades entre cónyuges, las mujeres tienen una menor propensión a volver a casarse a diferencia de los hombres, –en una mayor proporción son viudas, divorciadas o solteras y viven solas–. En esas circunstancias, son más susceptibles de sufrir aislamiento social y privaciones económicas,²² incluyendo mayor riesgo de violencia y menor acceso a la atención médica.

Edadismo y viejismo

Como consecuencia del tiempo que ha vivido una persona, se da un suceso llamado edadismo; que se refiere a la discriminación por motivos relacionados con la edad y afecta a personas tanto jóvenes como mayores, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la forma de pensar –estereotipos–; sentir –prejuicios–; y actuar con respecto a los demás o a nosotros mismos.²³

Capítulo II. Aspectos sociodemográficos de los adultos mayores

Según el primer Informe mundial sobre el edadismo, publicado en 2021 por la OMS, una de cada dos personas son edadistas contra las personas mayores.²⁴

De los estereotipos y prejuicios relacionados con el edadismo surgen concepciones erróneas en las que se tiende a generalizar el comportamiento, las capacidades y las necesidades de las personas basándose únicamente en su edad. Esta tendencia a categorizar a individuos de acuerdo a su grupo etario contribuye a la exclusión y a la invisibilización de ciertos sectores de la población, especialmente de los adultos mayores con un impacto mayor en el caso de las mujeres, con una connotación aún más negativas, marcadas por lo que supone ser “vieja” en una sociedad machista.²⁵

Uno de los aspectos nocivos del edadismo es la infantilización de las personas mayores. Esta actitud se manifiesta frecuentemente en el trato cotidiano, donde se asume que aquellas personas, debido a su avanzada edad, requieren un manejo paternalista. Este enfoque no solo desestima las capacidades individuales de estas personas, sino que también les priva de una voz activa en la toma de decisiones que les afectan. Tal conducta refuerza la idea de que los ancianos son inherentemente frágiles o menos capaces, ignorando la gran diversidad de experiencias y habilidades que existen dentro de este grupo demográfico.

Las suposiciones de que todas las personas de una determinada edad comparten intereses o necesidades similares son igualmente discutibles, la realidad es que cada individuo tiene una vida rica y única, influenciada por factores como la cultura, la educación y las experiencias personales. Al encasillar a las personas por su edad, se perpetúa una narrativa que desatiende sus intereses reales, lo que puede repercutir en la creación de políticas públicas inadecuadas y en la oferta de servicios que no responden a las verdaderas demandas de la población.²⁶

Viejismo y género

En nuestra sociedad, el valor social de las mujeres ha sido históricamente ligado a su apariencia, juventud y roles reproductivos; esta construcción cultural ha llevado a una infrarrepresentación de las mujeres mayores en industrias como el cine y la publicidad, cuando se les presenta, frecuentemente lo hacen como abuelas o cuidadoras asumiendo

roles secundarios cargados de estereotipos negativos; se les considera poco educadas, torpes con la tecnología y se ignoran sus aspiraciones personales, además su sexualidad es silenciada, mientras que, por otro lado, también se perpetúan imágenes negativas, encarnada en la imagen de brujas o asociándolas con la fealdad y la amargura.²⁷

Los cambios físicos por el envejecimiento afectan a la identidad de género. Esto puede generar problemas de autoestima lo que conlleva nuevos retos para la propia identidad de las mujeres lo que influye en las relaciones de mujeres y hombres.

El 80% de las mujeres han padecido edadismo en el trabajo, cuando las mujeres alcanzan los 50 o 60 años, el mercado laboral las margina, porque se cree que “ya no encajan” en ciertos puestos, especialmente en sectores donde la imagen es clave. Las normas sociales acerca de la conducta adecuada a la edad son mucho más restrictivas para las mujeres ya que las limitan a ciertos papeles sociales y a adoptar determinadas pautas de conducta. El punto de vista social planifica el funcionamiento laboral, familiar, educativo y suministran una serie de pautas a las aspiraciones para el futuro de los individuos, al mismo tiempo inhibe otras, frases como: ya tienes edad para...” o “no tengo edad de...” es un claro indicativo de la aplicación de estas concepciones normativas respecto a la edad.^{27, 28}

Los estereotipos en torno a la belleza física afectan a las mujeres de edad avanzada ya que la apariencia física es una dimensión importante y su valoración afecta en la mayoría de los casos a la autoestima. La lucha por alcanzar los ideales que imponen los cánones de belleza femeninos puede llegar a avergonzar a las mujeres durante toda su vida, sobre todo en aquellas situaciones en las que resulta más difícil lograr representar en los cuerpos algunas cualidades femeninas, como el atractivo sexual, la juventud y la delgadez, como sucede a medida que se envejece, este estereotipo negativo influye de forma decisiva en su bienestar y satisfacción con la vida, afectando también su sexualidad.²⁹

Sentirse sexualmente atractivas es un elemento necesario para lograr satisfacción vital (Figura II.5). Sin embargo, la felicidad de las mujeres mayores de 80 años que disponen de buena salud para mantenerse sexualmente activas se ve interferida por el doble estándar del envejecimiento que plantea más prejuicios acerca de la sexualidad de la mujer a partir de determinada edad que acerca de la sexualidad del hombre de la misma edad.^{27, 28}

FIGURA II.5. Estereotipos en torno a la belleza de la adulta mayor.



Fuente: <https://ruizhealytimes.com/sin-categoria/ignorancia-aprendida-viejiso-ageism/>
<https://innovaasistencial.com/blog/abuso-y-maltrato-en-la-vejez-analisis-de-la-situacion/>
https://www.freepik.es/fotos-premium/mujer-edad-avanzada-playa_100776180.htm#from_element=cross_selling__photo

Existen causas biológicas, genéticas, sociales y ambientales asociadas a la mayor longevidad de las mujeres mayores, sin embargo, las conductas de riesgo, los estilos de vida menos saludables y el hecho de realizar ocupaciones laborales de mayor carga física explica que los hombres tengan una esperanza de vida menor.²⁵

La esperanza de vida de las mujeres al nacer supera la de los hombres en todos los países y en todos los años, desde la explicación biológica, los hombres viven menos que las mujeres, entre otras razones, por su composición genética.³⁰

Para David Gems, investigador de la University College London, citado por la BBC de Londres, los embriones masculinos mueren a un ritmo superior al de los femeninos, lo cual podría atribuirse a la estructura de los cromosomas sexuales. Las mujeres poseen un par de cromosomas XX, mientras que los hombres tienen un cromosoma X y uno Y. Este último presenta menos genes, y, en caso de un defecto genético en el X, las mujeres cuentan con un cromosoma de respaldo que no tienen los hombres. Según Lorna Harries, de la Universidad de Exeter, los bebés varones enfrentan hasta un 30% más de probabilidades de morir en el embarazo tardío y un 14% más de nacer prematuramente.³¹

Otro elemento es el factor hormonal, la testosterona es una hormona crucial en el desarrollo de las características masculinas, como la voz profunda y la mayor masa muscular, sin embargo, su aumento durante los años de adolescencia también se asocia con un incremento en la tasa de mortalidad entre varones, posiblemente debido a comportamientos de alto riesgo, como peleas y conducción imprudente. Por otro lado, el estrógeno, hormona sexual femenina, actúa como un protector celular, reduciendo el estrés oxidativo y favoreciendo la eliminación del colesterol nocivo, contribuyendo así a la salud cardiovascular.^{31, 32}

El comportamiento es otra explicación, en lugares donde hay conflictos, la esperanza de vida masculina disminuye con velocidad. Pero también factores como fumar, beber y una mala alimentación pueden explicar en parte por qué la diferencia entre el promedio de vida de hombres y mujeres es mayor en algunos países que en otros, por ej., en Rusia, país con la mayor tasa de trastorno por consumo de alcohol en hombres, los cuales mueren 13 años antes que las mujeres por el consumo excesivo, en este país es entre 10 y 17 litros de alcohol puro por persona al año, México ocupa el lugar 69 a nivel mundial de consumo de alcohol en hombres. Otro aspecto es el relacionado con las muertes por accidentes de tráfico asociadas al abuso en el consumo de alcohol, por lo que disminuirlo ayudaría a sumar años adicionales a la vida de los hombres.^{31, 33}

En este contexto para las mujeres el edadismo las ubica en un rol de abuelas y/o cuidadoras, las consecuencias del edadismo en los hombres adultos mayores se da de forma diferente, por ejemplo, en los medios empresariales pueden seguir teniendo posiciones de poder y prestigio, tienen parejas más jóvenes y una vida sexual activa, las mujeres mayores se ven limitadas a vidas que siguen estando en relación con los otros y/o cargadas de connotaciones negativas. Las mujeres en el mundo laboral, especialmente en puestos de liderazgo, deben enfrentar los prejuicios y discriminación por su edad en todas las etapas de su vida.³⁴

Además, las canas, las arrugas y la experiencia son rasgos que pueden ser percibidos como atractivos para los hombres, pero no ocurre lo mismo en las mujeres. Todo esto incide en la forma en la que se trata a las mujeres mayores, pero también en la visión que tienen las mujeres mayores sobre sí mismas y su identidad con respecto a los varones.³⁵

Otro aspecto a considerar es el riesgo hacia la conducta suicida, que a menudo se presenta en individuos que tienen dificultades para adaptarse al envejecimiento debido a rasgos de personalidad rígidos, obsesivos o ansiosos, a los impactos de la mala salud física y el deterioro funcional, en particular la depresión y el aislamiento social, en 2013 se estimó que alrededor del 17% de las muertes por suicidio notificadas a la OMS se registraron en personas mayores de 65 años,³⁶ cabe mencionar que en otro estudio con personas de 97 años se encontró que el 77% de los que reconocieron sentimientos suicidas no cumplían los criterios de depresión.³⁷

Los hombres presentan tasas de suicidio más altas que las mujeres a lo largo de la vida y con la edad la proporción entre hombres y mujeres aumenta³⁸ (Figura II.6).

FIGURA II.6. Pareja de adultos mayores. La mujer toma del brazo al hombre que tiene niebla mental.



Fuente: <https://lamenteesmaravillosa.com/los-trastornos-mentales-mas-comunes-en-adultos-mayores/>

En Estados Unidos de Norteamérica p. ej., en 2020, la tasa de suicidio en hombres de 65 a 74 años fue de 24.7 por cada 100,000 habitantes, en hombres de 75 años o más fue de 40.5/100,000, ambas cifras superiores a la tasa nacional general de 13.5/100,000. Cabe destacar que el suicidio en adultos mayores es predominantemente masculino; la tasa de suicidio en mujeres de 65 a 74 años en 2020 fue de 5.6/100,000, de 75 años o más fue de 3.9/100,000.

Los factores asociados a la alta incidencia de suicidio en hombres mayores, o aquellos con mayor riesgo de suicidio, son: ser viudos o divorciados, tener antecedentes de depresión y ansiedad, padecer una enfermedad médica crónica o neurológica comorbilidad, haber perdido la dignidad y el control del abuso del alcohol, vivir solos o en una residencia de ancianos, sentir desesperanza y ver la vida como algo sin sentido.³⁹

La conducta suicida en la vejez presenta una etiología compleja, donde convergen factores biopsicosociales acumulados a lo largo de la vida. Investigaciones recientes han señalado diferencias neurocognitivas significativas entre adultos mayores con depresión que presentan ideación suicida y aquellos que no. Además, se han documentado alteraciones estructurales en neuroimagen que respaldan estas diferencias, sin embargo, persiste la interrogante sobre el impacto de factores neurocognitivos en la conducta suicida en ausencia de depresión.⁴⁰

Determinantes sociales de la salud en el envejecimiento

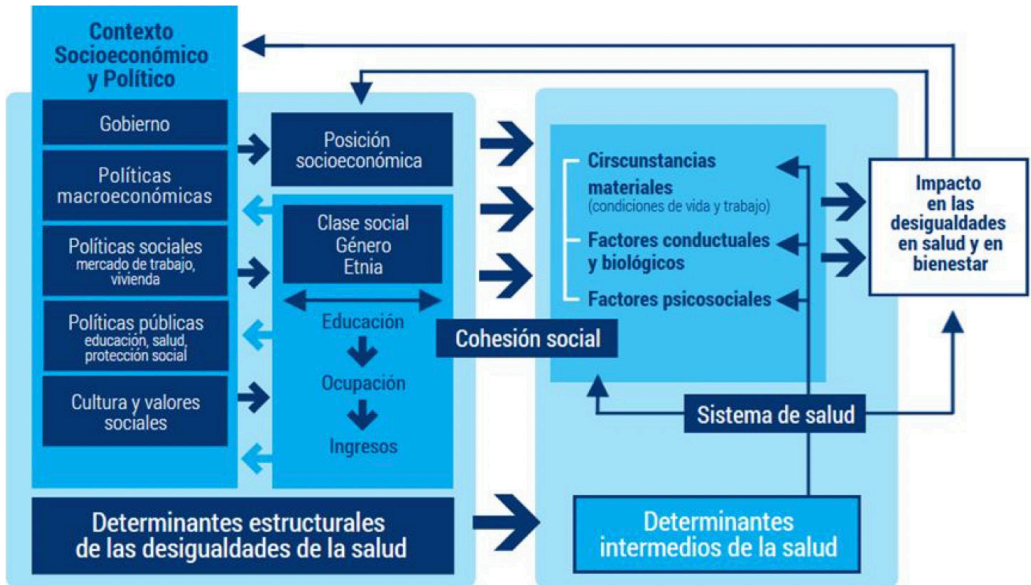
Las sociedades envejecidas enfrentan retos como el sostenimiento de sistemas de pensiones, la atención médica adecuada o la inclusión social de los ancianos, por lo que es necesario desarrollar políticas que promuevan la activa participación de los adultos mayores en la vida social y económica, desafiando así las percepciones tradicionales sobre la vejez.

Los determinantes sociales de la salud, definidos por la OMS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”,⁴¹ en otras palabras, los determinantes sociales (Cuadro II.2) del envejecimiento son factores que

Capítulo II. Aspectos sociodemográficos de los adultos mayores

influyen en cómo las personas viven y se desarrollan a lo largo de su vida y que afectan su salud y bienestar durante la vejez.

CUADRO II.2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2025.⁴¹

Los determinantes del estado de salud de la población son el resultado de una compleja interacción entre diversos factores que incluyen el medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y los servicios de salud. El medio ambiente juega un papel decisivo, la contaminación del aire y del agua, así como la disponibilidad de espacios verdes, impactan directamente en la salud física y mental de los individuos. Además, la cohesión social y las redes de apoyo comunitarias son esenciales para la resiliencia colectiva ante problemas de salud.

Por otro lado, el estilo de vida es un factor esencial, las decisiones individuales relacionadas con la alimentación, la actividad física y la gestión del estrés influyen en la prevalencia de enfermedades.

Según el enfoque de Lalonde (1974) estos elementos no solo influyen individualmente, sino que su interrelación es fundamental para comprender y diseñar políticas efectivas que prevengan enfermedades y promuevan el bienestar en la sociedad sobre todo cuando estas lleguen a la edad en las que se les considera adulto mayor.⁴¹ La promoción de hábitos saludables dentro de las comunidades puede ser una estrategia efectiva para fomentar el bienestar general y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles.

A su vez, la biología humana introduce otros factores a considerar, como la predisposición genética que cada persona hereda, aun cuando estos aspectos no son modificables, conocerlos permite desarrollar enfoques de salud personalizados.

Finalmente, la accesibilidad y calidad de los servicios de salud son pilares clave para el bienestar de la población. Sistemas de salud eficientes garantizan que los individuos reciban atención oportuna, lo cual es fundamental para prevenir, diagnosticar y tratar diversas condiciones de salud.⁴²

En los países desarrollados, la atención se centra en mejorar la calidad de vida de las personas mayores y asegurar su bienestar, mientras que, en las regiones pobres, será necesario abordar la falta de recursos y estar preparados para este cambio demográfico.^{8,9}

En la vejez se presenta un proceso que conlleva cambios en la forma en que las personas se relacionan con los demás y con ellas mismas, estos cambios son provocados por la senescencia como se le denomina al conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.⁴³

Desde la perspectiva biológica, el envejecimiento es la consecuencia del conjunto de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y que tiene como última fase, la muerte. La diversidad de factores que se aprecian en la vejez va más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras

transiciones vitales, como la jubilación, la pérdida de roles sociales, el fallecimiento de la pareja o de amigos y el traslado a viviendas de familiares.⁴⁴

Conclusiones

En México, el envejecimiento se acelerará en los próximos años, lo que implica la necesidad de diseñar políticas públicas que promuevan el envejecimiento saludable, la participación activa de los adultos mayores y la adaptación de los sistemas de salud y seguridad social.

Los aspectos a considerar para garantizar una vida digna, cuando se trata a los adultos mayores, es poner atención en su salud física y mental, en su autonomía, bienestar emocional, cohesión social, y la promoción de un envejecimiento activo y digno.

Referencias

1. Naciones Unidas. CEPAL. Los efectos y desafíos de la transformación demográfica en América Latina y el Caribe. 2018. <https://www.cepal.org/es/enfoques/efectos-desafios-la-transformacion-demografica-america-latina-caribe>
2. Organización UNFPA. 2018. Atlas del dividendo demográfico. <https://www.unfpa.org/es/data/demographic-dividend#0>
3. Mestres DJ. El impacto de la transición demográfica ¿es inevitable? CaixaBank Research [en línea]. 2015. <https://www.caixabankresearch.com/es/economia-y-mercados/mercado-laboral-y-demografia/impacto-transicion-demografica-inevitable#:~:text=Esta%20importante%20transformaci%C3%B3n%20demogr%C3%A1fica%20puede,la%20econom%C3%ADa%20en%20su%20conjunto.>
4. Expansión. Datos macro. México: Pirámide de población. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/mexico>

5. Creagh P M, García OD, Valdés C. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. Rev haban cienc méd [en línea]. 2015; 14(6): 884-886. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2015/hcm156q.pdf>
6. INEGI. Página web. Cuéntame de México. Esperanza de vida. <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
7. Partida BV. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de población. 2005; 11 (45): 9-27. <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a2.pdf>
8. Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital: Línea base 2014. Secretaría de Integración Social. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2015: 65. https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2015politicaspublicas/18012016_Linea_base_2014_politica_publica_social_para_el_envejecimiento_y_la_vejez.pdf
9. Quintero BF, Morales RJ. Envejecimiento: Aspectos sociodemográficos. Salud Areandina. 2019; 5 (2): 24-35. <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1323/1204>
10. Partida BV. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de población. 2005; 11 (45): 9-27. <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a2.pdf>
11. Bloom D. Healthy ageing for a healthy economy. Centre for Economic Policy Research. November 2022. <https://cepr.org/voxeu/columns/healthy-ageing-healthy-economy>
12. Bloom D, Zucker L. El envejecimiento, la auténtica bomba demográfica. Finanzas & Desarrollo. Fondo Monetario Internacional. 2023; junio: 58-61. <https://www.imf.org/es/Publications/fandd/issues/Series/Analytical-Series/aging-is-the-real-population-bomb-bloom-zucker>
13. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. 2022. Comunicado de prensa núm. 568/22. https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
14. Secretaría del Bienestar. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Diagnóstico de las Personas Adultas Mayores en México V. 2025. https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/DiagnosticosPAMV_final

23. Instituto Nacional de Geriátría. Edadismo. Infografías. 2024. <https://www.gob.mx/inger/articulos/infografias-edadismo#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20edadismo?,por%20raz%C3%B3n%20de%20la%20edad>
24. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Edadismo.2021. <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
25. Fundación Help Age International España. Mujeres mayores: el impacto del machismo y el edadismo en su vida y sus derechos humanos. Cuaderno 6. https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/01/HelpAge_Cuaderno-6_Mujeres-mayores.pdf
26. Fundación Pascal Maragall. (2024 16, julio). Edadismo hacia las personas mayores: qué es y cómo combatirlo. [Blog]. Fundación Pascal Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/edadismo-que-es>
27. De Lemus S, Expósito F. Nuevos retos para la Psicología Social: edadismo y perspectiva de género. *Pensamiento Psicológico*. 2005; 1 (4): 33-51.<https://www.redalyc.org/pdf/801/80112046005.pdf>
28. Stokes R, Frederick-Recascino C. Women’s perceived body image: relations with personal happiness. *Journal of Women and Aging*. 2003; 15: 17-29.
29. Freixas, A. (2004). Envejecimiento y perspectiva de género. En E. Barberá e I. Martínez Benlloch (Eds.), *Psicología y Género* (pp. 325-352). Madrid: Pearson Prentice Hall.
30. Tió C. (2025 20, agosto)¿Existe diferencia en el desarrollo embrionario en función del sexo? [Blog]. Instituto Bernabeu. <https://www.institutobernabeu.com/es/foro/existe-diferencia-en-el-desarrollo-embrionario-en-funcion-del-sexo/#:~:text=Puesto%20que%20es%20un%20proceso,algo%20m%C3%A1s%20r%C3%A1pida%20en%20ellos>
31. BBC (5 febrero 2019) ¿Por qué las mujeres viven más que los hombres? BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-47117444>
32. Ide H. The impact of testosterone in men’s health. *Endocr J*. 2023; 70 (7):655-662. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.googleusercontent.com/publication/37045775/>
33. Morris L, Abbey Care Foundation. Estadísticas de alcoholismo por país. 11 de octubre de 2024. Abbey Care Foundation, 2024. <https://www.abbeycarefoundation-com.translate.googleusercontent.com/publication/37045775/>

goog/alcohol/alcoholism-by-country-statistics/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge

34. Red Mad. Mujeres Alta Dirección. (08 noviembre 2023). Las mujeres en espacios de poder se enfrentan al edadismo a cualquier edad. red de mujeres en alta dirección.<https://redmad.cl/articulos/las-mujeres-en-espacios-de-poder-se-enfrentan-al-edadismo-a-cualquier-edad/#:~:text=El%20estudio%20revel%C3%B3%20que%20las%20mujeres%20deben,con%20estudiantes%2C%20becarias%2C%20aprendices%2C%20secretarias%2C%20entre%20otros>
35. Crespo LE. ¿Qué es el edadismo y cómo impacta a las mujeres? Crespo Law. 2025. <https://www.elenacrespolorenzo.com/es/edadismo/>
36. Estadella-Guerra C, Medina-Elgueta C, Toro-Silva C. Muertes por suicidio en Personas Mayores y género masculino en Chile: Una reflexión pendiente. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2023; 61(4): 393-401.<https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v61n4/0717-9227-rchnp-61-04-0393.pdf>
37. Fassberg M, Ostling S, Borjesson-Hanson A, Skoog I, Waern M. Sentimientos suicidas en el ocaso de la vida: un estudio poblacional transversal en personas de 97 años. *BMJ Open.* 2013; 3 (2): e002660. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23377994/>
38. Wasserman D, Wasserman C. Editores. *Suicidology and suicide prevention.* Oxford University Press. 2009.
39. Salvatore T. Ageism, Mental Health and Suicide Risk in Older Men. National All. National Alliance on Mental Illness. 2022. <https://www.nami.org/anxiety-disorders/ageism-mental-health-and-suicide-risk-in-older-men/>
40. Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas.* 2014; 79 (2): 179-83. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7131116/>
41. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. OPS/OMS. 2025. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
42. De la Guardia GM, Ruvalcaba LJ. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR [en línea].* 2020; 5(1): 81-90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081#:~:text=La%20

Comisi%C3%B3n%20de%20Determinantes%20Sociales,el%20sistema%20de%20salud%224

43. NIH. Instituto Nacional del Cáncer. Página web. Diccionarios del NCI. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/senescencia>
44. Organización Mundial de la Salud. Sitio web. Envejecimiento y salud. 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>



Aspectos psicológicos de los adultos mayores

José Miguel Sánchez Nieto

Introducción

Para un tratamiento estomatológico integral es necesario conocer aspectos psicológicos del adulto mayor por los cambios biopsicosociales que lo afectan.

En este capítulo, se inicia explorando el concepto de vejeísmo lo cual puede afectar a nivel institucional, interpersonal y autoinfligido, influyendo en el ámbito académico y en el área de la salud, por lo que pueden impactar en cómo se estudia y trata a la persona mayor.

Posteriormente, se presenta la teoría del ciclo vital, que ofrece una perspectiva integral del desarrollo humano, considerando las ganancias, el mantenimiento y el ajuste a las pérdidas a lo largo de la vida, propone el modelo de selección con optimización y compensación para describir cómo se puede lograr un desarrollo exitoso.

También se aborda la cognición en el adulto mayor, señalando los procesos cognitivos que se mantienen y aquellos que declinan con la edad y se describe el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico. En cada uno se indica cómo cambia la cognición y el bienestar durante el envejecimiento y se dan estrategias tanto para mantenerlos y/o aumentarlos.

Además, se analizan los padecimientos psicológicos comunes en la vejez, como la demencia, el deterioro cognitivo, la depresión y la soledad, ofreciendo una visión comprensiva de sus causas, consecuencias y posibles intervenciones.

Implicaciones del Viejismo

Mucho del conocimiento y creencias que tenemos sobre el mundo se adquirieron a través de la experiencia, sin llegar a ser conscientes que se tienen, pero afectan la forma en que percibimos y actuamos en nuestro entorno. El conocimiento y creencias inconscientes sobre el viejo y la vejez las puede tener cualquier persona p.ej., políticos, académicos, profesionistas de la salud, incluso los adultos mayores, impactando en la forma de análisis y trato de la vejez y los viejos.

Al ver a una persona las primeras características que podemos notar son la edad, el sexo o el color de piel, éstas pueden generar emociones y pensamientos que nos ayudan a clasificarlos y nos da guías de como interactuar con ellas, a pesar de lo poco que conocemos sobre otras de sus características relevantes como su personalidad, inteligencia, valores, gustos, salud, etc. Esto puede generar fenómenos como el sexismo, el racismo y en el caso de la edad, viejismo, en los que por una característica juzgamos varias cualidades de la persona.

En particular, el edadismo se refiere a prejuicios (cómo sentimos), estereotipos (cómo pensamos) y discriminación (cómo actuamos) dirigido a una persona basándonos exclusivamente en su edad.¹ Aquí lo nombraremos viejismo, debido a que se especifica que es únicamente en la vejez y no en otras etapas del desarrollo. El viejismo en algunas ocasiones se comete de forma consciente, pero lo más frecuente es que se realicen de forma inconsciente, sólo posterior al juicio o la acción se dan explicaciones, las cuales pueden justificar, normalizar y mantener la existencia del viejismo.

El prejuicio es una evaluación afectiva rápida, se puede generar solo al percibir a la persona sin llegar a ser consciente del estado afectivo, el cual puede ser una sensación positiva (de agrado o deseo de acercarse) o, con mayor frecuencia, negativa (desagrado o querer alejarse). Esta experiencia afectiva se relaciona con una toma de decisiones rápida,

automática y de poco esfuerzo. Los pensamientos y acciones que realizamos se pueden generar por esa primera impresión afectiva, construyendo explicaciones congruentes con esas reacciones afectivas.

Los estereotipos son un conjunto de generalizaciones cognitivas, p. ej., creencias, expectativas, sobre las cualidades y características de una persona o de los miembros de un grupo, estos pueden simplificar y agilizar la toma de decisiones, pero suelen ser exagerados y resistentes a revisión. El estereotipo genera una categoría que incluye capacidades físicas, mentales, sociales, económicas, entre otras, a pesar de conocer poco acerca de la persona. Además, pueden hacer que filtremos la información para justificar nuestra creencia inicial, ya sea seleccionando la información o aumentando su relevancia. Estos pueden ser positivos, p. ej., los viejos son sabios, aunque por lo regular son negativos, p. ej., los viejos tienen deterioro cognitivo.

Los prejuicios y estereotipos pueden generar discriminación. La discriminación es el trato injusto hacia una persona o un grupo basados en su edad, género, color, entre otros rasgos de la persona. Este trato se manifiesta en conductas de personas y prácticas institucionales dirigidos a las personas mayores, así como en la forma de hablar sobre la vejez. El viejismo se puede presentar a nivel institucional, interpersonal y autoinfligido.²

El viejismo a nivel institucional son las leyes, regulaciones, políticas y prácticas institucionales que limitan injustamente las oportunidades en función de la edad. Incluye elementos conscientes y manifiestos de personas en la institución, aunque por lo común es un apoyo no consciente al realizar comportamientos repetitivos sin analizar los efectos y significados de este. El viejismo institucional se infiere de los resultados de las actividades de la institución, por ejemplo en los lugares de trabajo: no contar con personal capacitado para tratar con esta población, no dar trabajo o incluir en cursos de actualización a las personas mayores; en medios de comunicación: pocos personajes viejos y cuando aparecen padecen una enfermedad; en atención médica: se les niega la atención o acceso a procedimientos, o se administran tratamientos inadecuados; financieros: menor cantidad de préstamos, entre otros.

El viejismo en las relaciones interpersonales es cómo actuamos al interactuar entre personas, en contacto con personas mayores o no. Algunos ejemplos son el considerar que todos los viejos tienen la misma capacidad física, cognitiva o económica, que todos

tienen las mismas necesidades, utilizar un lenguaje “infantilizado” utilizando diminutivos, restringir o considerar ridículos ciertos gustos o comportamientos basados en la edad, entre otros. Ejemplos de viejismo en la familia es cuando no se toma en cuenta las opiniones e intereses de la persona mayor para tomar decisiones; en el personal médico al ignorar a una persona mayor y dirigirse principalmente a sus acompañantes, durante la historia clínica y tratamiento. En el lenguaje al realizar comentarios en los que se asume a la vejez como falta de capacidad o como algo negativo, p. ej., expresiones como “ya estoy/estás viejo/a” al notar agitación o dolor al realizar una actividad física, problemas cognitivos o emocionales, dificultad en iniciar a hacer cosas nuevas, al realizar u observar un comportamiento desagradable. También al asumir que condiciones indeseables son normales en la vejez, por ejemplo, que es normal que huelan mal, que estén “chimuelos”, que estén tristes, que estén solos, entre otros.

En comparación con el sexo y el color de piel, la vejez será una etapa a la que la mayoría de nosotros llegaremos. Los estereotipos o comentarios que se han percibido y experimentado en la juventud se interiorizan, generando valores culturales y expectativas de cómo se debería comportar alguien en la vejez. Estas expectativas pueden repercutir en los intereses que se tengan como persona cuando se es viejo. Algunas creencias que se pueden formar son considerar que es normal en la vejez estar enfermo, sólo, sucio, desarreglado, no aprender cosas nuevas, no salir a divertirse, no iniciar proyectos nuevos, no realizar ejercicio, no conocer nuevas personas, entre muchas otras. Este tipo de creencias limita las capacidades de desarrollo personal, además que entre las mismas personas mayores se difunden, legitimando estereotipos negativos en la sociedad.

Los estudios han identificado que el viejismo institucional, interpersonal y autoinfligido puede disminuir la esperanza de vida, aumentar la probabilidad de enfermedades, recibir tratamientos médicos inadecuados, aumentar la probabilidad de trastornos mentales y deterioro cognitivo, aislamiento, tener una sexualidad restringida, aumentar el maltrato y violencia, generar ideas suicidas y la percepción de la persona mayor como una carga económica social.³

En la sociedad hay factores que aumentan la actitud viejista: 1) el temor a la muerte, 2) el énfasis en la cultura de la juventud, 3) énfasis en la productividad y 4) enfoques de estudio del envejecimiento que resaltan al viejo como frágil o con enfermedades. Algunos factores

de riesgo para que las personas tengan estos estereotipos son una menor edad, sexo masculino, nivel de estudios inferior y ansiedad o temor a la muerte. Algunas condiciones en las que se presentan con menor frecuencia es que se tenga un rasgo de personalidad más amable y extrovertido, una orientación hacia la colectividad, contacto de mayor calidad con personas mayores y conocimientos sobre la vejez. Por otro lado, las personas que sufren vejeísmo son las de mayor edad y peor estado de salud.^{3,4}

Se pueden realizar acciones para reducir el vejeísmo a varios niveles de análisis, por ejemplo, se pueden cambiar leyes y reglas sobre empleo, atención médica, economía, seguridad, etc.; en medios de comunicación se puede aumentar la visibilidad de los viejos en diferentes roles; en instituciones educativas incorporar conocimiento sobre los cambios normales en la vejez y el envejecimiento saludable; en programas sociales se puede promover el contacto intergeneracional con mentorías, aprendizaje de videojuegos, clases compartidas, compartir la vivienda, entre otros. También entre personas se puede platicar para integrar la muerte como parte de la vida, incluir otros valores además de la productividad y cuestionar la forma en la que utilizan el “estereotipo” de vejejo. Los enfoques de estudio pueden incluir al envejecimiento exitoso y al normal, y no únicamente a quienes presentan envejecimiento frágil.¹

Teoría del ciclo vital

El objetivo de la psicología del desarrollo es obtener conocimientos sobre las diferencias y similitudes interindividuales en el desarrollo, así como las condiciones que permiten modificar el desarrollo individual. Las teorías biológicas y algunas psicológicas consideran el desarrollo sólo como crecimiento, excluyendo a la adultez y vejez o asociándolo con deterioro. La teoría del ciclo vital busca disminuir las concepciones de las teorías que conciben a la vejez sólo como pérdidas. La teoría del ciclo vital, más que una teoría, es una perspectiva con algunos principios (Cuadro III.1) para orientar cómo entender el desarrollo durante toda la vida, desde la infancia a la vejez, los cuales se pueden aplicar en teorías específicas sobre procesos cognitivos, emociones y personalidad, entre otras.^{5,6}

CUADRO III.1. Principios de la teoría del ciclo vital.

Principios	Descripción
Desarrollo durante toda la vida	El desarrollo ontogenético es un proceso que dura toda la vida, ocurriendo procesos continuos (acumulativos) o discontinuos (innovadores).
Multidireccionalidad	Existe diversidad en las direcciones en que pueden generar los cambios durante la ontogénesis, incluso en el mismo dominio.
Desarrollo como ganancias/pérdidas	El desarrollo no es solo aumentar la eficiencia, sino en como ocurren las ganancias, el mantenimiento y las pérdidas.
Plasticidad	Existe un rango de capacidad para cambiar o modificar el desarrollo de un individuo.
Considerar la historia y el contexto	Para conocer el desarrollo ontogenético es necesario considerar las influencias normativas por edad (cambios esperados por etapa de vida), por historia (cambios generacionales en una época determinada) y las no normativas (cambios específicos que le ocurren a un individuo).
Campo multidisciplinario	Las explicaciones del desarrollo pueden integrar conocimientos de diferentes áreas (biología, psicología, sociología, antropología, etc.)

Fuente: Baltes, 1997.⁵

La teoría del ciclo vital considera que el hombre es un ser biológico y cultural. Como seres biológicos, el cuerpo se ha formado a través de la selección evolutiva heredando características a través de los genes. Los genes nos dan un potencial biológico que al expresarse nos permite adaptarnos al ambiente, intentando mantener al organismo en condiciones óptimas hasta la edad reproductiva, algunos beneficios después de esta etapa pueden mantenerse, sin embargo, la capacidad homeostática del individuo empieza a disminuir.^{5, 6} Actualmente la gerociencia estudia los mecanismos biológicos que ocasionarían estos cambios.⁷

Los elementos culturales son los recursos psicológicos, sociales, materiales y simbólicos que la humanidad ha producido a lo largo de milenios. Algunos ejemplos son las habilidades cognitivas, las estrategias de socialización, la alfabetización, la tecnología, etc. Varios se conservan y transforman de generación en generación, en ocasiones, teniendo un impacto más rápido que el componente biológico.

La constitución biológica y cultural va a impactar en el desarrollo, el cual desde la perspectiva del ciclo vital, además de considerar crecimiento, incluye el mantenimiento y la regulación de las pérdidas. El crecimiento se refiere a conductas que permiten alcanzar niveles más altos de funcionamiento o capacidad adaptativa; el mantenimiento son conductas que permiten mantener el nivel de funcionamiento ante un nuevo desafío o recuperar los niveles previos tras una pérdida, la regulación de la pérdida son conductas que organizan un funcionamiento adecuado en niveles inferiores al mantenimiento o recuperación, debido a pérdidas externas o internas. Los procesos de ganancia, mantenimiento y pérdida estarán presentes y tendrán una influencia tanto biológica como cultural durante toda la vida.

Para lograr un desarrollo exitoso se tendría que conseguir la maximización conjunta de ganancias (objetivos o resultados deseables) y minimización de pérdidas (objetivos o resultados indeseables). Para explicar cómo poder conseguirlo Baltes propone el modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC, por sus siglas en inglés *Selective optimization with compensation*) (Cuadro III.2). El modelo asume que lo que constituye una ganancia o pérdida está condicionada por factores culturales, personales, el dominio o fenómeno que se analice y la perspectiva teórica. El desarrollo exitoso involucra una coordinación entre la selección, optimización y compensación dependiendo de elementos particulares en dónde se aplique, por ejemplo, en un marco teórico centrado en la acción, la selección implica los objetivos y resultados, la optimización los medios para alcanzar los objetivos deseados y la compensación la respuesta a la pérdida de medios relevantes para los objetivos a fin de mantener los niveles deseados de funcionamiento.⁶

Distinguir las categorías de optimización y compensación no es fácil por la multicausalidad, equifinalidad y multifuncionalidad. La multicausalidad se refiere a que un fenómeno tiene múltiples causas o factores que contribuyen a él; la equifinalidad significa que se puede alcanzar el mismo estado final a partir de diferentes condiciones iniciales y a través de distintos caminos; y la multifuncionalidad se refiere a la capacidad de un elemento de desempeñar varias funciones o tareas. Por ello, puede haber variación en los elementos que nos permiten llegar a las metas. En el siguiente apartado se da un ejemplo de cómo se puede utilizar el modelo SOC en el ámbito cognitivo de la persona mayor (Cuadro III.3 y III.4).

CUADRO III.2. Elementos del modelo de Optimización Selectiva con Compensación.

Condiciones antecedentes		Procesos que organizan		Resultados
Edad y plasticidad individual	→	Selección: Identificación de dominios relevantes y de las metas o resultados	→	Maximizar las ganancias y minimizar la pérdidas objetivas o subjetivas
Recursos internos y externos		Optimización: Adquirir o refinar medios o recursos para alcanzar las metas		Desarrollo exitoso como crecimiento o mantenimiento
Demandas del contexto		Compensación (respuesta a pérdidas). Cambio a nuevas metas o incorporar nuevos medios debido a a) pérdida de recursos b) cambio de contexto c) reajuste en la estructura de metas		Mantenimiento de una función incluyendo la recuperación ante pérdidas Regulación ante las pérdidas.

Fuente: Modificado de Baltes, 1999.⁶

CUADRO III.3. Principios de la teoría del ciclo vital aplicados a la cognición.

Principios	Descripción
Desarrollo durante toda la vida	Los cambios cognitivos ocurren durante toda la vida
Multidireccionalidad	Procesos asociados con el conocimiento aumentan mientras que relacionados con procesamiento de información nueva disminuyen
Desarrollo como ganancias/pérdidas	Se pueden seguir aumentando el conocimiento, aunque en procesar información de tareas nuevas se requiere más tiempo y esfuerzo.
Plasticidad	Existe un rango de capacidad cognitiva individual que puede ser modificado por actividades y factores ambientales

Capítulo III. Aspectos psicológicos de los adultos mayores

CUADRO III.3. Principios de la teoría del ciclo vital aplicados a la cognición
(continuación).

Principios	Descripción
Considerar la historia y el contexto	Normativo por edad: se espera un ligero declive en funciones como la atención; Normativo por generación: las mejores en salud permiten que los adultos mayores tengan un mejor rendimiento cognitivo por más tiempo en comparación con generaciones anteriores. No normativos: el estilo de vida específico de cada individuo puede variar su desempeño cognitivo en la vejez.
Campo multidisciplinario	Los cambios cognitivos se estudian desde las neurociencias, la psicología, la sociología, la medicina, entre otras. para conocer el fenómeno.

Fuente: Modificado de Baltes, 1999.⁶

CUADRO III.4. Principios del modelo SOC aplicados a la cognición de la persona mayor.

Condiciones antecedentes		Procesos que organizan		Resultados
Edad y plasticidad individual	→	Selección: Procesos en atención y memoria episódica	→	Mantener las funciones cognitivas durante 3 años evaluadas con pruebas cognitivas estandarizadas
Recursos internos (motivación, intelecto etc) y externos (espacios de esparcimiento, etc)		Optimización: Realizar ejercicio y actividades estimulantes		
Demandas del contexto (contaminación, acceso a lugares estimulantes cognitivamente)		Compensación (respuesta a pérdidas). Buscar nuevas actividades o lugares si es que las actuales son aburridas o muy fáciles.		

Fuente: Modificado de Baltes, 1999.⁶

Cognición del adulto mayor

La cognición son los procesos que utilizamos para procesar información, entre ellos se encuentran la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, entre otros. Para su estudio se desarrollaron múltiples modelos teóricos que dividen cada proceso cognitivo en elementos más específicos. En el caso de las personas mayores es útil diferenciar procesos cognitivos que involucran conocimiento y procesos cognitivos que involucran aprendizaje nuevo.⁸

Los procesos relacionados con el conocimiento se van formando durante toda la vida, así que en estas las personas son más eficientes que las jóvenes. Estos pueden ser similares al conocimiento de experto que se adquiere con práctica deliberada, objetivos claros y específicos cada vez que se practica, aprendiendo algo nuevo de esa actividad constantemente, con alta concentración en esa actividad, realizar ajustes constantes durante el proceso y mucho tiempo de práctica.¹⁰ Esto permite a las personas mayores desarrollar habilidades y conocimientos para ser más eficientes en la actividad que practican.⁹ Una forma de evaluarlo es a través del lenguaje, generalmente las personas mayores tienen un mayor vocabulario por lo que pueden decir más definiciones de conceptos, sinónimos o antónimos.

Los procesos cognitivos relacionados con la información nueva descienden con la edad, estos se relacionan principalmente con procesos de atención como la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento y la inhibición. La memoria de trabajo es la capacidad de mantener información en la mente mientras realizamos alguna operación con ella, por ejemplo, cálculos mentales; la velocidad de procesamiento es el tiempo que tardamos en realizar algún proceso cognitivo, por ejemplo, identificar diferencias en dos imágenes similares; la inhibición es la capacidad que tenemos para inhibir información irrelevante para la tarea que se está realizando. Estos procesos atencionales se relacionan con el declive cognitivo en general, comienzan a disminuir alrededor de los 25 años. Otros procesos como la memoria episódica (memoria de eventos específicos) y el razonamiento inician a descender hasta los 60 años, además que existe una mayor variabilidad en el declive de estos procesos.⁹

El declive cognitivo hace referencia particularmente a los procesos cognitivos que descienden con la edad. Este ocurre por los cambios que ocurren en el cerebro durante el

envejecimiento. Entre los cambios que ocurren se encuentra la reducción de la sustancia gris, particularmente en el lóbulo frontal y en el temporal; también disminuye la sustancia blanca, aunque no se sabe si esto es un declive normal de la vejez o un indicador de envejecimiento patológico. La producción de neurotransmisores también disminuye, particularmente la reducción de dopamina se relaciona con un menor rendimiento en tareas cognitivas. Aumenta la activación de la red neuronal por defecto, que se relaciona con una menor eficiencia en la comunicación entre diferentes regiones del cerebro, también aumenta la acumulación de proteínas anormales como el Beta amiloide y tau, que en exceso se relacionan con el Alzheimer. Disminuye el flujo sanguíneo cerebral, disminuyendo el suministro de oxígeno y nutrientes. Aumenta la inflamación crónica, ocasionando daño en las neuronas. También existen cambios en el cerebro que permiten compensar esos daños hasta cierto grado, como el mantenimiento cerebral, la reserva cognitiva, la compensación cognitiva, la plasticidad neuronal y el andamiaje neuronal.^{13, 14, 15}

El declive es un proceso inevitable, a pesar de las actividades o buenas condiciones de salud que tenga la persona, sin embargo, se puede retrasar el que alcance un nivel en que la persona pierda su capacidad de autonomía e independencia. En este sentido, hay un rango de variabilidad de cómo se presenta el declive cognitivo en cada individuo dentro del cual el rendimiento cognitivo puede aumentar o disminuir, dependiendo de las actividades que se realicen y de factores ambientales.¹⁶

Los factores que afectan la cognición en la vejez se pueden presentar a lo largo de toda la vida, incluso antes del nacimiento. El coeficiente intelectual y la personalidad son características con una alta influencia genética; en la infancia puede afectar la alimentación, el tipo de apego con los padres y la educación; en la adolescencia y la adultez el tipo de dieta, consumo de alcohol y tabaco, trabajos que involucren poco esfuerzo cognitivo, ejercicio o vida sedentaria. Estos factores se relacionan con la salud en general, incluyendo el estado del cerebro.¹⁴

En la vejez entre los principales factores de riesgo para presentar un declive cognitivo patológico se encuentran la pérdida auditiva, hipertensión, inactividad física, diabetes, aislamiento social, contaminación del aire y la obesidad.¹⁷ Por otro lado, se han propuesto varios factores que ayudan a mantener las funciones cognitivas en la vejez, como el realizar ejercicio físico, tener una dieta baja en calorías en las que predomine el consumo de vegetales, tener una vida social activa y realizar actividades que requieran un esfuerzo

cognitivo alto.¹⁴ Si se tiene un estilo de vida saludable el rendimiento cognitivo se mantiene estable en periodos de 10 años en personas mayores.¹⁸

Existen varias técnicas para mantener las funciones cognitivas, la más conocidas son el entrenamiento cognitivo. El entrenamiento cognitivo se sustenta en una práctica guiada en un conjunto estándar de tareas dirigidas y específicas a mejorar el desempeño en uno o más dominios cognitivos como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. Al ser estandarizadas se han desarrollado varios programas, incluso en aplicaciones.^{19, 20} Sin embargo, su impacto se reduce a la tarea entrenada, con dificultades para la generalización de actividades.²¹

Otra alternativa es la estimulación mental que se refiere a intervenciones para promover la participación en actividades que mantienen las funciones cognitivas, estas además de abarcar los procesos cognitivos, incluye elementos subjetivos como las emociones e intenciones de las personas. Así, este tipo de programas, además de mejorar las funciones cognitivas, pueden ser entretenidos o ayudar a las personas, por lo que son valiosos en sí mismos.²²

Se han desarrollado varias intervenciones de estimulación mental al realizar actividades como aprender teatro o fotografía, enseñar a niños, realizar productos creativos, entre otras. Sin embargo, no es la actividad la que permite mantener el rendimiento cognitivo, sino es cómo se realicen las actividades. Algunas características comunes de las actividades que permiten el mantenimiento cognitivo son (i) uso de procesos cognitivos, (ii) procesamiento autoiniciado, (iii) aprendizaje, (iv) variar o realizar diversas actividades y (v) ajustar la dificultad de la tarea a un nivel alto acorde a las habilidades de la persona.²³

Bienestar del adulto mayor

El bienestar es un elemento frecuentemente mencionado de forma cotidiana, así como en disciplinas académicas, en algunos casos puede ser sinónimo de felicidad o calidad de vida. En filosofía se pueden distinguir dos tipos de bienestar: uno es el hedonismo, considerado como disminución del malestar o un aumento de placer; la otra es la eudaimonía, basado en el desarrollo o florecimiento personal. En psicología, al igual que en la filosofía, el bienestar

tiene dos perspectivas de estudio: el bienestar subjetivo (BS), asociado con el hedonismo, y el bienestar psicológico (BP), asociado con la eudaimonia.²⁴

El BS se divide en tres factores, una evaluación cognitiva y experiencias afectivas positivas y negativas. La evaluación cognitiva del BS se basa en un juicio que realiza la persona sobre su vida en general, o elementos específicos como su familia, trabajo, tiempo de ocio, etc. Esta evaluación se basa en los propios criterios o estándares de la persona, para formarlos se puede realizar una comparación de su estado actual con lo que considera que necesita, merece, poseyó, espera tener o al compararse con otras personas significativas. La persona evalúa que tan satisfecho está con lo que tiene, a mayor satisfacción mayor bienestar.

El afecto es una dimensión formada por la emoción y el humor. Las emociones son breves e iniciadas por un estímulo externo, mientras que el humor es una sensación más estable, que no se activa por eventos específicos. En su expresión más básica puede dividirse como placentero y displacentero, positivo y negativo o bueno y malo, aunque también se pueden incluir emociones como felicidad, tristeza, enojo o miedo. Se pueden agrupar en elementos positivos o negativos, los cuales forman factores independientes. La frecuencia en que se presentan los estados afectivos es un mejor indicador que su intensidad. A mayor frecuencia de afecto positivo y menor frecuencia de afecto negativo se tiene mayor bienestar.

Para explicar cómo varía el bienestar se pueden agrupar tres grupos de teorías. Las primeras se basan en la genética, consideran que existe un estado de afecto basal en las personas, en el que incluso después de eventos positivos o negativos intensos se regresa a un estado afectivo basal. Las segundas teorías se basan en estilos e interpretaciones cognitivos, por ejemplo, las atribuciones que realiza un pesimista u optimista, las estrategias de afrontamiento, las ideas irracionales de Albert Ellis o las distorsiones cognitivas de Aaron Beck, entre otras. Las terceras se agrupan en la satisfacción de necesidades, estas pueden incluir elementos objetivos como las necesidades básicas de alimento, refugio, seguridad, descanso o subjetivas como la necesidad de autonomía, relacionarse con otros, entre otras.²⁵

El cambio del BS a lo largo de la vida es un fenómeno complejo. Algunos estudios indican que los niveles más bajos de BS se encuentran entre los 30 y 50 años, posteriormente aumentan. Sin embargo, solo aumenta en la vejez si las personas mayores tienen sus necesidades básicas satisfechas. También puede disminuir en satisfacción con la vida, pero

umentar considerando los factores afectivos.²⁶ Otro elemento que hace que varíe son los elementos contextuales como las facilidades o dificultades generadas en una sociedad para las personas mayores, características personales como los estilos de afrontamiento o crisis sociales como problemas humanitarios.^{27, 28, 29}

El BS se ha relacionado con una mejor salud y más longevidad. Entre las razones principales de esta relación puede ser que las personas con un mayor BS realizan más ejercicio y consumen menos alcohol y cigarrillos. También las personas con mayor BS tienen una mayor probabilidad de mantenerse casados, tener más amigos y participar en más actividades de voluntariado o ayuda a su comunidad. Por otro lado, las emociones positivas se han asociado con mejor sistema inmune y menor intensidad de dolor, con mayor recuperación y supervivencia en pacientes con enfermedades físicas, mientras que las emociones negativas se asocian con mayores niveles de depresión y soledad.^{30, 31}

Las emociones positivas se relacionan con la satisfacción de necesidades sociales y las experiencias en relación con otros, en cambio la satisfacción con la vida se relaciona con la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación, la salud, la seguridad, entre otras. Se puede lograr un aumento del BS mediante concentrarse y disfrutar eventos presentes positivos, recordar o anticipar un evento positivo, felicitar a uno mismo, pensar en las cosas agradables o valiosas que le han ocurrido, expresar comportamientos de emociones positivas, compartir eventos positivos con otros, hacer listas de cosas que agradecer y conductas para expresar agradecimiento.³²

Por otro lado, el BP se puede estudiar como resultado o como proceso. Como resultado, Carol Ryff identificó puntos comunes entre varios autores que han estudiado el desarrollo personal y propone una escala formada por 6 factores: la autonomía, el crecimiento personal, la autoaceptación, el propósito en la vida, dominio del entorno y relaciones positivas. Particularmente los viejos con altos niveles de propósito de vida (tener metas, intenciones y un sentido de dirección) tienen mayor longevidad, reducción del riesgo de enfermedades, reducción de la desregulación de los sistemas fisiológicos, menor expresión de genes que aumentan los procesos inflamatorios y mayor probabilidad de practicar métodos preventivos o conductas saludables.³³

El BP como proceso se puede analizar tomando como base la teoría de la autodeterminación (SDT, del inglés *Self-determination Theory*). En ella se propone que el BP es el resultado de un

estilo de vida basado en valores y metas intrínsecos. Los valores intrínsecos se caracterizan por no ser reducibles a otros valores y ser valiosos por sí mismos, por ejemplo, el crecimiento personal, afiliación e intimidad. Contrastan con los valores o metas extrínsecas que son instrumentos para alcanzar algún otro valor o meta, por ejemplo, la riqueza, posesiones materiales, reconocimiento social, fama, atractivo físico, entre otros.

Las metas intrínsecas satisfarán necesidades psicológicas básicas. Ryan y Deci proponen la autonomía, la competencia y las relaciones personales. La autonomía describe la necesidad de experimentar la autoaprobación y la propiedad de sus acciones; la competencia se refiere a sentirse efectivo en las interacciones con el entorno social; la relación con otros se refiere a sentirse conectado e involucrado con los demás y tener un sentido de pertenencia. Tanto los valores y metas intrínsecas se basan en el significado que les atribuye la persona y no sólo en el elemento empírico o sensible, por ejemplo: las relaciones con otros, se les puede atribuir un fin en sí mismo o uno instrumental (obtener una ganancia de esa relación).³⁴

El llevar un estilo de vida que satisfaga estas necesidades se relaciona con una mayor satisfacción de vida, afecto positivo, autoestima, entre otros, mientras que el no satisfacerlas se relaciona con depresión, apatía o ansiedad.³⁵

Entre las actividades en las que se puede obtener el BP como proceso se encuentran las relacionadas con el ocio (actividades voluntarias realizadas durante el tiempo no dedicado al trabajo).³⁶ Sin embargo, cualquier actividad puede desarrollar el BP, siempre que se genere un entorno que satisfaga las tres necesidades básicas. La autonomía se favorecerá en entornos que faciliten elegir actividades acordes con valores, intereses y metas personales; la competencia con desafíos que no sean muy fáciles o difíciles, con una retroalimentación clara sobre si se realiza adecuadamente; la relación con otros se basa en el apoyo, respeto y aceptación, por lo que es relevante reconocer los intereses de cada persona. Por otro lado, algunas condiciones frustrarán la satisfacción de estas necesidades: la autonomía se frustrará con reglas rígidas o arbitrarias, seguir objetivos que no tienen sentido para las personas o no considerar intereses personales; la competencia con tareas difíciles o humillantes, sin retroalimentación o únicamente negativa y no permitir progreso; las relaciones se afectarán en entornos competitivos o fríos en los que se ignoren las necesidades de los otros.³⁴

■ Padecimientos psicológicos en los adultos mayores

Demencia

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por una disminución cognitiva a un nivel en que la persona pierde la capacidad de tomar decisiones (autonomía) y de realizar actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (independencia). En algunos lugares se menciona “demencia senil” para indicar que la demencia da por ser viejo, lo cual es un vejeísmo, debido a que la demencia es una enfermedad asociada a múltiples patologías.

La demencia se puede clasificar considerando en donde se presente el mayor daño en cortical (ej. Alzheimer, fronto-temporal, etc.) y subcortical (ej. de vascular, cuerpos de Lewy, parálisis supranuclear, por VIH, etc.). También se puede considerar si es primaria en dónde el padecimiento principal es la demencia (ej. el Alzheimer, la enfermedad de Huntington, demencia en la enfermedad de Parkinson), o si es secundaria a otro padecimiento (ej. infecciones, neoplasias, intoxicación, deficiencia de nutrientes, una alteración metabólica, etc.). Esto es relevante reconocerlo ya que en algunos casos si se atiende la causa primaria la persona puede recuperar cierto grado de rendimiento cognitivo.^{37, 38, 39}

Las demencias más frecuentes son la de Alzheimer y vascular, en México se calcula que se presenta en un 7.8 % y en 4.3% en las personas mayores respectivamente.⁴⁰ La causa de la Demencia de Alzheimer es la acumulación de placas de Beta amiloide y ovillos neurofibrilares de tau, dañando principalmente los lóbulos temporales y frontales. Afecta principalmente la capacidad de generar recuerdos nuevos (memoria episódica o anterógrada), aunque conforme avanza afecta también el pensamiento, la conciencia, la ubicación espacial, reconocimiento de rostros, movimientos intencionales, entre otras funciones. Entre los principales factores de riesgo se encuentra el Alelo APOE E4 o algunas otras mutaciones genéticas y una edad avanzada, por lo regular más de 80 años.⁴¹

La demencia vascular es ocasionada por problemas cerebrovasculares como infartos, hipoperfusión, hemorragias, etc. Puede afectar zonas subcorticales o corticales dependiendo de la zona del insulto. Puede ser escalonada, es decir, se presenta una disminución cognitiva después de un daño cerebrovascular, posteriormente se mantiene estable el rendimiento cognitivo, hasta que se presenta otra afectación cerebrovascular. Por lo regular repercute en las funciones ejecutivas, la velocidad de procesamiento y la atención, pero dependiendo

de la zona y de la gravedad puede presentar otros problemas cognitivos como afasia, apraxia, alteraciones motoras, etc. Entre los principales factores de riesgo se encuentra la hipertensión arterial y el haber presentado un accidente cerebrovascular previo.⁴²

Se han identificado varios factores modificables relacionados con una mayor probabilidad de padecer cualquier tipo de demencia, estos son el consumo de alcohol, peso corporal alto, depresión, diabetes mellitus, dieta con alto consumo calórico, hipertensión, menor nivel educativo, inactividad física, pérdida sensorial, trastornos del sueño, tabaquismo, aislamiento social, traumatismo craneoencefálico y deficiencia de vitamina D.⁴³

El diagnóstico de una demencia es un proceso complejo. Existen diferentes criterios diagnósticos dependiendo del tipo de demencia. También es necesario identificar si es el padecimiento principal o es secundario a otro padecimiento. Es necesario realizar varios estudios de neuroimagen, biomarcadores de fluidos, estudios neuropsicológicos e historia clínica para integrar los posibles factores de riesgo y estudios para descartar otros padecimientos que afecten las funciones cognitivas.^{37, 38, 39}

Las demencias tienen múltiples consecuencias, además de afectar en la autonomía y la independencia de la persona que la padece, tiene otras consecuencias en ella y su entorno. Las personas con demencia tienen mayor probabilidad de padecer otras enfermedades como infección urinaria, úlcera por presión, desequilibrio electrolítico, polifarmacia, requerir cuidados a largo plazo y disminuir la esperanza de vida. Afecta también a los cuidadores primarios, para quienes es difícil tratar con los padecimientos psiquiátricos de la persona con demencia, además posiblemente el cuidador primario también requiera educación para tratar personas con demencia y apoyo emocional y económico. Todo esto incrementa los costos en los servicios sociales como el ingreso a hospitales, los cuidados a largo plazo, la capacitación del personal, entre otros.^{44, 45, 46, 47, 48}

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es un síndrome para indicar un estado cognitivo entre el envejecimiento normal y algunos tipos de demencias. Se caracteriza por que la persona i) presenta quejas de memoria o de rendimiento cognitivo, preferiblemente corroborada

por un informante; ii) realiza la mayoría de las actividades de la vida diaria; y iii) presenta un menor rendimiento en pruebas neuropsicológicas considerando su edad y escolaridad. Se estima una prevalencia entre el 15% y 20% en personas mayores de 60 años, con una progresión a demencia entre el 8% y 15% al año.

Se ha propuesto una diferencia entre el deterioro cognitivo tipo amnésico y el tipo no amnésico, los cuales son predictores de demencias diferentes. En el deterioro cognitivo amnésico la función más afectada es la memoria, se relaciona con la demencia tipo Alzheimer; por otro lado, en el tipo no amnésico se afectan en mayor medida funciones cognitivas relacionadas con la atención, se relaciona con la demencia vascular, la frontotemporal, de cuerpos de Lewy, entre otras.^{49, 50}

En algunos casos el deterioro cognitivo puede ser el resultado de otra enfermedad no relacionada con las demencias. Entre los padecimientos más frecuentes que pueden disminuir el rendimiento cognitivo se encuentran problemas de visión o audición, nutrición deficiente, algunos medicamentos, depresión y ansiedad, hipertensión arterial no controlada o enfermedades cardíacas, la diabetes mellitus no controlada, enfermedad obstructiva pulmonar crónica o padecimientos que ocasionen un cuadro confusional agudo como una infección, intoxicación o consumo de drogas. Al tratar los padecimientos mencionados es probable que la persona recupere un rendimiento cognitivo esperado para su edad y escolaridad. Por lo que es necesario identificar de forma oportuna con instrumentos objetivos si la persona presenta deterioro cognitivo. Entre los instrumentos más sensibles y específicos para evaluar el deterioro cognitivo se encuentran la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA, *Montreal Cognitive Assessment*) y el Examen del Estado Mental (MMSE, *Mini-Mental State Examination*).^{51, 52}

Para poder disminuir el declive cognitivo se puede realizar ejercicio o la terapia de estimulación cognitiva. El ejercicio combinado de fuerza, resistencia y coordinación tiene mejor efecto que uno específico. En el caso de las personas con alguna enfermedad metabólica como diabetes mellitus o hipertensión arterial, el ejercicio tiene mayor efecto sobre las funciones cognitivas si se combina con una alimentación saludable.^{53, 54}

La estimulación cognitiva es la participación en una variedad de actividades y discusiones (generalmente en un grupo), dirigidas a la mejora general del funcionamiento cognitivo y social. Incluye diferentes tipos de aproximaciones: (i) orientación a la realidad, que involucra

la repetición constante de hechos de la vida cotidiana (información básica pero importante, referida a persona, lugar y tiempo); (ii) la reminiscencia, consiste en hablar de hechos pasados y reflexionar sobre la vida de la persona, se pueden utilizar fotografías, música, videos y objetos; (iii) terapia multisensorial, se basa en la estimulación de los órganos de los sentidos (olfato, tacto, vista, gusto y oído), e incluye actividades como degustación de frutas, canto y baile. Esta terapia además de mejorar la cognición disminuye los síntomas de depresión.^{55, 56}

Depresión

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por la tristeza persistente y una pérdida de interés por las actividades que normalmente la persona disfrutaba; suele ir acompañada de dificultades para realizar actividades cotidianas, interfiere con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida.

El concepto de depresión incluye una serie de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos. Su diagnóstico es planteado a partir de datos observados y de la sintomatología referida por la persona con base en la clasificación de la DSM-5 (*American Psychiatric Association en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version 5*), en el que se establece los siguientes: (i) estado de ánimo deprimido, (ii) pérdida de interés o placer, (iii) falta de esperanza acerca del futuro, (iv) sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, (v) disminución de peso no justificado (>5% en un mes), (vi) cansancio físico o falta de energía, (vii) insomnio o hipersomnia, (viii) déficits cognitivos, (ix) malestares gastrointestinales, (x) pensamientos de muerte e ideas suicidas.⁵⁷

La prevalencia de síntomas depresivos en México es aproximadamente del 35%. Uno de los instrumentos más utilizados para detectar probable depresión es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la pérdida de un ser querido, la discapacidad, el indicar una enfermedad nueva y la depresión previa; además la diabetes mellitus también se relaciona con depresión.⁵⁸

Para tratar la depresión en el adulto mayor existen múltiples tratamientos. En muchos casos el ejercicio puede ser una buena alternativa, que además de mejorar los síntomas

depresivos, tiene impacto en otras áreas de la salud. También se han visto buenos resultados con terapias psicológicas con el enfoque cognitivo-conductual, la musicoterapia y la danzaterapia, entre otras, también existen varios medicamentos asociados, sin embargo, los adultos mayores son más sensibles a los efectos secundarios de estos, por lo que hay que valorar el costo beneficio en estos casos.^{59, 60}

Soledad

La soledad es una experiencia subjetiva angustiosa caracterizada por una brecha percibida entre las relaciones sociales que un individuo desea y las que realmente tiene. No es necesario un aislamiento físico para sentirse sólo, sino sentirse emocional y socialmente desconectado. La experiencia subjetiva puede incluir tristeza, una sensación de vacío o alienación. Su prevalencia a nivel mundial se calcula en un 26% de los adultos mayores, con un 38% para América del Norte y 32% para América del Sur.⁶¹

Entre los principales factores de riesgo se encuentran el deterioro cognitivo, la mala salud, la depresión, el sexo femenino, la viudez, la soltería, el estar institucionalizado y vivir en zonas rurales. La soledad puede incrementar la frecuencia y gravedad de enfermedades como la depresión, enfermedad cardiovascular, disminución de la función inmunitaria y deterioro cognitivo. También disminuye la esperanza de vida, comparable a lo que ocasiona el tabaquismo y la obesidad.⁶²

Existen varias intervenciones para disminuir la soledad, algunas que se basan en atención individual son la terapia con animales, psicoterapia cognitivo-conductual, terapia de reminiscencia, ejercicio, musicoterapia, terapia ocupacional, sin embargo, sus efectos tienen un tamaño de efecto pequeño. Por otro lado, se tiene un mejor resultado con terapias que incluyan a la sociedad, en este caso es necesario integrar las necesidades de cada persona con los recursos que están en su entorno, estos pueden promover las interacciones sociales, apoyo instrumental, promoción de bienestar mental y físico, actualmente se ha estudiado el efecto de los medios digitales para fomentar el contacto entre personas o facilitar el acceso a servicios, los estudios han mostrado resultados prometedores.^{63, 64}

Conclusiones

En este capítulo se exploran algunos temas de la psicología del adulto mayor, para que en caso necesario cuando una persona esté recibiendo tratamiento estomatológico, y se identifiquen algunos problemas conductuales, se realice una interconsulta con el especialista psicólogo.

Es importante identificar los cambios que ocurren en la vejez para mejorar el trato con dicha población. En este sentido es relevante analizar la concepción que se tiene de la vejez y la persona mayor, para evitar el viejismo.

Se incorporó la teoría o perspectiva del ciclo vital, esta es una perspectiva amplia que integra la participación activa de las personas para cambiar su desarrollo durante el envejecimiento, esto con la implementación del modelo SOC. Se da un ejemplo del ámbito cognitivo general, sin embargo, se puede emplear en elementos específicos como aprender una nueva actividad, también se puede utilizar para mejorar el bienestar o adaptarse a pérdidas como en el caso de las demencias, el deterioro cognitivo, la depresión y la soledad.

Entre las estrategias principales para mantener la salud psicológica y reducir los efectos de la patología, se encuentra un estilo de vida que incluya el ejercicio, la participación social y el realizar actividades estimulantes intelectualmente. Para implementar es necesario tener un trato respetuoso con la persona mayor, entendiendo por respeto el ayudarlo a alcanzar sus metas, desarrollo personal o satisfacer sus necesidades, los cuales serán particulares de cada persona.

Referencias

1. OMS. Informe mundial sobre el edadismo. Pan American Health Organization: Washington, 2022 doi:10.37774/9789275324455.
2. Chang ES, Kannoth S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PLoS One 2020; 15: e0220857.
3. Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kannoth S, Wang SY. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. Gerontologist 2020; 60: 174–181.

4. Levy BR. Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci* 2009; 18: 332–336.
5. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist* 1997; 52: 366–380.
6. Baltes PB, Staudinger UM, Lindenberger U. Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annu Rev Psychol* 1999; 50: 471–507.
7. Kroemer G, Maier AB, Cuervo AM, Gladyshev VN, Ferrucci L, Gorbunova V *et al.* From geroscience to precision geromedicine: Understanding and managing aging. *Cell* 2025; 188: 2043–2062.
8. Craik FIM, Bialystok E. Cognition through the lifespan: Mechanisms of change. *Trends Cogn Sci* 2006; 10: 131–138.
9. Salthouse TA. Trajectories of normal cognitive aging. *Psychol Aging* 2019; 34: 17–24.
10. Ericsson KA. Deliberate practice and acquisition of expert performance: a general overview. *Acad Emerg Med* 2008; 15: 988–994.
11. Salthouse TA. Consequences of age-related cognitive declines. *Annu Rev Psychol* 2012; 63: 201–226.
12. Salthouse TA. When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiol Aging* 2009; 30: 507–514.
13. Park DC, Reuter-Lorenz P. The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annu Rev Psychol* 2009; 60: 173–196.
14. Reuter-Lorenz PA, Park DC. Cognitive aging and the life course: A new look at the Scaffolding theory. *Curr Opin Psychol* 2024; 56: 101781.
15. Cabeza R, Albert M, Belleville S, Craik FIM, Duarte A, Grady CL *et al.* Maintenance, reserve and compensation: the cognitive neuroscience of healthy ageing. *Nat Rev Neurosci* 2018; 19: 701–710.
16. Schooler C. Use It-and Keep It, Longer, Probably: A Reply to Salthouse (2006). *Perspect Psychol Sci* 2007; 2: 24–29.
17. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S *et al.* Dementia

- prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet* 2024; 404: 572–628.
18. Chen W, Sheng Y, Zheng C. Successful aging trajectories and their predictors among Chinese middle-aged and older adults: Evidence from a 10-year cohort study. *Geriatr Nurs* 2025; 66: 103622.
 19. Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Res Rev* 2013; 12: 263–275.
 20. Ha JY, Park HJ. Effects of mobile-based cognitive interventions for the cognitive function in the community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2023; 104. doi:10.1016/J.ARCHGER.2022.104829.
 21. Melby-Lervåg M, Redick TS, Hulme C. Working Memory Training Does Not Improve Performance on Measures of Intelligence or Other Measures of “Far Transfer”: Evidence From a Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science* 2016; 11: 512–534.
 22. Kelly ME, Loughrey D, Lawlor BA, Robertson IH, Walsh C, Brennan S. The impact of cognitive training and mental stimulation on cognitive and everyday functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2014; 15: 28–43.
 23. Sánchez-Nieto J. Efecto de la estimulación mental sobre las funciones cognitivas y el bienestar subjetivo en adultos mayores. 2021.
 24. Deci EL, Ryan RM. Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *J Happiness Stud* 2008; 9: 1–11.
 25. Diener E, Scollon CN, Lucas RE. The Evolving Concept of Subjective Well-Being: The Multifaceted Nature of Happiness. In: Diener E (ed). *Assessing Well-Being*. Social Indicators Research Series. Springer: Dordrecht, 2009, pp 67–100.
 26. Bussière C, Sirven N, Tessier P. Does ageing alter the contribution of health to subjective well-being? *Soc Sci Med* 2021; 268. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113456.
 27. Bonaccorsi G, Milani C, Giorgetti D, Setola N, Naldi E, Manzi F *et al*. Impact of Built Environment and Neighborhood on Promoting Mental Health, Well-being, and Social Participation in Older People: an Umbrella Review. *Ann Ig* 2023; 35: 213–239.

28. Frías-Luque MD, Toledano-González A. Determinants of quality of life and well-being in cognitively unimpaired older adults: A systematic review. *PeerJ* 2022; 10. doi:10.7717/PEERJ.12900.
29. Omari S AI, McCall SJ, Hneiny L, Sibai AM. Health and well-being of older populations affected by humanitarian crises in low- and middle-income countries: a scoping review of peer-reviewed literature. *Confl Health* 2024; 18. doi:10.1186/S13031-024-00626-0.
30. Diener E, Oishi S, Tay L. Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour* 2018 2:4 2018; 2: 253–260.
31. Myers DG, Diener E. The Scientific Pursuit of Happiness. *Perspectives on Psychological Science* 2018; 13: 218–225.
32. Smith JL, Hollinger-Smith L. Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging Ment Health* 2015; 19: 192–200.
33. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom* 2014; 83: 10–28.
34. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemp Educ Psychol* 2020; 61: 101860.
35. Tang M, Wang D, Guerrien A. A systematic review and meta-analysis on basic psychological need satisfaction, motivation, and well-being in later life: Contributions of self-determination theory. *Psych J* 2020; 9: 5–33.
36. Newman DB, Tay L, Diener E. Leisure and Subjective Well-Being: A Model of Psychological Mechanisms as Mediating Factors. *J Happiness Stud* 2014; 15: 555–578.
37. Ismail Z, Black SE, Camicioli R, Chertkow H, Herrmann N, Laforce R *et al.* Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimer's and Dementia* 2020; 16: 1182–1195.
38. Dickerson BC, Atri A, Clevenger C, Karlawish J, Knopman D, Lin PJ *et al.* The Alzheimer's Association clinical practice guideline for the Diagnostic Evaluation, Testing, Counseling, and Disclosure of Suspected Alzheimer's Disease and Related Disorders (DETeCD-ADRD): Executive summary of recommendations for specialty care. *Alzheimer's and Dementia* 2025; 21. doi:10.1002/ALZ.14337.

39. Atri A, Dickerson BC, Clevenger C, Karlawish J, Knopman D, Lin PJ *et al.* Alzheimer's Association clinical practice guideline for the Diagnostic Evaluation, Testing, Counseling, and Disclosure of Suspected Alzheimer's Disease and Related Disorders (DETeCD-ADRD): Executive summary of recommendations for primary care. *Alzheimer's and Dementia* 2025; 21. doi:10.1002/ALZ.14333.
40. Juárez-Cedillo T, González-Figueroa E, Gutierrez-Gutierrez L, Aguilar-Navarro SG, Garcia-Cruz JC, Escobedo De La Peña J *et al.* Prevalence of Dementia and Main Subtypes in Mexico: The Study on Aging and Dementia in Mexico (SADEM). *J Alzheimers Dis* 2022; 89: 931–941.
41. Hersi M, Irvine B, Gupta P, Gomes J, Birkett N, Krewski D. Risk factors associated with the onset and progression of Alzheimer's disease: A systematic review of the evidence. *Neurotoxicology* 2017; 61: 143–187.
42. Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2009; 8: 1006–1018
43. Jones A, Ali MU, Kenny M, Mayhew A, Mokashi V, He H *et al.* Potentially Modifiable Risk Factors for Dementia and Mild Cognitive Impairment: An Umbrella Review and Meta-Analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2024; 53: 91–106.
44. Dessy A, Zhao AJ, Kyaw K, Vieira D, Salinas J. Non-Pharmacologic Interventions for Hispanic Caregivers of Persons with Dementia: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease* 2022; 89: 769–788.
45. Scoth DE, Holley S, Johnson M, Stibbs E, Renton K, Harrop E *et al.* Home-based physical symptom management for family caregivers: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care* 2025. doi:10.1136/SPCARE-2024-005246.
46. Shepherd H, Livingston G, Chan J, Sommerlad A. Hospitalisation rates and predictors in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2019; 17: 1–13.
47. Rao A, Suliman A, Vuik S, Aylin P, Darzi A. Outcomes of dementia: Systematic review and meta-analysis of hospital administrative database studies. *Arch Gerontol Geriatr* 2016; 66: 198–204.

48. Garre-Olmo J, Ponjoan A, Inoriza JM, Blanch J, Sánchez-Pérez I, Cubí R *et al.* Survival, effect measures, and impact numbers after dementia diagnosis: a matched cohort study. *Clin Epidemiol* 2019; 11: 525–542.
49. Petersen R. Mild Cognitive Impairment. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2016; 22: 404–418.
50. Tangalos EG, Petersen RC. Mild Cognitive Impairment in Geriatrics. *Clin Geriatr Med* 2018; 34: 563–589.
51. Islam N, Hashem R, Gad M, Brown A, Levis B, Renoux C *et al.* Accuracy of the Montreal Cognitive Assessment tool for detecting mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's and Dementia* 2023; 19: 3235–3243.
52. Breton A, Casey D, Arnaoutoglou NA. Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI), the prodromal stage of dementia: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34: 233–242.
53. Wang C qiu shui, Dong S yi, Wang K, Yang Y, Liu S qi, Luo J. Does a combined intervention of diet and exercise lead to a more positive impact on neurocognitive function? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr* 2025; 64. doi:10.1007/S00394-025-03777-9.
54. Qiu C, Han J, Xie Y, Liu L, Zeng Y, Xiao L *et al.* Comparison of the Efficacy of Different Exercise Modes on MCI Adults: A Network Meta-Analysis. *Brain Behav* 2025; 15. doi:10.1002/BRB3.70734.
55. Desai R, Leung WG, Fearn C, John A, Stott J, Spector A. Effectiveness of Cognitive Stimulation Therapy (CST) for mild to moderate dementia: A systematic literature review and meta-analysis of randomised control trials using the original CST protocol. *Ageing Res Rev* 2024; 97. doi:10.1016/J.ARR.2024.102312
56. Chen LH, Lee OL, Lee YW, Ng ST, Ngai SYE, Pau YHZ *et al.* Effectiveness of cognitive stimulation for individuals with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2025; 15. doi:10.1136/BMJOPEN-2024-090767.
57. Giraldo-Rodríguez L, Torres-Castro S, Roa-Rojas PA, Alvarez-Cisneros T. Demographic, socioeconomic and health determinants of depressive symptoms in adults 50 years and older from Mexico: a secondary data longitudinal analysis from the Mexican Health and Aging Study. *BMJ Open* 2024; 14. doi:10.1136/BMJOPEN-2023-075035.

58. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147–1156.
59. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA* 2017; 317: 2114–2122.
60. Khodadad Kashi S, Mirzazadeh ZS, Saatchian V. A Systematic Review and Meta-Analysis of Resistance Training on Quality of Life, Depression, Muscle Strength, and Functional Exercise Capacity in Older Adults Aged 60 Years or More. *Biol Res Nurs* 2023; 25: 88–106.
61. Susanty S, Nadirawati N, Setiawan A, Haroen H, Pebrianti S, Harun H *et al.* Overview of the prevalence of loneliness and associated risk factors among older adults across six continents: A meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2025; 128. doi:10.1016/j.archger.2024.105627.
62. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10: 227–237.
63. Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H *et al.* Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2022; 5. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.36676.
64. Paquet C, Whitehead J, Shah R, Adams AM, Dooley D, Spreng RN *et al.* Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources. *J Med Internet Res* 2023; 25. doi:10.2196/40213





IV

La gerodontología en la salud del adulto mayor

Antonio Loeza Galindo

Introducción

Los adultos mayores (AM) tienen cambios físicos, emocionales, sociales y cognitivos por el envejecimiento, estos factores influyen directamente en su salud y bienestar general ya que modifican su forma y estilo de vida, además disminuyen su funcionalidad y aparece el declive biológico lo cual tiende a generar dependencia del adulto mayor hacia familiares y a la comunidad.

En este capítulo se identifica la importancia de la Gerodontología en la atención integral del adulto mayor, haciendo énfasis en los cambios bucales por el envejecimiento, las enfermedades bucodentales más frecuentes y su relación con las enfermedades sistémicas y la polifarmacia.

Entre las afecciones más frecuentes en los adultos mayores se encuentran las limitaciones físicas como la disminución de funciones cognitivas, de agudeza visual y auditiva, además enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, osteoartritis y neumatías obstructivas crónicas; para las cuales toman múltiples medicamentos (polifarmacia).^{1, 2} En ocasiones también pueden presentar varios estados de salud que se conocen habitualmente con el nombre

de síndromes geriátricos (SG), entre los que se encuentran la fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, deterioro cognitivo e inmovilidad.

Se sabe que los SG se deben a condiciones de salud multifactoriales propias del adulto mayor, y son consecuencia de la acumulación de deterioros de varios sistemas volviendo a la persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas.^{3,4}

También se revisa la importancia de brindar al adulto mayor una atención interdisciplinaria desde la *Gerontología* que es la disciplina que se encarga de estudiar el envejecimiento desde todos sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales para entender cómo envejecen las personas en contextos diversos, promueve una visión del envejecimiento como proceso activo, digno y participativo, no como una etapa de deterioro inevitable por esta razón ofrece un marco para que los cuidados no se reduzcan solamente a lo clínico, sino que se atienda en todas las dimensiones de la persona mayor.

Gerodontología

Si bien la Gerontología abarca todos los aspectos del envejecimiento, lo referente a la salud bucodental es abordado por la *Gerodontología* que surge en los años setenta como la especialidad odontológica que se encarga del proceso salud-enfermedad bucodental de los adultos mayores y considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento acorde a su contexto sociocultural.

La Gerodontología se define como la especialidad odontológica que se encarga de proveer el óptimo cuidado bucodental para los adultos mayores (AM), a través de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones bucodentales inherentes al envejecimiento, así como a las repercusiones odontológicas de las enfermedades crónicas no transmisibles que se presentan con mayor frecuencia en la vejez.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud bucodental como el estado de la boca, los dientes y las estructuras bucofaciales que permite a las personas realizar funciones básicas, como comer, respirar y hablar, afecta a dimensiones psicosociales, como

la confianza en uno mismo, el bienestar, la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad ni vergüenza.^{6,7}

Las enfermedades bucales son un problema importante de salud pública a nivel mundial, en particular los AM son vulnerables por diversas condiciones como los cambios por el envejecimiento en las estructuras bucales, las enfermedades sistémicas, polifarmacia, hábitos higiénicos deficientes, alteraciones nutricionales, estado económico, bienestar psicológico y el soporte social, que los exponen a un mayor riesgo de desarrollar problemas bucodentales.^{7,8}

La vulnerabilidad en la salud bucodental de los AM repercute en su calidad de vida, debido a que afecta diversos aspectos biopsicosociales como son la función masticatoria, fono articular, fragilidad, apariencia física y las relaciones interpersonales, de ahí la importancia del cuidado bucodental del adulto mayor que debe ser especial y personalizada.⁸

Desde esta perspectiva, la gerodontología enfatiza la prevención de los problemas bucodentales en los adultos mayores sanos o enfermos, con el fin de lograr el máximo de salud y bienestar, considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento acordes a su contexto sociocultural.

Las enfermedades bucales junto con sus consecuencias como son la pérdida de dientes y el dolor afectan la capacidad para comer y digerir alimentos, ejerciendo una correlación entre las enfermedades bucales y la malnutrición en los adultos mayores, la prevención y el tratamiento lo más temprano posible son fundamentales para mantener tanto la salud bucodental como la nutrición en el adulto mayor, es por esto que también la intervención nutricional es fundamental en su proceso de salud-enfermedad.

Como punto de partida se requiere la colaboración entre varios profesionales de la salud como estomatólogos y nutricionistas, para abordar las necesidades bucales y nutricionales en el adulto mayor.

Es de resaltar que la vejez tiene entonces su verdadero sentido como etapa de la vida donde hay pérdidas importantes, pero que a la vez puede disfrutar y continuar creciendo como ser humano.^{9, 10, 11}

■ Cambios bucales por el envejecimiento

Los cambios por el envejecimiento afectan los tejidos duros y blandos del sistema estomatognático, pueden ser estructurales, sensoriales y funcionales.⁵

Tejidos duros

En los tejidos duros los cambios en los dientes se presentan en su estructura por el desgaste dental fisiológico ocasionado por años de uso, lo que se denomina atrición debida a la fricción diente con diente y a la erosión generada por sustancias ácidas que afectan a la forma del diente (Figura IV.1). El esmalte adquiere una apariencia plana, con menos detalles anatómicos, lo que ocasiona un patrón diferente de reflexión de la luz y provoca una apariencia en el color mate, sin brillo y oscuro, también se le relaciona con el adelgazamiento del esmalte y el aumento en la dentina.⁶

FIGURA IV.1. Atrición dental.



En la dentina, hay cambios en el grosor por la formación de dentina secundaria (fisiológica) y a la obliteración gradual de los túbulos dentinarios (esclerosis dentinaria) por lo que disminuye la transparencia lo que genera una apariencia amarillenta.

El cemento radicular se sigue formando durante toda la vida, pero disminuye con la edad. Existen circunstancias donde se pueden formar cantidades excesivas de cemento (hipercementosis) las cuales se asocian con la extrusión acelerada de un diente que no tiene antagonista o es generado por algún estímulo inflamatorio.

En el hueso alveolar del maxilar y la mandíbula disminuye la densidad ósea. El maxilar superior tiende a retraerse y la mandíbula puede volverse más prominente, cambiando la relación intermaxilar. Cuando hay pérdida dental se acelera la reabsorción del hueso alveolar, lo que puede modificar el contorno facial y dificulta la colocación de prótesis dental. El hueso envejecido responde más lentamente a estímulos regenerativos, lo que complica tratamientos como implantes.^{6,7,8}

Tejidos blandos

Dentro de los cambios en los tejidos blandos se encuentran los de la pulpa dental, donde hay disminución en la sensibilidad del diente debido a la capacidad de producir dentina ante estímulos nocivos externos y las capas nuevas acumuladas durante años producen una disminución en la función sensitiva.

Otra situación que suele contribuir a la disminución de la sensibilidad dental de los AM es la fibrosis del tejido pulpar; existe pérdida de elasticidad vascular pulpar promoviendo la fibrosis. También en el tejido pulpar se pueden formar acumulaciones de material calcificado, denominado cálculos pulpares que son de diferentes tamaños. Por lo tanto, la pulpa en las personas mayores se diferencia por tener más fibras y menos células lo que se ve reflejado en la reducción de su volumen.

La mucosa bucal se vuelve más delgada con la edad, tornando un aspecto edematoso con pérdida de elasticidad, también existe una disminución de esta barrera protectora ya que su proceso de renovación disminuye.

La encía del adulto mayor es de color rosa pálido debido a la disminución en la irrigación sanguínea por lo que llega a perder el puntilleo. Otra situación común es la retracción gingival que expone las raíces dentales lo cual aumenta la sensibilidad dental y ocasiona

mayor riesgo de caries radicular. Las encías envejecidas tienen menos capacidad para reparar daños, lo que las hace más vulnerables a infecciones.⁹

Lengua

Existen cambios fisiológicos, sensoriales y funcionales en la lengua, como es la atrofia de las papilas especialmente las filiformes y fungiformes, lo que contribuye a la reducción de la capacidad para detectar sabores, especialmente salado y dulce. Hay atrofia muscular de la lengua lo que dificulta la masticación y el desplazamiento del bolo alimenticio. Disminuye el flujo sanguíneo, afectando la regeneración tisular y la sensibilidad. También hay tendencia al desarrollo de varices sublinguales. Hay alteraciones en la percepción térmica y táctil de la lengua que puede volverse menos sensible al calor, lo que aumenta el riesgo de quemaduras por alimentos calientes.

Funcionalmente la lengua pierde eficacia en su función de barrido, lo que favorece la acumulación de biopelícula y restos alimenticios, la precisión fonética puede disminuir, especialmente en sonidos que requieren movimientos linguales finos. También puede haber dificultades en la deglución porque la coordinación entre lengua, paladar y faringe se ve comprometida, aumentando el riesgo de atragantamiento.⁹

Glándulas salivales

Las glándulas salivales principalmente las parótidas presentan cambios estructurales al reducir el parénquima secretor, que es reemplazado por tejido adiposo y fibroso, lo cual disminuye la cantidad de saliva ocasionado hiposialia y xerostomía.

Hay cambios en la composición de la saliva con menor concentración de enzimas digestivas como amilasa y disminución de inmunoglobulinas (IgA), lo que afecta la defensa antimicrobiana y alteración en el pH y la viscosidad, ocasionando dificultad en la lubricación oral.^{5, 7, 8}

Microbiota oral

El envejecimiento reduce la variedad de especies comensales, lo que debilita el equilibrio ecológico de la cavidad oral, favoreciendo la aparición de candidiasis oral y otras afecciones.

Enfermedades sistémicas

La salud bucodental es un componente fundamental en la salud general y la calidad de vida de los AM, este grupo poblacional presenta cambios fisiológicos y patológicos asociados al envejecimiento.

Las enfermedades sistémicas que más se asocian con problemas bucales son las respiratorias, cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, enfermedades reumáticas, neurodegenerativas y la obesidad. A nivel oral estas afecciones se vinculan a una higiene deficiente, además se ha identificado que la composición del microbioma oral tiene una influencia directa en el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, el Alzheimer y los trastornos cardiovasculares, debido a su capacidad para promover procesos inflamatorios y acelerar el envejecimiento.

Dentro de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades sistémicas en los adultos mayores se encuentra la alimentación que no cubre sus necesidades nutrimentales diarias, al consumir alimentos de alta densidad energética con bajo aporte de proteína y fibra, la evidencia científica señala que aproximadamente un 40% de los adultos mayores presentan malnutrición ya que prefieren disminuir el consumo de alimentos que requieran masticar, cortar, triturar como lo es la carne de origen animal, también se le relaciona a situaciones biológicas del proceso de envejecimiento como son que el aparato gastrointestinal sufre alteraciones ocasionando la sensación de plenitud de forma precoz, lo que se traduce en disminución o pérdida de apetito debido al enlentecimiento del tránsito intestinal, las enfermedades bucodentales propician el dolor, infecciones y pérdida de dientes lo que se traduce en dificultad para la ingesta de alimentos y la absorción de nutrientes.^{9, 10, 11, 12, 13}

Esto aunado a la poca o nula realización de actividad física conlleva a la reducción de la masa muscular conocida como sarcopenia que ocasiona disminución en la fuerza y función muscular que le dificulta realizar sus actividades diarias y prevenir la fragilidad. La sarcopenia es un factor determinante en la salud funcional de los AM e impacta directamente en la calidad de vida y la supervivencia en esta población vulnerable.

Polifarmacia

La OMS define a la polifarmacia como el consumo simultáneo excesivo de tres o más medicamentos por día, se estima que entre el 65% y 90 % de los AM tienden a presentar polifarmacia por sus diversas patologías provocando que sea un grupo de alto riesgo en cuanto al consumo excesivo de medicamentos (Figura IV.2).

FIGURA IV.2. Polifarmacia en el adulto mayor.



Imagen diseñada con IA. Gemini

El origen de este factor radica en la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares, metabólicas o síndromes geriátricos propios del envejecimiento, porque se asocia a una mayor complejidad en el manejo terapéutico, deficiente adherencia al tratamiento, reacciones adversas

medicamentosas y complicaciones relacionadas con la morbimortalidad, a su vez incrementa la problemática en cuanto a gastos económicos de salud para el paciente, familia y en la sociedad.

Otros factores que pueden estar asociados a la polifarmacia son: automedicación, medicación errónea e innecesaria, sexo femenino, menor nivel socioeconómico, menor nivel educativo y aumento en la edad.^{13, 14}

Enfermedades bucales en adultos mayores

Las prácticas de autocuidado a lo largo del proceso de envejecimiento abarcan aspectos físicos, emocionales, sociales y cognitivos, estos factores influyen directamente en la salud y el bienestar general de los AM.

Factores como la edad, las limitaciones de movilidad, el deterioro cognitivo, soledad (Figura IV.3), depresión, falta de apoyo de cuidadores y el nivel educativo están relacionados directamente con el autocuidado y esto implica un déficit en los hábitos higiénicos del adulto mayor que ocasiona diversas enfermedades bucodentales, como son: la caries radicular, enfermedad periodontal y la pérdida dental que en muchas ocasiones se vincula con la presencia de prótesis inadecuadas que llegan a limitar funciones como la masticación y deglución, lo que a su vez afecta la ingesta y absorción de nutrientes, xerostomía y las enfermedades periodontales, que pueden estar asociadas con enfermedades sistémicas y deterioro cognitivo.^{15, 16}

FIGURA IV.3. Adulta mayor en soledad y depresión.



Imagen diseñada con IA. Gemini

Enfermedad periodontal

El término enfermedad periodontal (EP) hace referencia a las afecciones inflamatorias crónicas que afectan a la encía, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar, como resultado del desequilibrio entre la interacción inmunológica del huésped y la microbiota que el adulto mayor presenta en el surco gingival; se ha identificado que los fenotipos de las enfermedades tienen variedades y abarca alteraciones como lo es la gingivitis y la periodontitis esta última clasificada por estadios o fases y grados de progresión y severidad.

La EP se caracteriza por ser una infección bacteriana que provoca clínicamente inflamación gingival, pérdida de dientes, resorción ósea y recesión gingival patológica. La etapa temprana de la EP se denomina gingivitis y se caracteriza por la inflamación entre la línea gingival y el diente abarcando las zonas papilar, marginal y adherida de la encía. La gingivitis a menudo se puede revertir mejorando la higiene bucodental. En cambio, la periodontitis ocurre cuando la inflamación, inducida por microorganismos y mediada por la respuesta del huésped progresa hacia un estado crónico, destructivo e irreversible, que daña la inserción del diente y el hueso de soporte o hueso alveolar. Lo que ocasiona a su vez movilidad dental

por el grado de destrucción de los tejidos de soporte del diente, por lo que de no tratarse conlleva a la pérdida de dientes y esto representa etapas finales de la periodontitis no tratada (Figura IV.4).

FIGURA IV.4. Periodontitis en el adulto mayor.



Fuente: <https://www.clinicadentalgrossdentistas.com/periodontitis-avanzada/>

Caries dental

La caries es el problema de salud bucal más frecuente, a nivel mundial. Se produce por los subproductos ácidos resultantes de la fermentación bacteriana de los carbohidratos de la dieta; se asocia a factores primarios tales como el huésped –saliva y dientes–, la microbiota y el sustrato –dieta–, así como factores moduladores como son la edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, cultura, hábitos alimenticios e higiénicos bucales. Además, la recesión gingival, común en el adulto mayor, hace que la caries radicular sea más frecuente (Figura IV.5). La relación entre las enfermedades sistémicas y la caries es significativa, con varias condiciones médicas, como lo son: la diabetes, la polifarmacia y la xerostomía que aumentan de forma considerable el riesgo a presentar caries dental y afecta negativamente la calidad de vida de los adultos mayores.⁵

FIGURA IV.5. Caries radicular.



Fuente: <https://clinica-dental-bonadex.com/odontologia-conservadora/>

Edentulismo

La pérdida parcial o total de los dientes se denomina edentulismo, es un modificador de la fisiología normal que va generando un efecto significativo en la reabsorción del reborde residual con el paso de los años, lo que conlleva a una reducción en la altura del hueso alveolar y como consecuencia afecta al tamaño del área de apoyo para una prótesis dental. Esta reducción afecta en la altura y apariencia facial en el adulto mayor, a su vez puede promover a la protusión del mentón y labio mandibular aunque también existe variación interindividual en estos cambios degenerativos anatómicos, siendo su etiología no tan clara. Se cree que factores como el tiempo de edentulismo, hábitos para-funcionales, estado de salud general y diversas enfermedades pueden contribuir en estos cambios degenerativos.

El edentulismo puede provocar cambios en la mayoría de los dominios que afectan la calidad de vida como son: la masticación deteriorada, traumatismo por prótesis dentales, preocupaciones estéticas o autopercepción negativa. También influye negativamente no sólo en la función oral, sino que puede afectar en la vida social y en actividades cotidianas. Por lo que se ha relacionado con la reducción de la autoestima y el bienestar psicosocial.^{17, 18, 19}

El adulto mayor edéntulo con frecuencia evita la participación en actividades sociales porque le genera vergüenza hablar, sonreír o comer delante de otras personas, lo que

lleva al aislamiento. Por otro lado, las prótesis dentales mejoran la apariencia física y las interacciones sociales de los individuos, lo que podría mejorar la autoestima y, por lo tanto, contribuir al bienestar psicológico, pero esto se liga al factor socioeconómico y la dependencia que puede o no presentar el adulto mayor en cuanto a estadios de fragilidad, ausencia de redes de apoyo, así como de solvencia económica para la rehabilitación con prótesis dentales.

La pérdida dental (Figura IV.6) tiene consecuencias nocivas tanto para la salud bucodental, así como para la general. Y las consecuencias estomatológicas varían desde la reabsorción del reborde residual hasta una función masticatoria deteriorada, una dieta poco saludable, aislamiento social y por ende una mala calidad de vida.¹¹

FIGURA IV.6. Edentulismo en el adulto mayor.



En el ámbito de la atención estomatológica es necesario identificar que los adultos mayores no constituyen un grupo homogéneo ya que hay diferencias entre población urbana y rural, a su vez entre clases sociales, está la variante de género, así como grupos étnicos por lo que no se pueden emplear recomendaciones homogéneas al brindar atención en este sector de la población,⁷ es necesario planificar e implementar servicios de calidad que sean resolutivos, que ofrezcan y promuevan respuestas sociales a los desafíos que impone

el aumento e impacto de los adultos mayores en la población, ya que estos presentan limitaciones funcionales, enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), presentan un mayor riesgo de fragilidad y resultados adversos para la salud.

Los profesionales de la salud bucodental deben prevenir la pérdida de dientes mediante la promoción de acciones de la salud bucodental desde etapas tempranas en la población y un alto nivel de atención estomatológica para mantener la dentición permanente.

El acudir a la atención estomatológica demanda tiempo y organización por parte de los familiares, por otro lado, las obligaciones laborales o familiares llegan a interponerse en el apoyo de traslado que requiere el adulto mayor postergando su atención estomatológica, lo cual induce mayor asentamiento en el deterioro de su salud oral.^{20, 21, 22}

Conclusiones

Los adultos mayores presentan determinantes biopsicosociales como los cambios por el envejecimiento, las enfermedades sistémicas, la polifarmacia y la falta de cuidados y atención bucodental en todas las etapas de su vida, que favorecen el deterioro de su salud bucodental.

La Gerodontología se encarga de establecer la evaluación biopsicosocial para la atención integral de los problemas bucodentales de los adultos mayores, donde se prioricen las acciones interdisciplinarias.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2025. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Zertuche GD, González TJ, Hernández MA, Garza SR, Álvarez BJ. Revisión sistemática de salud mental, actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2025; 6 (1): 3033-3045.

3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manejo de los síndromes geriátricos asociados a complicaciones postoperatorias. 2013. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/612GER.pdf>
4. Chong DA. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2012; 28 (2): 79-86. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es
5. Hernández PR, Mendoza NV, Martínez ZI, Morales ML. *Odontogeriatría y gerodontología*. 2a ed. México: Trillas; 2016.
6. Manneschi GC. Efecto del Envejecimiento del Esmalte sobre la Resistencia Traccional frente a dos sistemas adhesivos (tesis de licenciatura). Chile. Universidad de Chile, 2006. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/140617/Efecto-del-envejecimiento-del-esmalte-sobre-la-resistencia-traccional-frente-a-dos-sistemas-adhesivos.pdf?sequence=1>
7. Secretaria de salud. *Odontogeriatría. Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención*. 2010. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_Odontogeriatria.pdf
8. Bolukbasi G, Dundar N. Oral health in older adults: current insights and tips. *J Gerontol Geriatr.* 2024; 72 (2): 96-107. <http://dx.doi.org/10.36150/2499-6564-n700>
9. Sáez CR, Carmona M, Jiménez QZ, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatol.* 2007; 44 (4): 110-124. <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2559>
10. Valledor-Alvarez J, Aguila-Rodríguez C. Relación entre las enfermedades sistémicas y las enfermedades bucales en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey.* 2022; 26: Epub. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100051
11. Espinoza Molina M. Enfermedades bucodentales y su relación con la nutrición en el adulto mayor. *Alerta. Revista Científica del Instituto Nacional de Salud.* 2025; 8 (3): 315-322. <https://www.camjol.info/index.php/alerta/article/view/19197>
12. Mieles BV, Mieles GV, Angulo QL, Zurita BS. Relación entre salud bucal y enfermedades sistémicas en adultos mayores. Una revisión sistemática. *Rev Científica Mundo de la Investigación.* 2025; 9 (2): 502-515. <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2663>

13. Jumbo VD, Valdiviezo PJ, Calderon GD. Polifarmacia en pacientes adultos mayores y el papel de enfermería en el primer nivel de atención en salud de Santa Rosa 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024; 8 (1): 8759-8772. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10206/14980>
14. Enriquez-Rodríguez GM, Ocampo-Rentería T, Cruz-García AD. Factores asociados a la polifarmacia en adultos mayores en el primer nivel de atención. *Atención Familiar*. 2025; 32 (2): 94-98. https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/91025
15. García GJ, Macedo de la CL, De la Fuente RJ, García PF, Collado AR, et al. Salud y enfermedad en los adultos mayores en México y en el mundo. *Access Medicina*. McGraw-Hill Education. 2024. https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2024/07/Capi%CC%81tulo-6_-Salud-y-enfermedad-en-los-adultos-mayores-en-Me%CC%81xico-y-en-el-mundo.pdf
16. Hernández PR, Taboada AO, Fuentes MM, Corona GG, Caballero NH. *Patología bucal en el adulto mayor*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México, 2022. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/libros/cbiologia/Patología_Final.pdf
17. Consejo Dentista. Fundación Dental Española. *Guía de la salud oral en el adulto mayor*. https://saludoralmayores.es/wp-content/uploads/2021/04/Guia_paciente_mayor_OK.pdf
18. Emami E, Freitas de SR, Kabawat M, Feine J. The impact of edentulism on oral and general health. *Int J Dent*. 2013: Epub. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/498305>
19. Cordero PH, Flores LA, Rubín de CN, Moreno HL, Perea GG, Martínez AF. Salud bucal en pacientes geriátricos y su relación con la nutrición. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2024; 5 (5): 3165-3176. <http://dx.doi.org/10.56712/latam.v5i5.2850>
20. Martínez J, Torres P. Autocuidado y estilos de vida saludable en el adulto mayor institucionalizado. *Revista cuidado y ocupación humana*. 2022; 11 (2): 12-19. https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_253/recursos/general/29062023/linkrevistavol11ii.pdf

21. Abreu AM, Valera CV, Ávila GB, Cruz VD. Intervención educativa sobre salud bucal en pacientes adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica “3 de octubre” del municipio de Las Tunas. Uniandes Episteme. Revista digital de Ciencia, Tecnología e innovación. 2021; 8 (2): 291-304. Downloads/Dialnet-IntervencionEducativaSobreSalud BucalEnPacientesAdu-8298206.pdf
22. Saraiva AR, Salmazo da S H. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. Enfermería global. 2022; (65): 545-560. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/444591/316071>





V

Factores psicosociales como determinantes de la caries dental y la periodontitis en adultos mayores

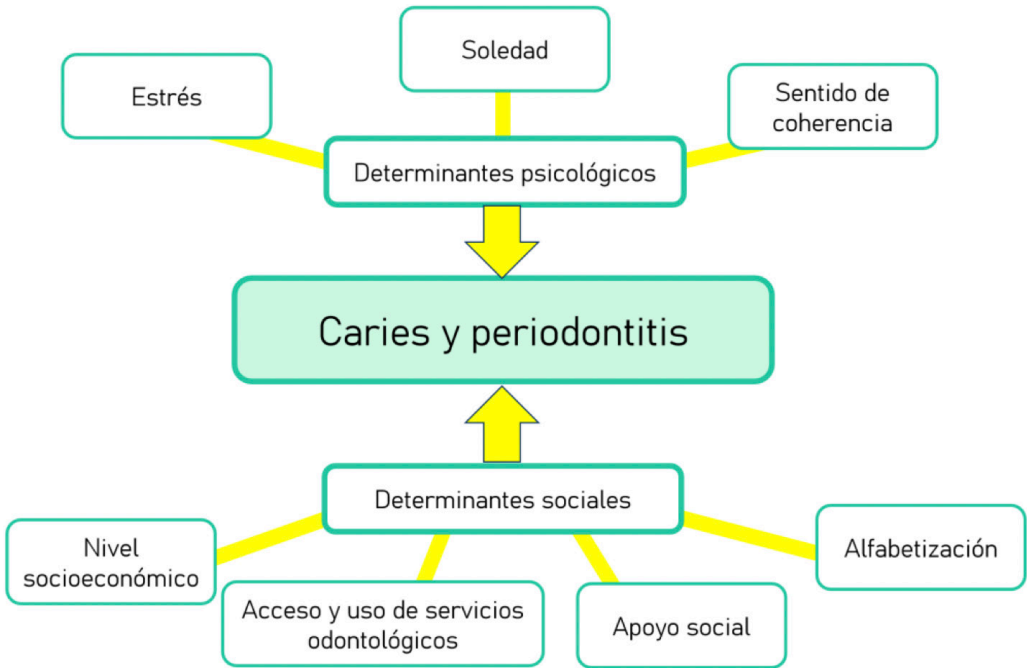
Beatriz Hernández Monjaraz

■ Introducción

La mayoría de las enfermedades bucodentales tienen una etiología multifactorial; es decir, están determinadas por factores biológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales. Entre las enfermedades bucodentales más frecuentes a nivel mundial, se encuentran la caries dental y la periodontitis (también conocida como enfermedad periodontal). Si bien, la información sobre el aspecto biológico de estas enfermedades es la más abundante en artículos científicos, también es cierto que hay otros determinantes que influyen en la salud bucodental. Es decir, si bien ambas enfermedades tienen un origen infeccioso y su fisiopatología es del ámbito biológico, diferentes aspectos del individuo y su contexto pueden hacer que la enfermedad se presente o no y que se desarrollen cuadros leves o severos (Figura V.1).

Por lo cual, en el presente capítulo se revisarán los determinantes psicológicos y sociales relacionados a la caries dental y la periodontitis.

FIGURA V.1. Determinantes psicológicos y sociales que están involucrados en la presencia y el desarrollo de la caries dental y la periodontitis.



Determinantes psicológicos

A pesar de los grandes avances que se han dado en el siglo XXI, tanto la caries dental como la periodontitis, siguen siendo grandes retos. El origen de ambas es infeccioso y la mejor medida para evitarlas es la higiene oral. Sin embargo, gran parte de la población no adopta estas medidas lo cual hace que siga siendo un problema de salud pública.

En 2015, a nivel mundial, la periodontitis crónica grave afectaba el 7.4% de la población.¹ En una revisión de estudios epidemiológicos en América Latina, se encontró que la prevalencia de periodontitis oscilaba entre 15.3% a 59.3% en adolescentes y aumentaba conforme a la

edad por lo que se podría presentar desde un 11.6% hasta el 99.9% de los adultos y adultos mayores.² Esta alta prevalencia puede estar asociada a determinantes sociales como niveles educativos y socioeconómicos bajos, alta prevalencia de tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2 y cuestiones psicológicas.³

Estrés psicológico

Uno de los factores relevantes del aspecto psicológico es el estrés emocional. Cuando este se suscita, hay gran liberación de cortisol y otras sustancias que afectan a todo el individuo, incluyendo la cavidad oral. En este sentido, se han desarrollado diversos trabajos para poder estudiar la relación del estrés psicológico y enfermedades de cavidad oral. Por ejemplo, en una cohorte de participantes jóvenes sanos, se observó que el estrés académico puede incrementar el riesgo de gingivitis y periodontitis.⁴

En el caso de los adultos mayores, el estrés afecta la cicatrización en todo el cuerpo del individuo y en específico a tejidos periodontales, por lo cual, estos son más susceptibles a padecer la enfermedad y es más complicada la recuperación del tratamiento periodontal. Una de las explicaciones para este fenómeno es que las hormonas relacionadas con el estrés psicológico están asociadas a la periodontitis. Además de que las hormonas del estrés causan una disminución de la inmunoglobulina A (IgA), que, como bien se sabe, es una inmunoglobulina dimérica presente en la saliva y el líquido crevicular que ayuda al control de los microorganismos.

Otra característica de los periodos de estrés son los cambios en los patrones de sueño, que generalmente causan una disminución en la calidad y cantidad de este, lo cual repercute en todo el organismo y, en el caso de los epitelios, los vuelve proclives a la ulceración.⁵

Además de estas implicaciones biológicas, los cuadros de estrés causan cambios en las conductas de salud bucodental, por ejemplo, se ha observado que durante periodos de estrés disminuye el cepillado dental.⁶

Soledad

En el caso de los adultos mayores, un factor psicológico que impacta en la salud bucodental es la soledad. Esta puede ser percibida o real, donde se observa que los adultos mayores pueden no contar con redes de apoyo social o ser relegados de la dinámica familiar por diversas circunstancias.

Aunado a la soledad está el aislamiento social, este se define como tener pocas relaciones sociales o poco contacto con otros. Tanto el aislamiento social como la soledad son factores de riesgo para adquirir estilos de vida poco saludables y desregulación fisiológica. Por ejemplo, las personas que se encuentran solas, pueden empezar a fumar, beber alcohol, disminuir la frecuencia del cepillado o no visitar con regularidad al odontólogo. Esto impacta a la salud bucodental tanto de forma directa (haciendo que la persona sea más propensa a desarrollar caries dental o periodontitis) como de forma indirecta, ya que tanto la soledad como el aislamiento social son factores de riesgo para desarrollar deterioro cognitivo, discapacidad u otras enfermedades sistémicas que impactan indirectamente en la salud bucodental.⁷

Dicho de forma inversa, la participación social de los adultos mayores en actividades físicas, sociales o espirituales evita tanto el aislamiento social como la soledad y al mismo tiempo crea la sensación de bienestar, pertenencia y promueve el autocuidado y un estilo de vida saludable donde, obviamente, se incluye la salud bucodental.

Sentido de coherencia

Aunado al estrés, la soledad y el aislamiento social, existe un determinante psicosocial del comportamiento de salud denominado “sentido de coherencia” (SOC, por sus siglas en inglés). Este sentido es una orientación personal hacia la vida que indica cómo las personas muestran resistencia interna para mantener su salud en situaciones estresantes, por lo cual, se relaciona directamente con la higiene, los hábitos alimenticios y el consumo de bebidas alcohólicas.⁸

El sentido de coherencia consta de tres dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. La primera se refiere a definir los eventos como menos estresantes;

la manejabilidad, es la movilización de recursos para afrontar los factores estresantes y finalmente, la significatividad es la motivación, disposición y compromiso para afrontarlos.

Las personas con un SOC más alto son mejores para gestionar problemas cotidianos, situaciones estresantes y por supuesto, tienen mejores comportamientos de salud bucal, ya que realizan más visitas regulares al consultorio odontológico a pesar de no percibir una necesidad,⁹ tienen una mayor cantidad de restauraciones y menores porcentajes de biopelícula dental, más dientes, fuman menos¹⁰ y tienen menos problemas gingivales y periodontales.^{11, 12}

El SOC ayuda a la promoción de la salud por 4 mecanismos básicos. (Figura V.2)

1. Regulando las emociones ante factores estresantes
2. Realizando mejores elecciones en cuanto a conductas que promueven la salud
3. Impactando de manera directa en la fisiología del organismo al regular el sistema inmune, el sistema nervioso central y el sistema endócrino.
4. Impactando en el estado emocional.¹³

Si bien se ha notado una asociación positiva entre el SOC y la salud bucodental, debe considerarse que en ocasiones las personas con SOC alto pueden autorreportar su salud oral de forma poco realista ya que tienden a ser personas optimistas y con mayor confianza, por lo cual, los datos sobre esta asociación pueden estar “inflados”. Además, la salud autopercebida puede ser mucho menor en aquellas personas que son parcial o totalmente edéntulas. Esto puede deberse a que los problemas de masticación, los estéticos y la necesidad de usar prótesis dentales afectan la opinión que se tiene de uno mismo.¹⁴

En la Figura V.2 se observan los mecanismos básicos del SOC que ayudan a la promoción de salud. El sentido de coherencia permite que i) se regulen las emociones ante factores estresantes; ii) que las elecciones, en cuanto a conductas que promueven la salud, sean mejores; iii) regula al sistema inmune, al sistema nervioso central y al sistema endócrino y iv) impacta en el estado emocional. A su vez, tener un SOC más alto está relacionado con indicadores de mejor salud bucodental como más visitas regulares al consultorio odontológico a pesar de no percibir una necesidad, más restauraciones, menos porcentajes

de biopelícula dental, más dientes, menor cantidad de cigarrillos al día y menos problemas gingivales y periodontales

FIGURA V.2. Mecanismos básicos del SOC.



Se han hecho muchos esfuerzos para promover conductas saludables, pero, actualmente, en su mayoría están de acuerdo con modelos de comportamiento como la Teoría del Comportamiento Planificado o el Modelo de Creencias de Salud.¹⁵

En estos modelos, el enfoque principal está en las creencias, normas sociales, autoeficacia para realizar el comportamiento, riesgo percibido y beneficios que, según el modelo salutogénico, son recursos que existen dentro del individuo y no necesariamente pueden resultar en un cambio de comportamiento.¹⁶

El SOC se forma en edades tempranas y se estabiliza alrededor de la tercera década de vida.¹⁷ Factores como la edad, el apoyo social, la educación, las condiciones laborales y las condiciones de vida en la infancia tienen efecto en el sentido de coherencia.¹⁸

Por otra parte, se ha visto que las intervenciones educativas promueven cambios en comportamientos relacionados con la salud bucal como el cepillado dental diario, contacto regular con fuentes de fluoruro y consumo controlado de azúcar. Con ello se previenen tanto la caries dental como la periodontitis y se reducen los costos para los servicios de salud y la sociedad.

Además de las intervenciones educativas, factores como la autoeficacia, la intención, las influencias sociales, la planificación de afrontamiento y la planificación de acciones pueden influir en conductas de salud bucodental como la higiene oral.¹⁹

Por ello, es importante realizar intervenciones educativas, ya que tanto la caries dental como la periodontitis tienen un fuerte componente social conductual y la educación puede fomentar la autonomía y el cambio de comportamiento para promover prácticas de prevención.²⁰

Determinantes sociales

Las condiciones sociales pueden modular tanto la aparición de caries como de periodontitis. Dentro de este rubro se encuentran el nivel socioeconómico, el acceso y uso de servicios de salud, el apoyo social y la alfabetización en salud.

Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico, permea diferentes esferas de la vida de un individuo, incluyendo la salud general y bucodental. En cuanto a esta última, en un estudio se observó que tener un nivel socioeconómico menor en etapas tempranas de la vida, aumenta el riesgo de periodontitis en la edad adulta.²¹

El menor ingreso económico está relacionado, entre muchas cosas, con el nivel de educación que, a su vez, puede influir en el acceso y uso de los servicios de salud. Además de la fuerte asociación con los ingresos, las personas con mayor educación tienden a tener mayor facilidad para reconocer una necesidad de salud, buscar apoyo médico para solucionarla y solicitar citas al especialista.²²

Un bajo ingreso económico, hace que se reduzca tanto el acceso como el uso de servicios estomatológicos. Además, causa que los individuos tengan que priorizar sus necesidades y muchas veces la prevención bucal se deja a un lado, lo cual hace que tanto la caries dental como la periodontitis tengan mayor prevalencia en poblaciones con estas características.

Otro factor que influye en los patrones de uso de los servicios de salud son las características socioeconómicas, ya que las personas con mejores condiciones socioeconómicas reciben con mayor facilidad atención médica en comparación con personas con menores recursos. Ésta es más marcada en países con un sistema de salud privado, en comparación con países que cuentan con un sistema universal.²³

Por ejemplo, el sistema de salud en Estados Unidos, en donde las personas tienen que pagar por la atención médica o por los planes de seguro, se ha visto que las personas que pertenecen al quintil más alto tienen el doble de posibilidad de recibir atención médica, en comparación con aquellas personas que pertenecen al quintil más pobre. Sin embargo, esto no sucede en sistemas de salud universales como el de Francia, Canadá o España.^{24, 25}

Además, la adquisición de seguros médicos incrementa con la edad, por lo cual, se favorece que los adultos mayores con mejor solvencia económica sean los que puedan acceder a los servicios de salud, ya que aquellas personas que tienen un ingreso más alto y un grado académico mayor, tienen más probabilidad de usar los servicios estomatológicos.²⁶

El envejecimiento es un factor de riesgo para presentar enfermedades y discapacidad,²⁷ lo cual causa que el grupo de población que más utiliza los servicios de salud en general sea el de los adultos mayores. Por lo cual podemos deducir que los adultos mayores con un bajo nivel socioeconómico, tendrán dificultad para recibir atención estomatológica.

Además, las personas con mayores ingresos y educación tienen un mayor número de citas con especialistas. Esto se ha visto en los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), excepto Inglaterra. En ellos se ha visto que, a pesar de lo diferente que son en cuanto a sus condiciones de vida, la población adulta con mayores recursos económicos, tienen más posibilidades de consultar a un especialista y con mayor frecuencia, en comparación con las personas pobres.

Capítulo V. Factores psicosociales determinantes de caries dental y periodontitis en adultos mayores

Esto probablemente sea el reflejo de la dificultad de los sistemas de salud para vincular el nivel primario con el secundario, lo cual causa que las personas con suficiente poder adquisitivo puedan acceder a un especialista privado y no tener que esperar, aunado al hecho de que las personas con mayor educación pueden persuadir al médico general para que las derive al especialista, incluso cuando su problema podría atenderse en el nivel primario.

La dificultad para acceder a servicios de salud y servicios preventivos causa que las personas pobres tengan mayor probabilidad de complicaciones y comorbilidades, que a su vez aumenta la necesidad de hospitalización, en comparación con las personas ricas, es decir, las personas de grupos socioeconómicos más pobres, hacen un mayor uso de los servicios de hospitalización.²⁸

En este sentido, en el campo estomatológico sucede el mismo evento, ya que se ha visto que aquellas personas que tienen un ingreso económico mayor y una educación mayor, son factores que aumentan la probabilidad de usar los servicios estomatológicos. Esto probablemente se relaciona con una mayor alfabetización en el campo de la salud, que a su vez se relaciona con una mejor promoción de salud.²⁹

De forma específica, los adultos mayores con mayores ingresos y con un nivel socioeconómico más alto, tienen mayor probabilidad de tener visitas a servicios estomatológicos anuales.

Esto probablemente se deba a que los factores financieros y organizativos son recursos facilitadores que ayudan a que la persona se acerque a los servicios de salud, (sobre todo en países donde hay un acceso deficiente a los servicios dentales, los ingresos cobran una particular importancia.) En este sentido, los factores financieros son aquellos que permiten pagar los servicios de salud, mientras que los factores organizativos incluyen el tiempo de espera para la consulta, la dificultad para obtener una cita y el transporte. Además, existen factores contextuales dentro de los cuales encontramos la cantidad de consultorios y clínicas disponibles.³⁰

Los gestores de salud pública y los profesionales de la estomatología deben proponer medidas para reducir las desigualdades en salud bucodental. Es necesario redoblar esfuerzos para que las personas con bajo nivel socioeconómico se beneficien más de los productos para la prevención de caries y aumenten su acceso a los servicios estomatológico.

Acceso y uso de servicios estomatológicos

El acceso y uso a servicios estomatológicos es clave para mantener y recobrar la salud bucodental. Estos términos son similares, e incluso se llegan a utilizar como sinónimos en la literatura médica; sin embargo, tienen diferencias.

El acceso es un conjunto de dimensiones que describen el ajuste entre el individuo y el sistema de atención de salud, es decir, es el punto medio entre la demanda y el ingreso al servicio.³¹ Mientras que el uso de los servicios de salud es el contacto directo con estos servicios e implica que se ha alcanzado el acceso.³²

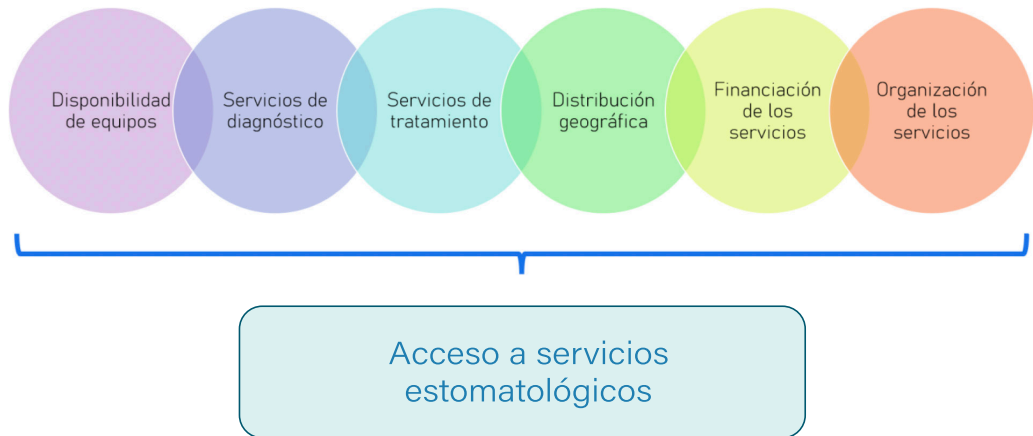
Esto es relevante, ya que las tasas de uso no permiten determinar el grado en el que los servicios no fueron utilizados, aunque hayan sido necesarios, en otras palabras, las poblaciones que no pudieron obtener atención médica (falta de acceso) y las que no necesitaron servicios de salud, se consideran en la misma categoría: sin uso de servicios de salud.³³

El acceso a los servicios estomatológicos está mediado por la disponibilidad de equipos y servicios de diagnóstico y tratamiento; la distribución geográfica, los mecanismos de financiación de los servicios y su organización. Las características del sistema que pueden facilitar el acceso a los servicios de salud bucodental. Contar con todas esas esferas puede promover el acceso y el uso de los servicios estomatológicos por parte de los pacientes (Figura V.3).

Se ha detectado desigualdad en el acceso a citas médicas en países en desarrollo y en unos cuantos países desarrollados. También se ha detectado, en todos los países, un mayor uso de citas estomatológicas en adultos mayores con mejores condiciones socioeconómicas. Brasil y Estados Unidos son los países que han investigado más sobre las desigualdades en el uso de consultas médicas. En EU los adultos mayores de 65 años están cubiertos por el seguro público Medicare, que, aunque no cubre todos los gastos médicos, ayuda a reducir el gasto individual. Por lo cual, se puede estar cubierto tanto por el seguro Medicare como por un seguro privado. Algo similar ocurre en Brasil, donde los adultos mayores pueden utilizar el sistema público de salud (Sistema Único de Salud-SUS) que da acceso universal, o tener un seguro de salud privado.³⁴

En la Figura V.3 se muestran las características del sistema que pueden facilitar el acceso a los servicios estomatológicos.

FIGURA V.3. Características del sistema que pueden facilitar el acceso a los servicios.



Hemos observado una menor desigualdad en los países con sistema universal y una mayor desigualdad a favor de los ricos en Estados Unidos y México en el uso de los servicios de salud, dos países sin cobertura universal de la población.

Apoyo social

Dentro de los factores que ayudan a que las personas hagan un mayor uso de los servicios estomatológicos se encuentra el apoyo social. En este sentido, tanto la familia como los amigos pueden recomendar al paciente que visite un dentista cuando así lo requiere o pueden facilitar el acceso a una clínica dental llevando directamente al paciente. Esto es primordial en personas adultas mayores o con alguna discapacidad, ya que muchas veces postergan su tratamiento estomatológico por complicaciones en su traslado.

Por otra parte, y relacionado a lo que ya se comentó sobre la soledad, el vivir solo o vivir con alguien más puede ser un factor que promueva, o no, la asistencia con el estomatólogo. Curiosamente, factores reales de necesidad bucal como dientes faltantes, dolor bucal, estado de salud general, caries o necesidad de tratamiento no tienen una asociación con el uso de servicios estomatológicos; lo que se puede asociar con mayor fuerza son otros factores, como la ansiedad dental. Es decir, la motivación del paciente para asistir al servicio estomatológico puede ser modulada fuertemente por cuestiones psicológicas y presión social, más que por un problema dental real.³⁵

En este sentido, las personas pueden ser influenciadas por quienes conviven con ellas, y cuando éstas promueven el posponer las visitas al estomatólogo, seguramente se tendrá un efecto negativo para la salud bucal y el bienestar. Por ello, el tener poco apoyo social, aunado a lo que se comentó en el apartado anterior, puede generar desigualdad, que a su vez causa que exista una infrautilización de los servicios odontológicos.

Asimismo, y como ya se comentó, se pueden encontrar desigualdades en el uso de citas con el estomatólogo dependiendo de los ingresos, ya que los costos del tratamiento son una barrera importante para el acceso de personas con un bajo nivel socioeconómico, puesto que la mayoría de los sistemas de salud públicos no cubren totalmente el costo de los servicios dentales, lo cual hace que el paciente tenga que recurrir a las aseguradoras privadas o pagarlo directamente con su dinero.³⁶

Por otra parte, el apoyo social puede verse influenciado por algunos prejuicios como los raciales. Por ejemplo, en 1988 se observó que en una población de 800 ancianos de raza negra y blanca que viven en comunidad, donde aquellos que eran afrodescendientes, fumadores, daban positivo a *Porphyromonas gingivalis*, les faltaban 5 o más dientes, no habían terminado la educación secundaria ni tenían revisión estomatológica en los últimos 5 años, tendían a perder más de 3 mm de inserción sobre todo en las zonas mesiobucales y los dientes posteriores.³⁷

Comprender estas disparidades puede proporcionar información y contexto de por qué persisten las disparidades raciales/étnicas. En un estudio similar, pero con 690 adultos mayores de 65 años de Carolina del Norte, se ha observado que existen disparidades raciales en cuanto al apoyo racial. Cuando se midió la profundidad de bolsa y la recesión gingival en ellos, se notó que las personas negras tenían un promedio de 78% de sus sitios con pérdidas

de 4 mm, en comparación con el 65% de zonas con 3.1 mm de pérdida en personas blancas. Esto puede estar asociado al consumo de tabaco, un recuento de colonias de *P. gingivalis* mayor al 2% y podrían estar involucradas variables del entorno como desigualdad por aspectos raciales.

En otras palabras, las dificultades para brindar servicios dentales adecuados y adaptados a las necesidades, o la falta de uso de los servicios por parte de la población objetivo, pueden contribuir a la creación de desigualdad en los servicios estomatológicos.³⁸

Alfabetización en salud

La alfabetización general y la alfabetización en salud, no son conceptos idénticos, ni se relacionan de la misma forma. Algunas personas con alto nivel de educación llegan a tener una alfabetización en salud inadecuada, ya que la primera no proporciona todas las habilidades requeridas para gestionar y comunicar la información en el ámbito de salud.

La alfabetización en salud se define como la capacidad básica de leer, comprender y actuar en consecuencia con la información sanitaria. Hasta el 48% de los pacientes angloparlantes carece de una alfabetización en salud que sea funcional y adecuada. Esto repercute directamente en la salud ya que causa el desconocimiento de la atención médica, de las afecciones, la falta de comprensión de la información, peor salud autopercibida, menores tasas de cumplimiento, aumento de las hospitalizaciones y aumento de los costos de la atención médica.

Las habilidades de alfabetización en salud bucodental de una persona son un punto crítico para la toma de decisiones relacionadas con la salud del sistema estomatognático. El conocimiento y las competencias personales que permiten a las personas acceder, comprender, evaluar y utilizar la información y los servicios estomatológicos de maneras que promuevan y mantengan una buena salud bucodental y bienestar para sí mismas y para quienes las rodean (Figura V.4).

Obviamente el nivel de alfabetización se relaciona con los ingresos y si bien, se pensaría que es un problema exclusivo de países en vías de desarrollo como México, no sucede

así. Tan sólo en países altamente industrializados como Estados Unidos y Canadá, se ha observado que casi la mitad de los adultos tienen habilidades de alfabetización por debajo del nivel secundaria y 43 millones de estadounidenses tienen una alfabetización en salud inadecuada.³⁹ Por lo cual, es de pensarse que la población mexicana tiene afectada la capacidad en la toma de sus decisiones médicas y estomatológicas.

La poca alfabetización en salud, tanto general como bucodental, es un mejor predictor de una mala salud, en comparación con la edad, los ingresos, la situación laboral, el nivel educativo o la raza. Ya que este tipo de problema causa que el paciente tenga problemas al leer y comprender las etiquetas de sus medicamentos, las recetas, seguir las recomendaciones del personal de salud y dar seguimiento a sus citas y apearse a las indicaciones postoperatorias.

Además, es frecuente que las personas con baja alfabetización tengan pocos y malos comportamientos de autocuidado y medidas preventivas, por lo cual aumentan su mortalidad. Las personas con un bajo nivel de alfabetización, pueden utilizar más recursos debido a una mayor frecuencia de visitas hospitalarias y urgencias, lo que implica mayores costos de atención para el estado y peores resultados de salud. Por ejemplo, en un hospital se observó que una cuarta parte de los pacientes que estaban en la sala de urgencias, tenían una escasa alfabetización y un tercio de ellas, no entendían el número de cápsulas o tabletas que debían ingerir de acuerdo con su receta.¹¹

La alfabetización en salud debe contribuir al empoderamiento de los sujetos y a la toma de decisiones acertadas para promover la salud bucodental. Sin embargo, también se debe considerar que la medición de los años de educación o los niveles de escolaridad pueden no contener datos que reflejen la calidad de educación recibida. Por lo que esta variable no debe ser la única que se tome en cuenta.¹²

Además de afectar los servicios de salud y evitar tener resultados de calidad, la alfabetización inadecuada genera insatisfacción en el paciente y afecta la relación médico-paciente.¹³ Pese a que no se tiene un registro rutinario de la alfabetización, este podría ayudar a mejorar la comunicación médico-paciente y es un buen indicador del riesgo de malos resultados.

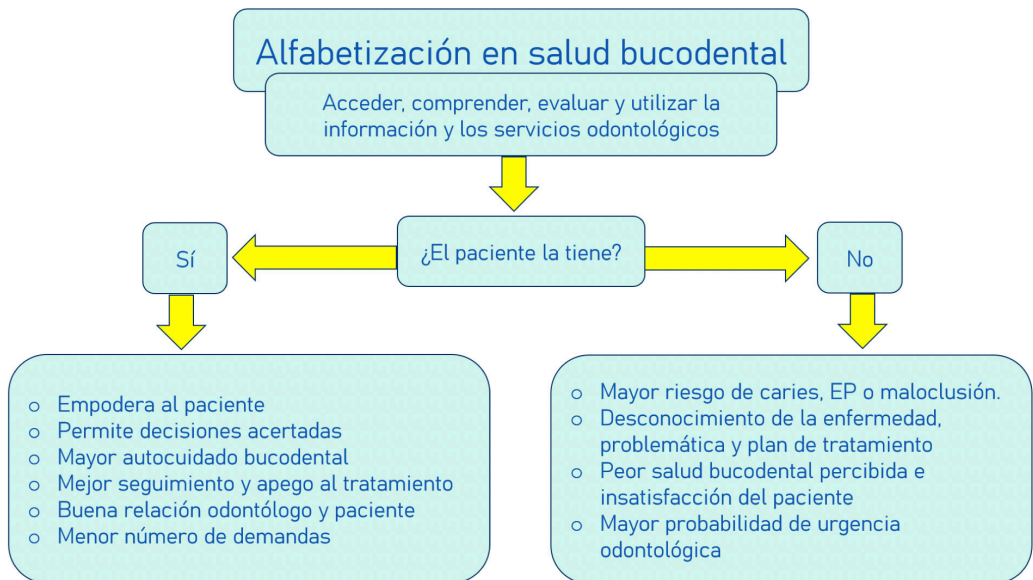
A pesar de esta problemática, el personal de salud suele desconocer y considerar importante el nivel de alfabetización de sus pacientes y reconocer el impacto que esto podría tener en su tratamiento.¹⁴ La comunidad médica debe reconocer la baja alfabetización médica como

Capítulo V. Factores psicosociales determinantes de caries dental y periodontitis en adultos mayores

un problema y poner manos a la obra para superar las barreras que limitan la capacidad del paciente de desenvolverse en el ámbito de salud.

La alfabetización en salud bucodental (Figura V.4). El tenerla o no puede repercutir en varias esferas incluyendo la mayor probabilidad de padecer las enfermedades más frecuentes de cavidad oral: caries dental, enfermedades periodontales y maloclusiones.

FIGURA V.4. Alfabetización en salud bucodental.



Conclusiones

La caries dental y la periodontitis son las dos enfermedades bucodentales más comunes en todo el mundo. Si bien ambas entidades tienen un origen y desarrollo que es explicado desde el ámbito biológico, también es cierto que las cuestiones psicológicas y sociales pueden tener un efecto importante en la presencia de ambas enfermedades.

En el caso de los determinantes psicológicos como I) el estrés, II) la soledad y III) el sentido de coherencia, pueden reforzar buenas conductas que vayan encaminadas a disminuir la cantidad de biopelícula y aumentar el autocuidado dental.

En cuanto a los determinantes sociales, este capítulo analizó como I) el nivel socioeconómico, II) el acceso y el uso de servicios de salud oral, III) el apoyo social y IV) la alfabetización en salud bucodental, influyen en la presencia y desarrollo de la caries y la periodontitis.

Al respecto, se mostró que estos determinantes están íntimamente relacionados entre sí, ya que un buen nivel socioeconómico y apoyo social aumentan la probabilidad de tener acceso a los servicios odontológicos. Además, la alfabetización en salud bucodental permite que se tenga un mejor apego al tratamiento y mejor seguimiento de las indicaciones posoperatorias; mejora la relación estomatólogo-paciente y permite que la persona aumente su autocuidado.

Por otra parte, es importante considerar que, además de las cuestiones psicológicas y sociales, existe una tercera esfera, que no se trató en este documento, que puede ser factor de riesgo para la caries dental y la periodontitis: los determinantes ambientales.

Estos determinantes son importantes debido a que el siglo XXI trae diversos retos como escasez de agua y el cambio climático. Estos retos ponen en la cuerda floja el progreso en el sistema de salud, potenciando la desigualdad en temas de acceso a la salud, incluyendo la salud bucodental.

Por ello, es necesario que se desarrolle más investigación al respecto y que en los planes de estudio se incluya aspectos de estomatología sustentable que ayuden a los profesionales a estar actualizados en el tema y a su vez, puedan orientar a sus pacientes. Estos determinantes pueden contribuir tanto o más que los aspectos biológicos, ya que gracias a ellos se puede prevenir y atender a tiempo tanto las lesiones cariosas como los problemas periodontales.

Referencias

1. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T *et al.* Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res.* 2017; 96(4): 380-387. doi: 10.1177/0022034517693566.
2. Carvajal P, Carrer FCA, Galante ML, Vernal R, Solis CB. Prevalence of periodontal diseases: Latin America and the Caribbean Consensus 2024. *Braz Oral Res.* 2024; 38(suppl 1): e116. doi: 10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0116.
3. Glick M, Urquhart O, Bhosale AS, Carrasco-Labra A, Edelson JT. A unified voice to drive global improvements in oral health. *BMC Glob Public Health.* 2023; 1(1): 19. doi: 10.1186/s44263-023-00019-0.
4. Ponzio E, Dolcini J, Sparabombe S, Firmani G, D'Errico MM, Barbadoro P. Psychological Stress and its relationship to Periodontal flora and salivary Nitrite/Nitrate. *Int Dent J.* 2024; 74(4): 746-753. doi: 10.1016/j.identj.2024.02.003.
5. Liu Q, Wang J, Liu T, Zeng X, Zhang X. Identification of the causal relationship between sleep quality, insomnia, and oral ulcers. *BMC Oral Health.* 2023; 23(1): 754. doi: 10.1186/s12903-023-03417-w.
6. Deinzer R, Hilpert D, Bach K, Schawacht M, Herforth A. Effects of academic stress on oral hygiene--a potential link between stress and plaque-associated disease? *J Clin Periodontol.* 2001; 28(5): 459-464. doi: 10.1034/j.1600-051x.2001.028005459.x
7. Qi X, Pei Y, Wang K, Han S, Wu B. Social isolation, loneliness and accelerated tooth loss among Chinese older adults: A longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023; 51(2): 201-210. doi: 10.1111/cdoe.12727.
8. Poursalehi R, Najimi A, Tahani B. Effect of sense of coherence on oral health behavior and status: A systematic review and meta-analysis. *J Educ Health Promot.* 2021; 10: 361. doi: 10.4103/jehp.jehp_1350_20.
9. Freire M, Sheiham A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001; 29: 204-212. doi: 10.1034/j.1600-0528.2001.290306.x.

10. Elyasi M, Abreu LG, Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Impact of sense of coherence on oral health behaviors: A systematic review? *PLoS One*. 2015;10: e0133918. doi: 10.1371/journal.pone.0133918. doi: 10.1371/journal.pone. 0133918.
11. Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. Sense of coherence and oral health status in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand*. 2011; 69: 12–20. doi: 10.3109/00016357.2010.517553.
12. Poursalehi R, Najimi A, Tahani B. Effect of sense of coherence on oral health behavior and status: A systematic review and meta-analysis. *J Educ Health Promot*. 2021; 10: 361. doi: 10.4103/jehp.jehp_1350_20.
13. Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM, *et al*. Sense of coherence and oral health in dentate adults: Findings from the Finnish health 2000 survey. *J Clin Periodontol*. 2010; 37: 981–987. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01604.x.
14. Schützhold S, Holtfreter B, Schiffner U, Hoffmann T, Kocher T, Micheelis W. Clinical factors and self-perceived oral health. *Eur J Oral Sci*. 2014; 122: 134–141. doi: 10.1111/eos.12117.
15. Goodarzi A, Heidarnia A, Tavafian SS, Eslami M. Predicting oral health behaviors among Iranian students by using health belief model. *J Educ Health Promot*. 2019; 8: 10. doi: 10.4103/jehp.jehp_10_18.
16. Van Woerkum C, Bouwman L. Getting things done: An everyday-life perspective towards bridging the gap between intentions and practices in health-related behavior. *Health Promot Int*. 2014; 29: 278–286. doi: 10.1093/heapro/das059.
17. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. 1993; 36(6): 725-733. doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-z.
18. Menegaz AM, Silva AER, Cascaes AM. Intervenções educativas em serviços de saúde e saúde bucal: Revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*. 2018; 52: 52. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000109.
19. Scheerman JF, van Loveren C, van Meijel B, Dusseldorp E, Wartewig E, Verrips GH *et al*. Psychosocial correlates of oral hygiene behaviour in people aged 9 to 19 - a systematic review with meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016; 44(4): 331-341. doi: 10.1111/cdoe.12224.

20. De Abreu MHNG, Cruz AJS, Borges-Oliveira AC, Martins RC, Mattos FF. Perspectives on Social and Environmental Determinants of Oral Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(24): 13429. doi: 10.3390/ijerph182413429.
21. Schuch HS, Peres KG, Singh A, Peres MA, Do LG. Socioeconomic position during life and periodontitis in adulthood: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017; 45(3): 201-208. doi: 10.1111/cdoe.12278.
22. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 y 2003. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(10): 2490–2502. doi: 10.1590/s0102-311x2007001000023.
23. Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006; 174(2): 177–183. doi: 10.1503/cmaj.050584.
24. Allin S, Masseria C, Mossialos E. Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income. *Am J Public Health*. 2009; 99(10): 1849–1855. doi: 10.2105/AJPH.2008.141499.
25. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Accesibilidad a los servicios de salud en personas mayores españolas. *Soc Sci Med*. 2000; 50(1): 17–26. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00247-6.
26. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Sci Med*. 2003; 57(5): 861–873. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00454-9.
27. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5-6): 365–373. doi: 10.1590/s1020-49892002000500011.
28. Wang HH, Wang JJ, Lawson KD, Wong SY, Wong MC, Li FJ et al. Relationships of multimorbidity and income with hospital admissions in 3 health care systems. *Ann Fam Med*. 2015; 13(2): 164–167. doi: 10.1370/afm.1757.
29. Atchison KA, Gironde MW, Messadi D, Der-Martirosian C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *J Public Health Dent*. 2010; 70(4): 269-275. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00181.x.

30. Hajek A, Kretzler B, König HH. Factors Associated with Dental Service Use Based on the Andersen Model: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(5): 2491. doi: 10.3390/ijerph18052491.
31. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127–140. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.
32. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(Suppl 2): S190–S198. doi: 10.1590/s0102-311x2004000800014.
33. Nunes BP, Thume E, Tomasi E, Duro SM, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(6): 968–976. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005388.
34. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2017; 51: 50. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006661.
35. Suominen AL, Helminen S, Lahti S, Vehkalahti MM, Knuuttila M, Varsio S *et al*. Use of oral health care services in Finnish adults - results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys. *BMC Oral Health*. 2017; 17(1): 78. doi: 10.1186/s12903-017-0364-7.
36. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany. *J Dent Educ*. 2005; 69(9): 987-997.
37. Beck JD, Cusmano L, Green-Helms W, Koch GG, Offenbacher S. A 5-year study of attachment loss in community-dwelling older adults: incidence density. *Journal of Periodontal Res*. 1997; 32: 506–515. doi: 10.1111/j.1600-0765.1997.tb00566.x.
38. Locker D, Maggiri J, Quinonez C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. *J Public Health Dent*. 2011; 71(4): 327–334. doi: 10.1111/j.1752-7325.2011.00277.x
39. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. 2005; 1(3): 189-199.

40. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Health literacy impact on National Healthcare Utilization and expenditure. *Int J Health Policy Manag.* 2015; 4(11): 747–755. doi: 10.15171/ijhpm.2015.151.
41. Holst D, Schuller AA, Aleksejuniené J, Eriksen HM. Caries in populations--a theoretical, causal approach. *Eur J Oral Sci.* 2001; 109(3): 143-148. doi: 10.1034/j.1600-0722.2001.00022.x.
42. Kripalani S, Jacobson TA, Mugalla IC, Cawthon CR, Niesner KJ, Vaccarino V. Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *J Hosp Med.* 2010; 5: 269–275. doi: 10.1002/jhm.667.
43. Kelly PA, Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient Educ Couns.* 2007; 66: 119–122. doi: 10.1016/j.pec.2006.10.007





VI

Estrategias para el cuidado de la salud bucodental

Rosa Diana Hernández Palacios

Introducción

La salud bucodental es un componente fundamental de la salud de los adultos mayores (AM) porque participa en funciones básicas como masticación, deglución, fonación, y respiración, además interviene en la comunicación con gestos afectivos y expresivos como besar y sonreír, y a través de la estética tiene un papel fundamental en la autoestima y la interacción social ya que una persona con pérdida dental tiene repercusiones en la capacidad para efectuar las actividades de la vida diaria con un impacto en su calidad de vida, además los problemas bucales tienen un efecto determinante en las enfermedades sistémicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, neurológicas y respiratorias.^{1, 2, 3}

En este capítulo se describen las estrategias que desde la Gerontología social pueden aplicarse para la atención de salud bucodental, tomando como referente la estrategia mundial, donde se priorizan la promoción y prevención a nivel comunitario.

En América Latina hay inequidad en la atención bucodental, las personas se ven afectadas desde la vida temprana hasta la vejez por las enfermedades, factores de riesgo y determinantes sociales; se estima que el 75% de los AM no mantienen una buena salud bucodental y no visitan con frecuencia al Estomatólogo y los gastos en atención de salud

bucodental que deben asumir los usuarios pueden ser un obstáculo importante, además las políticas de atención de salud bucodental se dirigen hacia el tratamiento con procedimientos restaurativos y de rehabilitación y pocas acciones de prevención y promoción de la salud para las enfermedades bucodentales, por lo anterior y dados los pocos resultados en la disminución de las enfermedades bucodentales en la 75 Asamblea realizada en el año 2022 la OMS estableció los principios para el Proyecto de Estrategia Mundial sobre Salud Bucodental.

La estrategia de Salud Bucodental señala seis objetivos estratégicos: 1. Gobernanza de la salud bucodental 2. Promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales 3. Personal de salud 4. Atención de la salud bucodental 5. Sistemas de información sobre salud bucodental 6. Agendas de investigación en salud bucodental.^{4,5}

Proyecto de la Estrategia Mundial sobre Salud Bucodental. Principios OMS

1) Un enfoque de salud pública para la salud bucodental

Consiste en ofrecer los mejores resultados en salud bucodental con especial atención en las enfermedades con mayor prevalencia, para el mayor número de personas. Es importante ampliar las medidas centradas en los determinantes estructurales sociales y comerciales de la salud bucodental con la participación de diversos sectores como los sociales, económicos, educativos y medioambientales.

2) Integración de la salud bucodental en la atención primaria de salud

Esta integración es con la finalidad de hacer más equitativo el acceso a una atención de salud integral y de calidad a través de acciones de prevención, detección temprana y control de problemas conexos y comorbilidades.

3) Modelos innovadores de personal para responder a las necesidades de la población en salud bucodental

Reformar los sistemas con salud, educación y planificación de los recursos para que el personal de salud tenga las competencias necesarias para ofrecer servicios esenciales de atención de salud bucodental en el conjunto del proceso de atención.

4) Atención de salud bucodental centrada en la persona

Fomenta un enfoque más holístico de la evaluación de las necesidades, porque se incorporan los puntos de vista de las personas, las familias y las comunidades, se promueve el autocuidado y la alfabetización en materia de salud bucodental.

5) Intervenciones de salud bucodental adaptadas a todas las etapas de la vida

Las estrategias de salud bucodental deben adaptarse a lo largo del curso de la vida, incluidos los programas prenatales, para lactantes, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores con acciones generales para promover una alimentación saludable, evitar el uso del tabaco y alcohol y fomentar la autoasistencia.

6) Optimización de las tecnologías digitales aplicadas a la salud bucodental

La inteligencia artificial, los dispositivos móviles y otras tecnologías digitales pueden aplicarse estratégicamente a la salud bucodental en diferentes niveles para la alfabetización en salud bucodental con orientación sobre el acceso a la información, la evaluación crítica y la puesta en práctica de acciones de salud bucodental.

También se plantean acciones de telesalud, y la mejora de la detección temprana, vigilancia y derivación de enfermedades bucodentales dentro de la atención primaria y reforzar los criterios aplicables a la salud bucodental digital basados en las mejores prácticas y en pruebas científicas.⁵

Estrategias de salud bucodental desde la Gerontología Social

Para mejorar la salud bucodental es importante modificar los estigmas sobre la vejez y garantizar la atención digna, respetuosa y libre de discriminación por edad, género o condición socioeconómica y fortalecer la autonomía, la participación comunitaria y el acceso equitativo a servicios de los AM.

Desde la perspectiva de la gerontología social, el envejecimiento es un proceso multidimensional influido por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, por ello, las estrategias para el cuidado de salud bucodental deben basarse en principios que

trasciendan lo clínico y promuevan el envejecimiento saludable y el bienestar integral de las personas mayores, mediante acciones interdisciplinarias preventivas, educativas y comunitarias donde se fomente una visión holística del AM, reconociendo sus capacidades, vulnerabilidades y derechos.^{6,7}

Las estrategias de salud bucodental deben integrar las dimensiones físicas, psicológicas y sociales del envejecimiento, esto implica considerar aspectos funcionales, sociales y emocionales que afectan la salud bucodental en la vejez, acordes al contexto donde se desarrollarán considerando las condiciones económicas, culturales y el nivel educativo, las redes de apoyo y el acceso a los servicios de salud.⁶

También se definen las estrategias de intervención basadas en evidencia, como educación en higiene oral, acceso a servicios preventivos y restaurativos

Elementos de gerontología social para las estrategias de salud bucodental.

Enfoque	Aplicación
Interdisciplinarietà	Integración de odontología, gerontología, psicología, trabajo social, sociología, medicina, nutrición y geriatría entre otras.
Participación activa y empoderamiento	Co-diseño de estrategias con adultos mayores con un rol como agentes de cambio y transmisores de saberes.
Inclusión de alfabetización digital	Uso de apps y plataformas de salud para comunicación remota y educación
Derechos humanos	Promoción del acceso equitativo a servicios estomatológicos
Intervenciones intersectoriales	Interacciones entre salud, cultura, educación, desarrollo social y urbanismo

I) Promoción y prevención de enfermedades bucodentales

Para establecer las acciones bucodentales que se realizarán es necesario identificar las necesidades, capacidades y factores de riesgos biopsicosociales de los adultos mayores asociados a enfermedades bucodentales en la vejez para **promover** el autocuidado.

Educación y prevención personalizada

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, abarca diversas intervenciones interdisciplinarias sociales y ambientales destinadas a beneficiar la calidad de vida *individual, familiar y comunitaria* mediante acciones para promover estilos de vida saludables para mejorar la salud bucodental y la funcionalidad; deben realizarse con la participación de los adultos mayores con estrategias integrales de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, es importante incluir a familiares y cuidadores en la capacitación para reforzar hábitos saludables.^{7, 8, 9}

Los AM deben participar en el diseño, implementación y evaluación de las actividades, reconociendo sus saberes, experiencias y capacidades, esto fortalece su autonomía y el sentido de pertenencia, se realizan diversas acciones interactivas con los adultos mayores como talleres y grupos focales donde además del personal de salud pueden participar los cuidadores, es necesaria la adaptación de materiales educativos accesibles: infografías con letra grande guías visuales, cápsulas informativas con lenguaje sencillo y claro, imágenes grandes y ejemplos cotidianos.¹⁰ (rampas, señalización, iluminación).

Se deben adaptar los entornos físicos para las actividades de ejercicio, recreación, socialización y servicios de salud, transporte o cultura, porque algunos adultos mayores utilizan bastón, andadera o silla de rueda.^{10, 11}

Detección precoz y seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles

Consiste en la aplicación de programas de cribado para efectuar el diagnóstico temprano de enfermedades crónicas no transmisibles, deterioro cognitivo, osteoporosis y síndromes geriátricos, así como el control regular de tensión arterial, glucemia y colesterol y la adherencia terapéutica mediante educación sanitaria.⁹

Promoción de la higiene oral

Se promueve la higiene oral adaptada a las capacidades funcionales y limitaciones físicas del AM con la participación de cuidadores cuando se requiera.

Se promoverá el realizar la higiene oral tres veces al día como mínimo con duración de 2 a 3 minutos, utilizando pasta dental con flúor y valorar el uso de hilo dental, cepillos interdentales y enjuagues bucales sin alcohol, en caso necesario se recomienda el uso de cepillos ergonómicos, eléctricos).^{12,13,14}

Higiene del sueño y manejo del estrés

La higiene del sueño se refiere a los hábitos y condiciones que favorecen un descanso reparador debido a que dormir bien mejora el estado de ánimo, la concentración y reduce el riesgo de enfermedades, es importante tener rutinas con horarios de descanso en un ambiente adecuado como la habitación oscura, silenciosa y fresca, evitar ingerir cafeína, alcohol y comidas pesadas por la noche y no utilizar dispositivos electrónicos al menos 30 minutos antes de dormir.

El estrés es una respuesta natural del cuerpo ante situaciones de desafíos, pero si se prolonga puede afectar la salud física y mental con irritabilidad, insomnio o dolores físicos por lo cual es necesario adoptar diversas estrategias como ejercicios de respiración, la actividad física, meditación, yoga, priorizar tareas y redes de apoyo social.

Enfoque nutricional

Consiste en la intervención con nutricionistas para una alimentación equilibrada y adaptada a las necesidades del adulto mayor, con recomendaciones según las condiciones de salud bucal donde se identifiquen las dificultades para masticar o deglutir que afecten la nutrición, también es importante promover dietas bajas en azúcares simples grasas y ricas en fibra.

Actividad física y prevención de caídas

Actividad física regular como caminatas, ejercicios de equilibrio y fuerza, adaptada a las capacidades individuales del AM es una herramienta clave para la prevención de caídas, especialmente en adultos mayores porque fortalece los músculos, mejora el equilibrio, la coordinación y la movilidad, lo que reduce significativamente el riesgo de accidentes y fracturas.

Vigilancia de efectos secundarios de medicamentos

La farmacovigilancia consiste en la detección, cuantificación y prevención de riesgos relacionados con los medicamentos, es común que los AM consumen simultáneamente.

Si hay polifarmacia se evalúa la presencia de xerostomía e hiposialia para indicar en caso necesario el uso de saliva artificial, hidratación adecuada y productos específicos para boca seca.

Prevención del consumo de tabaco y alcohol

Según la OMS, el tabaco causa más de 8 millones de muertes al año, las principales acciones preventivas incluyen informar sobre los riesgos físicos y sociales, fomentar ambientes libres de humo de tabaco y favorecer el acceso interdisciplinario a tratamientos para dejar de fumar.^{6,7}

Autoexploración bucal

Un factor fundamental del autocuidado como parte integral del bienestar general es la autoexploración bucal para la detección temprana de problemas que puedan requerir atención profesional. Se revisan todas las estructuras bucales frente a un espejo para identificar algún cambio de color como manchas blancas, rojas o pigmentadas, úlceras, o aumentos de volumen. La revisión incluye los labios, mucosa de carrillos o yugal, lengua, paladar, piso de boca, encía y dientes. Se recomienda realizarlo una vez al mes.⁸

Algunos cambios que indican atención profesional son úlceras que duran más de 2 semanas, dolor persistente o sensación de ardor, sangrado espontáneo, dificultad para masticar, hablar o deglutir, cambios en el gusto o halitosis.

FIGURA VI.1. Autoexploración bucal.



https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/43020/triptico_saludbucal_cancer_bucal.compressed.pdf

II) Atención de la salud bucodental

La atención bucodental debe ser personalizada y adaptada según las necesidades y condiciones sistémicas y funcionales de cada AM, donde se incluyan además de los aspectos

clínicas acciones sociales para reducir el aislamiento, fomentar la inclusión y mejorar el acceso a servicios, es esencial la detección de factores psicológicos protectores o de riesgo como la historia y el plan de vida de la persona.

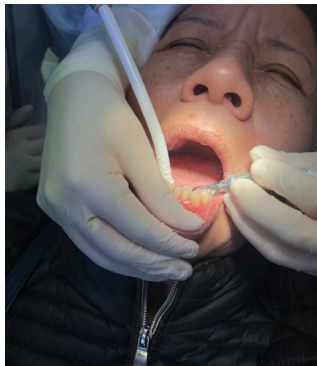
Protocolos de tratamiento y prevención

Se desarrollan guías clínicas que consideren la diversidad funcional de los adultos mayores (independientes, frágiles o institucionalizados). En estos protocolos se debe garantizar la seguridad y la accesibilidad física para una atención eficiente y ergonómica a los servicios.

Intervenciones mínimamente invasivas

En la atención estomatológica integral se efectúan evaluaciones periódicas para el registro de necesidades con enfoque gerontológico, los tratamientos serán conservadores con intervenciones mínimamente invasivas para preservar las estructuras dentales, donde se priorice la funcionalidad, el confort y se reduzca el riesgo de complicaciones.

FIGURA VI.2. Atención estomatológica.



Es importante incluir el cuidado e higiene de prótesis dentales: ajuste, limpieza y educación en su uso y en caso necesario facilitar el acceso a atención odontológica especializada.^{8, 15, 16}

III) Intervención comunitaria

Consiste en promover la participación comunitaria y el empoderamiento de los AM e identificar a líderes comunitarios para realizar ferias de salud bucal en centros comunitarios, casas de día y visitas domiciliarias para personas con movilidad reducida y brigadas móviles (Figura VI.3). Se recomienda Iniciar con proyectos piloto.

FIGURA VI.3. Visitas domiciliarias.



El diagnóstico comunitario se realiza con la aplicación de diversas herramientas a través de encuestas breves, entrevistas o grupos focales con adultos mayores, también se efectúa a través de diversos índices bucales para caries dental CPOD, enfermedad periodontal índice de Ranfjord, índice de higiene oral IHOS, índice de ATM de Helkimo. Además, se recomienda incluir escalas como el GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) para evaluar la

percepción de salud bucal y medir el impacto funcional y psicosocial de la salud oral en adultos mayores cuya información se registra en la base de datos para seguimiento clínico y social.

En la planificación se establecen los objetivos y metas centrados en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación bucodental, es importante considerar los recursos disponibles: infraestructura, personal, insumos y acceso a servicios.

Se establecen redes de apoyo comunitario y se forman grupos de pares o círculos de cuidado mutuo, también es importante promover el voluntariado intergeneracional y la vinculación con promotores de salud, cuidadores y líderes vecinales.

Otras acciones consisten en fortalecer las redes de apoyo social y difundir los derechos de los adultos mayores.^{8, 10, 17}

Evaluación y seguimiento

La evaluación y retroalimentación de las estrategias bucodentales se debe realizar con indicadores que midan el impacto: funcionalidad, calidad de vida e inclusión social, también servirá para reducir costos innecesarios y asegura que los recursos lleguen a quienes más los necesitan.

Para la evaluación de las acciones comunitarias se deben incluir estrategias cuantitativas y cualitativas integrando indicadores clínicos (como CPOD, IHOS) funcionales (capacidad masticatoria, uso de prótesis), psicosociales (autoestima, comunicación) y comunitarios (participación, redes de apoyo). Esto permite medir el impacto con retroalimentación continua para mejorar las estrategias efectuadas. Un elemento importante son las encuestas de satisfacción que permiten realizar ajustes continuos según los resultados.^{18, 19}

Para evaluar si se mejoró la salud bucodental se debe realizar una evaluación objetiva clínica estandarizada utilizando instrumentos: Índice CPOD (Cariados, Perdidos, Obturados) donde se muestre la disminución de la prevalencia de caries y enfermedad periodontal, el mejoramiento de la higiene oral a través de la evaluación del Índice de higiene oral (IHOS),

Índice periodontal comunitario (CPI) para identificar si hubo reducción en la prevalencia de caries y enfermedad periodontal.^{8,19}

Un indicador que es cada vez más utilizado para evaluar la salud bucal, como guía para establecer prioridades y como indicador para medir eficacia en las intervenciones en salud bucal y los resultados de la atención estomatológica en grupos de personas mayores es el referente a calidad de vida asociado a salud bucodental, es concebido como una evaluación multidimensional, auto-reportada, que mide el impacto de las condiciones bucales sobre las actividades de la vida diaria.

A continuación, se presenta un ejemplo de los indicadores que deben evaluarse cuando se realizar programas de salud bucodental.

Objetivo	Indicador	Tipo/ frecuencia de medición	Fuente de verificación	Riesgos
Mejorar la salud bucodental de los adultos mayores	Porcentaje de adultos mayores con evaluación clínica anual	Cuantitativo Semestral	Índices bucodentales	Continuidad del programa Acceso a servicios
Promover el envejecimiento activo	Porcentaje de participantes en actividades recreativas, físicas o educativas	Cuantitativo Trimestral	Registros clínicos Encuestas	Interés de los participantes Infraestructura disponible
Evaluar el impacto comunitario	Cambios en la percepción comunitaria sobre el envejecimiento (edadismo, inclusión)	Cualitativo	Grupos focales Encuestas Comunitarias	Participación inter-generacional. Difusión efectiva
Reducir el aislamiento social	Porcentaje de adultos mayores que reportan sentirse acompañados	Cualitativo	Entrevistas	Apoyo familiar y comunitario
Fortalecer conocimientos sobre autocuidado y derechos	Porcentaje de adultos mayores que identifican prácticas de autocuidado	Cuantitativo/ trimestral	Evaluación en pre/post talleres	Calidad en los materiales didácticos

Otros indicadores son el aumento en el uso de servicios estomatológicos, la evaluación de los conocimientos de los AM sobre salud bucodental y autocuidado, el incremento en la participación comunitaria y la percepción positiva de la salud bucal y autoestima.

Finalmente es importante orientar a las personas mayores y a sus familiares sobre los recursos y los servicios disponibles en el entorno, así como sobre los métodos existentes para acceder a prestaciones y ayudas sociales destinadas a los AM , el asesoramiento para gestión de acciones intersectoriales necesario desarrolla políticas públicas para el mejoramiento de la salud bucodental de los adultos mayores con acceso a servicios de salud, mejoramiento de la alimentación, educación, vivienda recreación.^{12, 20}

Conclusiones

La salud bucodental es un elemento fundamental de la salud general; se estima que el 75% de los AM no mantienen una buena salud bucodental y no visitan con frecuencia al Cirujano Dentista por lo que es necesario establecer diversas estrategias para la atención individual y comunitaria de los problemas bucodentales, basadas en los principios establecidos por la OMS.

Desde la perspectiva de la Gerontología Social, el abordaje de la problemática bucodental es interdisciplinaria, con la participación de los adultos mayores para lograr su empoderamiento.

Referencias

1. Roisinblit R. Odontología para las personas mayores. Buenos Aires: 2010. (E-Book).
2. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, de la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Publica Mex. 2007; 49 (3): 173-181. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342007000300002>

3. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa: “Salud bucodental”, publicado el 24 de septiembre de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
4. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people-call for public health action. *Community Dent Health*. 2010; 27 (4 Suppl 2): 257-267.
5. Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023–2030. *Global strategy and action plan on oral health 2023-2030*.
6. Mendoza-Núñez V, Martínez-Maldonado M, Vargas-Guadarrama L. Envejecimiento Activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria. México: UNAM FES Zaragoza, 2013.
7. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2021- 2030. Ginebra; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es>.
8. Hernández PR, Mendoza NV, Martínez ZI, Morales ML. *Odontogeriatría y gerodontología*. 2a ed. México: Trillas; 2016.
9. Arronte RA, Beltrán CN, Correa ME, Martínez MM, Mendoza NV, Rosado PJ, et al. *Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad*. 2ª ed. Ciudad de México: UNAM, FES Zaragoza; 2015. p. 107-11
10. Sánchez LL. *La promoción de la salud para la atención bucodental del adulto mayor*. Tesis de la Universidad Nacional Autónoma de México. 2017.
11. OMS. ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet] Agosto 2016. https://www.who.int/health-topics/digital-health#tab=tab_1
12. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990; 54 (11): 680-7. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.1990.54.11.tb02481.x>
13. Sánchez GS. El envejecimiento de la población y la salud bucodental: Un reto para los servicios de salud en México. *Rev. Odont. Mex*. 2009; 13 (3): 134-135. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2009000300134&lng=es.
14. Saez CR, Velasco CK, & Vintimilla B N. Técnicas de promoción de salud bucal en el adulto mayor. *Revista Universidad y Sociedad* 2018; 10
- 15.

16. Sánchez GS, Juárez CT, Heredia PE, GC. El envejecimiento de la población y la salud bucodental. México, D.F.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 2013: 14-24.
17. Reyes OF, Machado RE. Estrategia de educación permanente para la salud bucal del adulto mayor. *Rev Hum Med* 2020; 20 (1): 107-123. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100107&lng=es. Epub29-Abr-2020
18. Diagnóstico y Manejo de los Problemas Bucales de los Adultos Mayores. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.
19. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa: La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
20. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informe técnico sobre prevención en mayores. 2023. <https://www.promo-salud.es>
21. Listl S, Baltussen R, Carrasco-Labra A, Carrer FC, Lavis JN. Evidence-Informed Oral Health Policy Making: Opportunities and Challenges. *J Dent Res*. 2023 102 (12): 1293-1302. doi: 10.1177/00220345231187828.
22. Secretaria de salud. Odontogeriatría. Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención. 2010. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_Odontologeriatria.pdf

Gerontología Social y Gerodontología

Coordinadoras
Rosa Diana Hernández Palacios
Olga Taboada Aranza

El propósito de este libro es proporcionar los conocimientos y estrategias que nos ayuden a entender el proceso de envejecimiento y sus implicaciones en la salud bucodental, reconociendo las experiencias y necesidades específicas de los adultos mayores para diseñar estrategias de atención integral estomatológica con enfoque humanista y social.

Con la finalidad de describir acciones de trabajo comunitario educativas, preventivas y de promoción de la salud desde la perspectiva de la gerontología social para mejorar la salud bucodental y la calidad de vida de adultos mayores.

El libro está dirigido a estudiantes y personal de salud interesados en brindar atención a los adultos mayores, está integrado por seis capítulos que incluyen la información referente al envejecimiento y la vejez, destacando los aspectos sociodemográficos y biopsicosociales, su relación con la salud bucodental y la atención estomatológica como componente esencial para un envejecimiento saludable



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 México D.F.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

