

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y CONDUCTAS EN SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO, ZONA NORTE DE SANTIAGO*

Cuad. Méd. Soc. XLI, 3-4, 2000/ 5-13

Prof. Dra. C. Misrachi L.¹, Soc. S. Lamadrid A.²

RESUMEN

El Ministerio de Salud ha determinado crear una modalidad de atención integral específica para los adultos mayores, con un fuerte componente de educación para la salud. Para planificar programas educativos efectivos hay que conocer las creencias, conocimientos, valores y actitudes de los usuarios. Para determinarlas, se utilizaron 26 de los 60 ítems de un cuestionario aplicado a una muestra de 228 adultos mayores, en 7 consultorios del área norte de la Región Metropolitana. Un 25,9% de la muestra eran desdentados totales y los dentados presentaban una mediana de 10 dientes. Se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado con $p < 0,05$ para sexo, edad y nivel educacional. Se observó que, si bien los adultos mayores creen en la posibilidad de conservar al menos parte de la dentadura, la formación de caries es inevitable. La mayoría de los entrevistados desconoce la causa de la formación de caries y las conductas que conocen y practican para evitar esa patología son escasas. El autoexamen que muchos declaran realizar no detecta la mayoría de las caries que presentan. La falta de conocimientos y de percepción del problema de salud periodontal es notoria. El control periódico con el dentista es bajo, y la visita al dentista se posterga hasta experimentar un gran dolor. El origen de estos conocimientos proviene principalmente de la familia. Se concluye que la educación en salud oral para adultos mayores es una necesidad urgente y debe ir precedida por la capacitación de los profesionales que la impartirán, tanto en los contenidos como en la metodología a utilizar.

Palabras claves: encuestas de salud bucal, conocimiento adulto mayor, educación en salud.

ABSTRACT

The Ministry of Health has decided to create a modality of specific comprehensive care for the elderly, with a strong health education component. To plan educational programs it is necessary to know the beliefs, knowledge, values and attitudes of the users. To determine them, we used 26 of the 60 items of a questionnaire applied to a sample of 228 aged adults, in 7 clinics of the North area of the Metropolitan Region. 25.9% of the sample were completely toothless and the other had a median of ten

* Este trabajo forma parte del Proyecto: Comportamientos en Salud Oral y Factores Determinantes. Proyecto N° PRI-OI: 96004, Facultad de Odontología Universidad de Chile.

¹ Profesor Titular y Presidente Comisión Gerodontología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Miembro del Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos, Vicerrectoría Académica y Estudiantil, Universidad de Chile.

² Docente-investigador área Ciencias del Comportamiento, Facultad de Odontología Universidad de Chile.

Dirección: Avda. Santa María 571, Santiago.

Fono : 7357451. Fax 737-1023. E-mail: emisrach@abello.dic.uchile.cl

teeth. The statistical test of Ji square was used with $p < 0.05$, for sex, age and educational level. It was observed that although the aged believe in the possibility of conserving at least part of their teeth, caries formation is unavoidable. Most of the interviewees ignore the cause of caries formation and the behaviours that they know and practice to avoid that pathology are few. The self-examination that many declare they carry out doesn't detect most of the cavities that they present. The lack of knowledge and of perception of the problem of periodontal health is notorious. Periodic control with the dentist is low, and the visit to the dentist is deferred until great pain is experienced. The origin of such knowledge comes mainly from the family. It is concluded that education in oral health for the elderly is an urgent necessity and should be preceded by training of the professionals that will impart it, as much in the contents as in the methodology to use.

Key words: dental health surveys, knowledge, aged, health education.

INTRODUCCION

Chile se sitúa entre los países de rápida transición hacia el envejecimiento poblacional. Sin embargo, la mayor esperanza de vida de la población no ha implicado una mejor calidad de vida de sus adultos mayores. Muy por el contrario, el creciente número de adultos mayores, sobre todo aquellos de bajo nivel socioeconómico, constituye un grupo especialmente vulnerable, porque la edad les trae aparejada una acumulación de privaciones que influyen directamente en su nivel de salud (1).

Puesto que la mayor parte de este grupo etéreo utiliza los servicios públicos de salud, es importante que estos servicios desarrollen planes específicos para los adultos mayores que consideren su propia problemática social y de salud (2). La preocupación por nuestros adultos mayores ha hecho que desde 1997 el Ministerio de Salud de Chile haya determinado la urgencia de crear una modalidad de atención integral para los adultos mayores, con su eje central en el nivel primario. Es por ello que se hace necesario investigar cada uno de los aspectos de salud que afectan la calidad de vida de este grupo.

Diversos estudios indican que la calidad de vida del adulto mayor se ve influida por el estado de su salud bucal. La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol importante en la ingestión de alimentos y en la percepción de distintos fenómenos orales asociados (3, 4). De esta manera una salud dentaria en malas condiciones hace que decrezca el interés del anciano por alimentarse. La atrofia muscular propia de la edad deriva en que el anciano requiera de más tiempo de masticación, lo que le produce problemas de relaciones sociales, haciendo que el adulto mayor seleccione la comida de modo adverso para su salud. La masticación inadecua-

da y dieta baja en fibras del anciano desdentado predisponen a constipación, obstrucción intestinal aguda e irritación intestinal crónica y otros trastornos digestivos. Además, la falta de dientes influye negativamente sobre la estética facial y el lenguaje oral, todo lo cual afecta su autoestima y salud mental.

Sin embargo, la situación de salud oral y sus condicionantes sociales son temas muy poco explorados. En una revisión del estado de salud oral de los adultos mayores de América Latina (5), Marino (1994) señala una alta prevalencia de pérdida dentaria por caries y de desdentados totales, y escasa utilización de los servicios dentales, pese a ello muestran una actitud conformista ante su salud bucal.

Investigaciones efectuadas en Chile en diversas regiones en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo (6, 7, 8, 9) reafirman estos datos. Se han encontrado entre 35 y 50% de desdentados totales, siendo el resto parcialmente desdentados. La mayoría presenta caries en las piezas remanentes, alta prevalencia de enfermedad periodontal e higiene bucal inadecuada y las visitas al dentista son muy poco frecuentes.

En una investigación de Misrahi y Lamadrid (10) en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo, se encontró que más de la mitad conservaba sólo 7 o menos piezas dentarias en boca. El 25,9% era desdentado total y de este el 18,6% no contaba con prótesis. De acuerdo al INTPC (Índice de necesidades terapéuticas periodontales de la comunidad), el 70,9% de los individuos que conservaban dientes en boca requerían de tratamiento periodontal complejo o mediano y el 91,5% necesitaba instrucción en higiene oral. Un 30,3% de la muestra carecía de prótesis necesiéndola, pero sólo un 8,7% expresó deseo de usarla. Del 67,5% que poseía prótesis, había que rehacer o reparar el 53,3%. La preferencia por alimentos blandos re-

sultó significativamente superior entre quienes no tenían prótesis y la necesitaban.

En cuanto a las conductas, actitudes, conocimientos, creencias y percepciones de los adultos mayores hacia su salud oral, también se sabe muy poco. En el estudio de Gamonal (1996) se indica que menos de un tercio de la muestra se cepillaba diariamente, y que el 78,5% no había utilizado servicios dentales durante el año anterior.

En investigaciones sobre los comportamientos y conocimientos de salud oral de otros grupos etáreos de nivel socioeconómico similar, Misrachí y Sáez (11, 12, 13) han encontrado que, entre las madres de escolares investigadas cuyo promedio de edad era de 31 años, las representaciones sobre las causas que originan el deterioro y pérdida de las piezas dentarias se vinculan con factores no manejables por los individuos: la herencia (76%) y el embarazo (88%), y se cree que no importa lo que se haga, los dientes no duran más allá de los 45 años. Las caries y las primeras etapas de la enfermedad periodontal no son reconocidas como enfermedades. En relación con los conocimientos sobre la causa de las caries, el consumo de azúcar no se percibe como dañino, salvo que se trate de dulces "duros" que al ser masticados "rompen los dientes". El sangramiento de las encías durante el cepillado es considerado normal por el 58% y atribuido por la gran mayoría a la dureza del cepillo. La práctica de higiene oral diaria no está incorporada en los hábitos de higiene personal.

En otro estudio de objetivos similares al anterior (14) efectuado en escolares entre 6 y 8 años, los niños mencionan como medidas preventivas de caries el cepillado, no comer dulces y el control dental. Llama la atención que no mencionen el flúor, cuyas propiedades preventivas son tan ampliamente publicitadas a través de la televisión. A pesar de que la mayoría valora el cepillado como el factor principal para evitar la caries, un tercio tiene una actitud negativa hacia el cepillado antes de acostarse, y el 14% no posee cepillo dental propio compartiéndolo con el resto de la familia, siendo significativamente mayor el porcentaje de niñas que de varones. Se observó, al igual que en el grupo anterior, la creencia generalizada que los dulces producen caries sólo si se mastican.

Estudios en adolescentes de nivel socioeconómico medio bajo (15, 16) muestran que 82% valora el cepillado como la medida preventiva de caries de mayor importancia, 38,6% menciona el control dental y 35,9% no comer dulces entre comidas; sólo un 5,3% menciona el flúor. El 69% cree que es imposible conservar la dentadura a lo

largo de la vida, el 52,9% afirma que la mala dentadura es hereditaria y el 59,4% cree que es imposible evitar la formación de caries. El 41,6% presenta sangramiento gingival y sólo el 13% sabe que esto se debe a enfermedad periodontal. El 64,6% declara no saber el origen de las caries. Más de la mitad de los jóvenes desconoce la importancia de realizar su higiene oral después de la última comida diaria.

Los trabajos mencionados muestran que el nivel de conocimientos sobre salud oral es escaso y que las creencias presentes favorecen la persistencia de conductas negativas.

Todo esto indica la urgencia de realizar investigaciones sobre las conductas en salud oral y los factores que las determinan en los adultos mayores, para tener un diagnóstico que permita desarrollar acciones educativas realmente efectivas dirigidas a estos grupos.

MATERIAL Y METODOS

La muestra estuvo constituida por 228 adultos mayores autovalentes, 25,9% hombres y 74,1% mujeres, entre 60 y 87 años³. Con una edad promedio de 69,4 años, provenientes de programas distintos al dental de 7 consultorios del área norte de la Región Metropolitana. El 40,8% de la muestra tenía menos de 4 años de estudios de los cuales un 11,8% eran analfabetos (a nivel nacional 12% de adultos mayores urbanos son analfabetos), un 19,4% declaró tener entre 7 a 12 años de estudios y sólo un 1,3% había realizado estudios superiores. Un 25,9% de los adultos mayores estudiados eran desdentados totales y entre los dentados el promedio de dientes era 11,82% y la mediana de 10, lo que indica que hay una gran dispersión en el número de dientes en boca, sobre todo en aquellos que tienen entre 15 y 31 dientes. El número de dientes es significativamente mayor en hombres que en mujeres ($p < 0,006$). Controlando por grupos de edad se encuentra que la diferencia por sexo es más significativa para los grupos de 60 a 69 años ($p < 0,02$) y de 70 a 79 años ($p < 0,0007$) que para los mayores de 80 en que la diferencia no es significativa.

³ Aunque para Chile el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) define la población de Adulto Mayor como aquella de 65 y más años, en este estudio se considera la definición de las Naciones Unidas (1982) que recomienda trazar la línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo.

Se aplicó un cuestionario estructurado de 60 ítems, 14 de los cuales corresponden a examen clínico y necesidades de tratamiento; los restantes a conductas, actitudes y creencias en salud oral. La recolección de información fue realizada por un dentista, una socióloga y alumnos egresados de la carrera de odontología de la Universidad de Chile. En este trabajo se dará cuenta de los resultados obtenidos en 26 de los ítems (4 de examen clínico y los restantes sicosociales).

Para el análisis de los datos se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado con $p < 0,05$ para las variables independientes: sexo, edad y escolaridad.

RESULTADOS

Los resultados se presentan divididos por temas.

Conocimientos, creencias y conductas sobre caries y su prevención

Consultados acerca de la posibilidad de que los dientes duren toda la vida el 53,8% responde afirmativamente, pero sólo el 35% cree que es posible que una persona nunca presente caries. Ambas creencias no tienen relación significativa con el número de piezas dentarias que los encuestados conservan en la boca. Sin embargo, cuando la pérdida de piezas dentarias es total se observa que hay diferencias significativas ($p = 0,00415$), el 72,3% de los edentados cree que es posible que los dientes duren toda la vida, mientras sólo el 48,9% de quienes conservan piezas lo cree. No hay diferencias significativas por sexo y edad, excepto dentro de los edentados, en que el 76,7% de las mujeres sostiene esa creencia, versus sólo el 25% de los hombres. En cuanto a la creencia en la posibilidad de que a una persona nunca se le formen caries, no hay diferencias entre edentados y dentados.

Más de la mitad de la población (56,8%) no sabe o tiene conocimientos erróneos respecto a las causas de la formación de caries; el 98,2% no sabe qué es la placa bacteriana, sólo el 17,8% relaciona la formación de caries con la acción de las bacterias y los azúcares; un 16,4% lo vincula sólo con masticar dulces, y un 9,1% sólo con la acción bacteriana. No hay diferencias significativas por sexo ni por edad.

En cuanto a los conocimientos sobre las acciones para prevenir las caries, ante una pregunta con

respuesta múltiple, el 84,6% menciona cepillarse los dientes, un 21,9% el control dental, el 19,7% indica el uso de flúor y el 19,3% menciona no comer dulces entre comidas. Únicamente en la alternativa cepillarse los dientes es significativa la influencia de la edad ($p < 0,05$); el 88,9% de los menores de 69 años la menciona, mientras sólo el 70,8% de los mayores de 80 lo hace. El sexo de los encuestados sólo presenta una relación significativa en la alternativa uso de flúor ($p < 0,03$), que es mencionada por un 32,1% de las mujeres y sólo un 10,2% de los hombres.

La Tabla N° 1 da cuenta de los conocimientos respecto al mejor momento del día para lavarse los dientes, medidos a través de una pregunta de respuesta múltiple. Llama la atención que sólo un 45,4% mencione el cepillado antes de acostarse.

La Tabla N° 2 muestra la higiene oral realizada el día anterior por los adultos mayores dentados. Se observa que las personas que mencionan el cepillado como forma de prevención de caries declaran mayor frecuencia de cepillados el día anterior (45,5% dice haberlo hecho 3 veces o más) que aquellos que no lo mencionan como medida de prevención (sólo el 25% indica 3 veces o más) y la diferencia es significativa.

Interrogados sobre la ingesta de dulces entre comidas, casi la mitad dijo no hacerlo nunca (45,2%), un 43,5% a veces y un 11,3% siempre, sin que se observen diferencias significativas por sexo o edad. En cuanto a qué hacen después de ingerirlos, la mayoría dice que nada (57,3%), un 23,1% se enjuaga la boca y un 19,7% señala que se cepilla los dientes. Siendo el enjuague bucal de mayor frecuencia en los edentados y el cepillado en los dentados.

TABLA N° 1

Menciones respecto al mejor momento del día para lavarse los dientes

Momento	Menciones (%)
Después de almuerzo	52,9
Después del desayuno	46,3
Antes de acostarse	45,4
Antes del desayuno	45,4
No sabe	15,8

TABLA N° 2

Conductas de higiene oral el día anterior, según mención del cepillado como acción preventiva de caries (sólo dentados)

Conducta	Menciona cepillado como medida preventiva		Total (%)
	No (%)	Sí (%)	
No se lavó	15,0	3,2	4,6
Antes de desayunar	0,0	4,5	4,0
Después de 1 ó 2 comidas	60,0	46,8	48,3
Después de cada comida	25,0	45,5	43,1
Total	11,5	88,5	100,0

p = 0,04.

En relación al uso del cepillo dental, el 13,8% de los encuestados con dientes en boca reconoce no haberlo cambiado en los últimos 12 meses y sólo un 30,5% haberlo hecho tres veces o más en el año. El tipo de cepillo más usado es el blando (37,4%), seguido por el mediano (32,7%) y el duro (23,4%). No hay diferencias significativas por edad ni por sexo, aunque se observa una tendencia mayor en las mujeres a cambiar el cepillo (dos tercios de las mujeres han cambiado cepillo dos o

más veces y sólo la mitad de los hombres ha hecho lo mismo).

En relación a la conducta preventiva de autoexamen bucal periódico sólo el 45,9% indica que lo practica.

Percepciones sobre el estado de salud de la encía

Entre los adultos mayores dentados, el 17,3% declara que siempre experimenta sangramiento gingival, durante el cepillado, y un 34,7% "a veces". Existe diferencia significativa por edad, los menores de 70 años presentan sangramiento en mayor proporción que los mayores ($p < 0,03$). La Tabla N° 3 da cuenta de la relación entre la percepción de sangramiento y el índice INTPC observado clínicamente⁴; es visible que la percepción de los encuestados no coincide con el resultado del examen clínico, ya que la mitad de quienes presentan índices entre 2 y 4 afirman que nunca experimentan sangramiento.

En cuanto al conocimiento sobre las causas del sangramiento gingival, un 57,9% señala no saber y un 22% lo atribuye a la dureza del cepillo dental o a la excesiva fuerza aplicada en el cepillado. Sólo el 20,2% asocia el sangramiento con inflamación de la encía. No hay diferencias significativas por sexo o edad.

Respecto a qué reacción tendrían ante el sangramiento de la encía, en una pregunta de selección múltiple, el 36,4% declara que no sabe, el 36,8% indica ir al dentista, un 19,7% señala el uso de enjuague bucal y un 12,7% cambiar su cepillo por uno más blando. No se observan diferencias significativas por sexo o edad.

TABLA N° 3

Percepción de sangramiento de las encías según índice INTPC

Percepción de sangramiento	Índice de necesidades terapéuticas periodontales de la comunidad (%)					Total
	0	1	2	3	4	
Nunca	75,0	48,4	51,4	26,2	40,7	42,8
A veces	25,0	41,9	29,7	52,4	25,9	37,9
Siempre	0,0	9,7	18,9	21,4	33,3	19,3
Total	5,5	21,4	25,5	29,0	18,6	100,0

p = 0,04387.

⁴ Para el examen, la boca se divide en seis sextantes: 17-14 / 13-23 / 24-27 / 47-44 / 43-33 / 34-37. Se utiliza la sonda INTPC de la OMS. Se considera el Código más alto que resulte del examen del sextante. Código X: No hay dientes o tienen indicación de extracción. Código 4: Saco de

profundidad de 5 mm o más. Código 3: Saco de profundidad de 3,5 a 5,5 mm. Código 2: Presencia de tártaro o algún factor retentivo de placa bacteriana. Código 1: Sangramiento hasta después de 30 segundos de realizando el sondaje. Código 0: Tejidos periodontales sanos.

Origen de los conocimientos sobre salud oral

La Tabla N° 4 presenta el origen de los conocimientos de los adultos mayores sobre salud oral, la fuente más mencionada fue la familia (45,4%) seguida del dentista u otro profesional del consultorio (37%). Hay diferencias significativas por sexo; las mujeres señalan como origen de sus conocimientos a la familia en mayor porcentaje que los hombres ($p = 0,04$), mientras más hombres que mujeres señalan al consultorio como fuente de conocimientos ($p = 0,06$).

Construyendo un índice de calidad de conocimientos en base a 6 variables dicotomizadas (conocimiento sobre la probabilidad de perdurabilidad de los dientes, conocimiento sobre la causa de las caries, conocimiento sobre prevención de caries, conocimiento sobre mejor momento para lavarse dientes, conocimiento sobre placa bacteriana, conocimiento sobre causa de sangramiento gingival), encontramos que el nivel general de conocimientos es bastante bajo: ninguno de los encuestados tuvo las seis respuestas correctas, y sólo el 5,2% tuvo 5 respuestas correctas y tres cuartos de la muestra tiene tres o menos respuestas correctas.

No hay diferencias significativas según el origen de los conocimientos, pero sí las hay por nivel educacional, donde a mayor nivel, mejor resultado en la calidad de conocimientos ($p = 0,00622$).

Percepciones y valoraciones de la dentadura

Ante una pregunta con opciones múltiples respecto a la razón para cuidarse los dientes, la más mencionada fue poder masticar (74,2%), seguida de la estética (59,9%). Hablar y evitar el dolor fueron mencionados por un tercio de los encuestados. No hay diferencias significativas de nivel educacional entre quienes mencionan la estética y quienes no; sí hay diferencias significativas por sexo para la razón estética, mencionada por 67,1% de mujeres contra sólo 40,7% de los hombres ($p = 0,0004$) Pero si controlamos estos últimos resultados por nivel educacional, vemos que la diferencia entre hombres y mujeres se produce entre quienes tienen menos de 9 años de estudio y, en cambio, entre quienes tienen más nivel educacional la diferencia por sexo respecto al valor estético que se atribuye a la dentadura no es significativa.

La ayuda que prestan los dientes para pronunciar correctamente, como razón para cuidar-

TABLA N° 4

Menciones del origen de los conocimientos en salud oral

Origen de los conocimientos	Menciones (%)
Familia	45,2
Dentista o consultorio	37,3
Televisión	11,9
Folletos y afiches	11,5
Amigos	4,8
Trabajo	4,8

los, es mencionada por más encuestados cuanto mayor es su edad; la diferencia es significativa ($p = 0,04536$): casi la mitad de los mayores de 80 años lo señala y sólo un cuarto de los menores de 70 lo hace.

Entre estos adultos mayores funcionalmente independientes, el 99,1% se preocupa por sí mismo del cuidado de su dentadura, sin diferencias por sexo ni edad. En relación al autoexamen bucal, el 54,1% no lo practica, no habiendo diferencias entre quienes conservan dientes en boca y los edentados.

El 65% de la muestra estima que la boca no le causa problemas. Hay diferencia significativa por edad, los menores de 70 años tienen más percepción de problemas que los mayores ($p = 0,04826$).

En la Tabla N° 5 se observa que quienes tienen dientes tienen mayor percepción de problemas, y entre ellos la mayor percepción corresponde a aquellos que no poseen prótesis necesiándola.

Al ser consultados sobre si creen que se están cuidando adecuadamente los dientes, la mayoría (72,8%) responde afirmativamente. Sin embargo, sólo el 19,5% cree que no tiene caries. Cabe señalar que en esta población con un promedio de 12 dientes, el porcentaje de dientes cariados dentro del total de dientes es de 29,3%.

La Tabla N° 6 da cuenta de la relación del número de caries detectadas en el examen clínico, con la percepción de tener caries. Encontramos que el 44,2% de los que no tienen caries cree que sí están afectados por ellas. Por otro lado, sólo el 55,6% de los que tienen más de 7 caries percibe el deterioro de sus piezas dentarias; no hay diferencia por sexo ni por edad.

TABLA N° 5

Percepción de problemas en la boca por dentados y edentados,
según necesidad y uso de prótesis

Percepción de problemas	Dentados (%)				Edentados (%)		
	Necesidad y uso de prótesis			Total (%)	Uso de prótesis		Total (%)
	No tiene y no necesita	Tiene prótesis	No tiene y necesita		Tiene prótesis	No tiene prótesis	
No	40,0	67,6	55,2	62,5	72,1	75,0	72,5
Sí	60,0	32,4	44,8	37,5	27,9	25,0	27,5
Total	3,0	62,5	34,5	100,0	84,3	15,7	100,0

TABLA N° 6

Percepción de presencia de caries, según caries detectadas en el examen clínico
(sólo dentados)

Percepción de caries	Caries detectadas en el examen clínico (%)			Total (%)
	Sin caries	Una a seis caries	Siete a dieciocho caries	
Sí	44,2	65,3	55,6	58,0
No	34,9	15,8	11,1	19,5
No sabe	20,9	18,9	33,3	22,4
Total	24,7	54,6	20,7	100,0

p = 0,01769.

Al relacionar el índice INTPC con la creencia de estar practicando un cuidado adecuado de su dentadura, no hay diferencias significativas entre quienes tienen los mejores y los peores índices; el 70,8% de quienes tienen índices 3 y 4 cree que se está cuidando adecuadamente, al igual que el 74,3% de aquellos que tienen índices 0 y 1.

Sólo 43,0% ha visitado al dentista en los últimos 12 meses. No hay diferencias significativas por sexo ni nivel educacional. Las visitas al dentista son significativamente menores en los mayores de 80 años (p < 0,02).

Actitudes ante el dolor de dientes

Un 7,3% de los encuestados dice no haber sentido nunca un gran dolor en los dientes. Cuando han sentido un gran dolor, la mayoría declara haber acudido al dentista (56,4%). Los demás dicen haber tomado calmantes (24,3%), haber usado

medicinas populares (8,7%) o no haber hecho nada (3,2%). No hay diferencias significativas por sexo o edad.

Ante una pregunta similar, el dolor menor en una pieza dental, un mayor porcentaje dice no hacer nada (31,1%), un porcentaje similar señala sólo haber tomado calmantes (29,8%). Un 33,8% acude al dentista.

DISCUSION

De los resultados se desprende que existe la creencia generalizada en la imposibilidad de que los dientes no se carien a lo largo de la vida. Por otra parte, un porcentaje significativamente alto de adultos mayores edentados, especialmente mujeres, creen que es posible que los dientes duren toda la vida. Se podría concluir que, si bien los adultos mayores creen en la posibilidad de con-

servar al menos parte de la dentadura, para ellos la formación de caries es inevitable. Esto se puede atribuir a que se confía más en las acciones curativas del odontólogo que en desarrollar conductas preventivas que eviten la caries.

Lo anterior es coherente con el hecho de que la mayoría de los entrevistados desconoce la causa de la formación de caries y con que las conductas que ellos practican para evitar esa patología son escasas: si bien valoran el cepillado dental como principal medida preventiva, la mayoría no sabe cuál es el mejor momento del día para efectuarlo. Esto permite suponer que, aunque un porcentaje muy alto declare la importancia del cepillado dental para prevenir la caries, para muchos el lavado de los dientes es más una conducta vinculada con la sensación de frescor o limpieza que con la prevención de esa alteración. Se observa que desconocen la necesidad de cambiar el cepillo dental al menos cada tres meses, conducta que practica menos de un tercio de la muestra y que es significativamente más frecuente en las mujeres.

También la acción preventiva de caries que provee el flúor es poco conocida. Esto último coincide con resultados obtenidos en trabajos realizados por Misrachi y cols. (13, 14, 15, 16), en que los distintos grupos etáreos entrevistados desconocían las propiedades del flúor a pesar de su amplia publicitación por los medios de comunicación masiva. Otra conducta negativa practicada por más de la mitad de los adultos mayores es comer dulces entre comidas; además la mayoría declara no efectuar ningún tipo de limpieza dental después de ello.

Menos del 50% señala practicar autoexamen dental periódico. Sin embargo, este examen es realizado sin ningún método, ya que no son capaces de detectar la mayoría de las caries que presentan, aunque posean muy pocos dientes remanentes.

En relación al estado de salud periodontal, la falta de conocimientos y de percepción del problema es notoria. Sólo el 20% asocia las causas del sangramiento de la encía con la inflamación de la misma, el resto declara que no sabe o lo atribuye a causas erróneas. Igualmente, alrededor de 7 de cada 10 adultos mayores, que presentan desde sangramiento gingival hasta sacos periodontales muy profundos con gran cantidad de tártaro y movilidad dentaria, creen que están cuidando adecuadamente su salud periodontal. Sólo 3,6 de cada 10 señalan que acudirían al dentista si estuvieran afectados por sangramiento gingival.

El control periódico con el dentista es bajo en este grupo etáreo, sólo 43% ha visitado al dentista en los últimos 12 meses. Esto no depende del sexo ni del nivel educacional, pero sí de la edad, lo que hace pensar que el acceso a los servicios dentales es difícil para los adultos mayores, ya que no existe un programa dental específico para ellos y deben competir por la atención con los adultos más jóvenes y sobre todo con los niños y embarazadas. Estos dos últimos grupos son prioritarios dentro de los programas de salud bucal y por ello poseen mayor número de horas-dentista asignadas en los consultorios de salud de nivel primario.

Cabe hacer notar que un porcentaje muy alto (92,7%) de los adultos mayores ha experimentado al menos una vez un gran dolor causado por un problema dentario y que sólo 56,4% ha recurrido de inmediato a un servicio dental. Un tercio ha resuelto su problema con analgésicos o medicinas populares, lo que sin lugar a dudas los conduce en el futuro a la pérdida de la o las piezas dentarias involucradas en el problema.

Si el dolor dentario no es tan agudo y prolongado, sólo el 33,8% acude a los servicios dentales. Esto permite concluir que la tendencia general es postergar la visita al dentista aun en los casos de sufrir un gran dolor.

Al igual que en los trabajos realizados por Misrachi y cols. en adolescentes (15,16), el origen de los conocimientos sobre salud oral proviene principalmente de la familia. En los adultos mayores otra fuente importante de información proviene del consultorio. Ninguno menciona que los conocimientos que posee los adquirió en el sistema educativo. Esto se debe a que los programas de educación para la salud oral se iniciaron sólo alrededor de 30 años atrás y no en forma masiva. Aun actualmente los adultos mayores reciben muy escasa educación para la salud oral en los consultorios cuyo mayor tiempo educativo en los servicios dentales está dedicado a niños. Como se ha observado a través del índice de calidad de los conocimientos el nivel de los mismos es muy bajo (sólo 5% con 5 respuestas correctas de un total de 6) y como era de esperar a mayor nivel educacional, mayores conocimientos sobre salud oral.

La valoración que los adultos mayores le asignan a la dentadura está en relación en primer lugar a realizar en mejor forma la función masticatoria. Nos parece interesante destacar que el valor estético que le otorgan a la dentadura es mayor en las mujeres, pero se va igualando entre hombres y mujeres en la medida que su nivel educacional es

mayor. Esto puede atribuirse a que las personas de mayor nivel educacional mantienen relaciones laborales y sociales con personas que les presentan mayores exigencias en términos de presentación personal. A medida que las personas aumentan en edad van valorando los dientes como elementos indispensables de una adecuada comunicación oral, por su influencia en la pronunciación de ciertas letras. Lamentablemente esto sucede una vez que los adultos mayores ya han perdido gran parte si no todas sus piezas dentarias.

Al igual que en el trabajo de Misrachi y Lamadrid (1997) realizado sobre la misma muestra se concluye que, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de bajos recursos, es necesario contar con un programa dental específicamente diseñado para ellos. Este programa debe contener un fuerte componente de educación para la salud oral y ser precedido por la capacitación de los profesionales que impartirán la educación tanto en los contenidos a impartir como en la metodología a utilizar, ya que la problemática de salud oral de los adultos mayores así como las formas de comunicación a utilizar con ellos, son diferentes a las que se emplean con otros grupos etéreos.

REFERENCIAS

1. Escobar, C.; Salinas, I. Diagnóstico situación de los adultos mayores en Chile. En: *Vejez y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos Demográficos*. (F. Lolas edit.): Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos. Vicerrectoría Académica y Estudiantil, Universidad de Chile, 1996; págs. 51-85.
2. Misrachi, C.; Biotti, J.; Cabargas, J.; Soto, R. La Salud Oral y el Adulto Mayor: desafíos para la odontología. *Revista de la Facultad de Odontología*, 1995; 13 (1): 9-15.
3. Brodeur, J. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J. Prosthet Dent*. 1993; 70: 468-73.
4. Knapp, A. Nutrition and Oral Health in the elderly. *Geriatric Dentistry. Dental Clin. of North Am.* 1989; 33(1): 109-125.
5. Marino, R. Oral Health of the Elderly: reality, myth and perspectives. [Review] *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1994; 28(3): 202-210.
6. Soto, R. *et al.* Estado de salud bucal y nutricional de adultos mayores. *Geriatrka*. 1994; 2: 35-38.
7. Gamonal, J. Prevalencia de Enfermedades Periodontales y de Caries Dental en la población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento. Tesis para postular al Grado de Magíster en Ciencias Odontológicas. Facultad de Odontología Universidad de Chile, 1996.
8. Aránguiz, V. Prevención y Cuidados de la Salud Bucal En: *Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor, enfoque interdisciplinario*. (Marín P. Ed.). Vicerrectoría Académica, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1994, págs. 239-254.
9. Bernal, A. Estudio Descriptivo del Estado de Salud Oral y Necesidades de Tratamiento en un Grupo de Senescentes. Trabajo de investigación para optar al título de cirujano-dentista. Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 1985.
10. Misrachi, C.; Lamadrid, S. "Salud oral y conductas asociadas en adultos mayores de bajos recursos". *Cuad. Méd. Soc.* 1997; Vol. XXXVIII N° 4: 27-33.
11. Misrachi, C.; Sáez, M. Valores Creencias y Prácticas populares en relación a la salud oral. *Cuad. Méd. Soc.* 1989; Vol. XXX, N° 2: 27-33.
12. Misrachi, C.; Sáez, M. "Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbano-marginales". *Enfoques en Atención Primaria*. 1990; 5(1): 13-19.
13. Misrachi, C.; Sáez, M. "Comportamientos de búsqueda de salud oral: factores determinantes, en poblaciones urbano-marginales". *Revista Odontología Chilena*, 1995; 43 (1):7-13.
14. Misrachi, C.; Sapag, R. Factores predisponentes y facilitadores de las conductas de salud oral en niños de 6 a 8 años. *Cuad. Méd. Sociales*, 1992; XXXIII (4): 43-51.
15. Misrachi, C.; Arellano, M. "Conductas y Factores Determinantes en Salud Oral de los Adolescentes". *Revista Chilena de Pediatría*, 1995; 66 (6): 317-322.
16. Misrachi, C.; Arellano, M. "Adolescentes: factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de conductas en salud oral". *Revista Odontología Chilena*, 1996; 44 (1): 23-29.