

ARTÍCULOS ORIGINALES

Promoción de salud bucal en la tercera edad en un centro comunitario de salud mental

Oral health promotion in the elderly in a mental health community justify

Fidela M. Reyes Obediente; Nelia Espeso Nápoles; Alicia Hernández Suárez

Universidad Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: los ancianos arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y enfermedades bucodentales prevenibles, y una deficiente información higiénico-sanitaria bucal.

Objetivo: aplicar técnicas afectivo-participativas para la promoción de salud bucal en los ancianos.

Método: se realizó un estudio experimental de intervención comunitaria en el círculo de abuelos del Centro Comunitario de Salud Mental del área norte en el período comprendido de Junio del 2005 a Junio del 2007. La muestra estuvo constituida por 35 ancianos, a quienes se les aplicó una entrevista estructurada para determinar el nivel de información higiénico-sanitaria-bucal, factores de riesgo e higiene bucal y protésica.

Resultados: la información higiénico-sanitaria-bucal se comportó como satisfactoria en 27 personas, (77, 1 %). La eficiencia de la higiene de las prótesis mejoró en más de la mitad de los gerontes.

Conclusiones: hubo una percepción favorable de los mismos con respecto a la intervención, pues la mayoría reconoce que incorporaron una acción al observar cambios beneficiosos para su salud, que generó experiencias positivas en el grupo estudiado.

DeCS: intervención educativa, promoción de salud bucal, tercera edad, ancianos.

ABSTRACT

Background: the elderly arrive to the old age submitted to a great number of risk factors and preventive buccodental diseases, and deficient oral hygienic-sanitary information.

Objective: to apply affective-participatory techniques for the oral health promotion in the elderly.

Method: a community intervention experimental study in the grandparents' circle of the Mental Health Community justify from the north area was carried out from June 2005 to June 2007. The sample was constituted by 35 old men, to them they were applied a structured interview to determine the level of hygienic-sanitary-oral information, risk factors, oral and prosthetic hygiene.

Results: the hygienic-sanitary-oral information behaved as satisfactory in 27 people (77, 1 %). The efficiency of the prosthesis' hygiene improved in more than half of the elderly.

Conclusions: there was a favorable perception of them regarding to the intervention, because the majority recognize that they incorporated an action for the action when observing beneficial changes for their health that generated positive experiences in the studied group.

DeCS: Educational intervention, oral health promotion, third age, old men.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y el desarrollo socioeconómico hace previsible una creciente demanda en el futuro próximo de los servicios gerodontológicos. El crecimiento del número de ancianos en la población, ha provocado un aumento significativo de estudios que propicien investigar los fenómenos cercanos al envejecimiento. ¹

La salud en la tercera edad es una necesidad social. Con el cambio en la estructura de la población mundial, en pocos años se habrán invertido las pirámides poblacionales. Si no se inicia la concientización desde el presente para los profesionales y los pacientes,

los sistemas de salud no estarán preparados para atender el volumen de pacientes geriátricos que solicitarán sus servicios.²

Es por ello que el crecimiento de la población anciana se torna un nuevo reto para el desarrollo de novedosos métodos de educación para la salud y el enfoque preventivo advierte la necesidad de ofrecer cada vez más importancia a este tema, lo cual permite ensayar instrumentos de comunicación social que amplíen la efectividad de los medios para llegar a las masas de la tercera edad. La educación de los ancianos debe estar dirigida al desempeño de nuevos papeles y la búsqueda de un espacio en la sociedad.^{3, 4}

Un instrumento imprescindible para afrontar este desafío lo constituyen las técnicas afectivo-participativas, que facilitan la adquisición de nuevos conocimientos, y logran la motivación y el cambio de actitud en la comunidad.⁵

Los ancianos arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y enfermedades bucodentales prevenibles y una deficiente información higiénico-sanitaria bucal.

Todo lo anteriormente planteado, así como las consideraciones actuales sobre promoción de salud, educación popular y la inserción en la comunidad de un Estomatólogo General Integral, nos motivó a aplicar un conjunto de técnicas afectivo-participativas bajo la hipótesis de que las técnicas son capaces de motivar y modificar actitudes; para contribuir a elevar el conocimiento y a través de una intervención educativa, elevar la calidad de vida de la comunidad gerontológica en estudio.

MÉTODO

Se realizó un estudio experimental del tipo de intervención comunitaria con el objetivo de aplicar técnicas afectivo-participativas para la promoción de salud bucal en los ancianos del Centro Comunitario de Salud Mental del área norte. El universo estuvo constituido por 35 ancianos pertenecientes a dicho centro y la muestra no probabilística coincidió con el universo cumpliendo los siguientes criterios de inclusión: no tener trastornos graves de la memoria y estar dispuestos a cooperar. Para este último aspecto los ancianos dieron su aprobación a través de un consentimiento informado, y quedaron excluidos aquellos que tenían trastornos graves de la memoria y no estaban dispuestos a cooperar.

El funcionamiento socio familiar se obtuvo de la escala de evaluación geriátrica que poseen los ancianos en el Centro de Salud Mental.

La higiene bucal de los pacientes que presentaran dientes se determinó mediante el índice de higiene bucal de Love y colaboradores y se consideró como higiene bucal aceptable; cuando el por ciento de superficies teñidas fue inferior o igual al 20 por ciento. Los valores por encima se infirieron como no aceptables. ⁶

En el caso de la higiene de la prótesis se categorizó, según el criterio propuesto por Vigild como: <<buena >> si no existía ningún apósito en la prótesis, <<regular>> si existía algún apósito y <<mala>> si el cúmulo de apósitos era elevado. ⁷

La base de cálculo para pacientes portadores de prótesis dental fue de 25 y para pacientes dentados 10. Para la información higiénico sanitaria bucal se consideró como satisfactoria aquellos que obtuvieron de 29 a 42 puntos e insatisfactoria de 0 a 28 puntos según la clave de respuesta y evaluación diseñada para la investigación.

Los datos se obtuvieron a través de una entrevista estructurada realizada de acuerdo a temas de la especialidad, criterios de profesionales vinculados a esta rama, asesorada por el psicólogo.

Una vez identificados los factores de riesgos y los problemas de salud de los ancianos, se procedió a escoger los temas de las técnicas afectivo-participativas, según las necesidades sentidas de los gerontes.

La evaluación cualitativa se realizó mediante un ejercicio de coevaluación,⁸ que permitió explorar la percepción del grupo con respecto a las expectativas, sugerencias, sentimientos y nivel de aprendizaje que el anciano creía tener y el que sus compañeros consideraban que tenía, para de esta forma reflexionar sobre los temas abordados en las técnicas.

RESULTADOS

Dentro de los portadores de prótesis dentales, se manifestaron en orden decreciente el uso continuo de prótesis dentales (52,0 %), prótesis desajustadas (40,0 %) y la higiene de las prótesis dentales (31,4 %).

Para los ancianos dentados predominó la higiene bucal deficiente (60 %) y la dieta cariogénica (50 %). Dentro de los que involucran a todos los ancianos predominó el tabaquismo (25,7 %). Tabla 1

Tabla 1
Distribución de los principales factores de riesgo para la salud bucal de los ancianos.

Factores de riesgo	No	%
Uso continuo de prótesis dentales	13	52,0
Higiene deficiente de prótesis dentales	11	31,4
Uso de prótesis dentales desajustadas	10	40,0
Tabaquismo	9	25,7
Higiene bucal deficiente	6	60,0
Dieta cariogénica	5	50,0
Dientes fracturados con bordes cortantes	2	20,0
Escasez de flujo salival	2	5,7
Ingestión frecuente de bebidas alcohólicas	1	2,8

En las personas dentadas, encontramos que el 70 % mostraban enfermedad periodontal. Para los rehabilitados protésicamente, predominó la estomatitis subprotésis (40 %) y la disfunción masticatoria que involucró al 80 %. Tabla 2

Tabla 2
Afecciones bucales más frecuentes en los ancianos.

Afecciones bucales	No	%
Disfunción masticatoria	28	80
Estomatitis subprótesis	10	40
Enfermedad periodontal	7	70
Caries dental	5	50
Disfunción ATM	2	5,7
Xerostomía	2	5,7
Épulis fisurado	1	4,0
Queilitis angular	1	2,8
Leucoplasia	1	2,8

Al comparar los niveles de información alcanzados al final de la investigación, observamos 27 personas en la categoría de satisfactorio (77, 1 %). Tabla 3

Tabla 3
Información higiénico-sanitaria-bucal de los ancianos antes y después de la intervención.

Información higiénico-sanitaria-bucal	Antes		Después	
	No	%	No	%
Satisfactoria	4	11,4	27	77,1
Insatisfactoria	31	88,5	8	22,9
Total	35	100	35	100

El ascenso de las habilidades en la eficacia del cepillado, según el índice de Love para individuos dentados, fue del 80 %; los cuales alcanzaron la categoría de aceptable.

Tabla 4

Tabla 4
Eficiencia de la higiene bucal según índice de Love.

Higiene bucal	Antes		Después	
	No	%	No	%
Aceptable	3	30	8	80
No aceptable	7	70	2	20
Total	10	100	10	100

En el rango de buena higiene de las prótesis después de la intervención, se ubicaron 17 personas para un 56, 6 %. Tabla 5

Tabla 5
Higiene de las prótesis dentales antes y después de la intervención educativa.

Higiene de las prótesis dentales	Antes		Después	
	No	%	No	%
Buena	4	16	17	56,6
Regular	11	24	7	23,4
Mala	15	60	6	20,0
Total	30	100	30	100

DISCUSIÓN

Al hacer el análisis del comportamiento de los principales factores de riesgo que pueden afectar la salud bucal de los ancianos, podemos citar dentro de los que incluyen a la generalidad de la muestra el tabaquismo, el que ha sido reconocido por múltiples autores como muy importante en la aparición del cáncer de la cavidad bucal.^{12, 13}

En las afecciones bucales más frecuentes en esta investigación, observamos que la disfunción masticatoria lideró el estudio con 28 personas, ésto es el resultado de la no aplicación de medidas preventivas por varias décadas donde el sistema sanitario estaba encaminado a funciones curativas. En las personas dentadas encontramos que predominó la enfermedad periodontal y la caries dental. Estos resultados coinciden con los encontrados en otras partes del mundo, donde la enfermedad periodontal es común en el paciente de edad avanzada con higiene bucal deficiente.^{14, 15}

En el caso de los pacientes portadores de prótesis dental es significativa la presencia de estomatitis subprotesis. La etiología de la misma es citada por diversos autores como una afección multifactorial y dentro de ellos se mencionan la higiene bucal deficiente, la prótesis desajustada y el uso continuo de prótesis.^{16, 17}

En nuestro criterio, el predominio de una evaluación insatisfactoria al inicio de la investigación con referencia al nivel de información higiénico-sanitaria-bucal es el reflejo del desconocimiento en materia de salud bucal que presentaban los ancianos. El ascenso de las habilidades en la eficiencia del cepillado según el índice de Love para individuos dentados fue posible por la influencia positiva de la intervención educativa. A nivel internacional en una investigación realizada en Brasil en el año 2004, se obtuvieron resultados similares a los hallados en esta investigación y allí se plantea la necesidad de realizar programas educativos en la tercera edad, como una condición indispensable para reducir de forma significativa los niveles de placa dentobacteriana y mejorar así la salud bucal de los ancianos.¹⁸

Otro aspecto fue el mantenimiento de la higiene de las prótesis dentales donde se ubicó en el rango de buena higiene más de la mitad de los ancianos. Otros estudios realizados han demostrado cómo el estomatólogo en su labor educativa ha utilizado diferentes vías para lograr la comunicación y un ejemplo importante de esto son las técnicas afectivo-participativas que han logrado abrirse paso, por los resultados obtenidos en cuanto a facilitar aprendizaje a través de la creatividad y los juegos didácticos como herramientas fundamentales en el trabajo educativo.^{19, 20}

CONCLUSIONES

El uso continuo de prótesis dentales, el tabaquismo y la higiene bucal deficiente fueron los principales factores de riesgo que predominaron en el estudio.

Las afecciones bucales más frecuentes fueron: disfunción masticatoria, estomatitis subprotésica y enfermedad periodontal.

Al finalizar la intervención educativa la información higiénica sanitaria bucal fue evaluada como satisfactoria en más de las tres cuartas partes de los ancianos.

Casi la totalidad de los pacientes dentados, lograron la eficacia del cepillado colocándose en la categoría de aceptable.

Se logró mejorar la eficiencia de la higiene bucal y protésica en casi la totalidad de los ancianos.

La percepción de los ancianos con respecto a la intervención educativa fue muy favorable, pues todos reconocieron haber sobrepasado sus expectativas; lo cual se manifestó en los cambios beneficiosos que para su salud le propició la intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unfer B, Braun K, Silva C, Pafiadache DA, et al. Autopercepção da perda de dentes em idosos. Interface (Botucatu), jan. /jun 2006, vol. 10, no.19, p.217-226.
2. Silveira MR, Silva L, Emy TN, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Serie en Internet 2005 nov/dic. Citado 12 Ene 2006 21 (6):1-26.
3. Cristina GS, Prata HM, Montalvão MH, Matias MC. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003 [serie en Internet]. 2003 [citado 3 Feb. 2006] 8 (1): [aprox. 24 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14790X2005000100008Ing
4. Cristina GS, Cristina MV. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005 [serie en Internet] 2005. [Citado 12 Jun. 2006]; 11 (1): [aprox. 26 p] Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Sd141381232006000100028Ing
5. Ochoa SR, Pérez F. "Manual de Técnicas participativas". Editorial MINSAP. Cuba. 2006.
6. Garrigó MI, Sardiña G, Abreu E, Valdez P, Legón PN, Sosa MC, et al. Guías Prácticas de Estomatología. ed: Ciencias Médicas: La Habana; 2003: p. 29-54.

7. Pinzón SA, Gil JA. Validación del índice de valoración de Salud Oral en Geriátrica en una población geriátrica institucionalizada de Granada. Rev Española Geriátrica Gerontología 1999; 34 (5): 273-82.
8. Calderón P, Alfonso SL. Coevaluación: Propuesta de Evaluación. [Serie en Internet] 2003 Mar 22. [Citado 23 de Mayo de 2005]; [aprox. 5 p.] Disponible en: <http://www.iteso.mx/pcalderon/mate/matevvc.htm>.
9. Guerrero JC, Rodríguez G, Ramírez PE, Leiva M, Rodríguez RG. Evaluación de aspectos biopsicosociales en el Adulto Mayor, enero noviembre, 2003. Holguín. Correo científ Med Holguín [serie en Internet] 2004; citado 5 noviembre de 2005 [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.hlg.sld.cu/facultad/revistas/revista3_2004.htm
10. Horta DM, Pérez AE, Herrera GL. Algunos aspectos epidemiológicos y conocimientos sobre salud bucal en ancianos de casa de abuelos. Pinar de Río. 2003. Bol de Med. Gen. Int. [Serie en internet] 2003. [Citado 6 may 2006]; 7(4): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://wwwpublicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi/bol-mgi74_/bol-mgi741.html
11. Albert V, Maestro ME, Martínez JA, Monje V. Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad. Rev. Esp. Salud Pública [serie en Internet]. 2003 [citado 13 de ene 2006]; 74 (3): [aprox. 30 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/rev/r.esp./v74n3/htm>
12. Cepero I, Mederos I, Hidalgo CJ. Comunicación. Consideraciones acerca de la salud familiar [en internet] 2005. [Citado 23 Jul. 2006]; 9 (3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v9n305/consideraciones10.htm>
13. Cancela P, Cerero R, Moreno L, Esparza GC. Utilidad del screening en el cáncer oral. RCOE 2001; 6 (6): 611 - 6.
14. Irigoyen ME, Mosqueda A. Estomatología Geriátrica [serie en internet] 2005 [citado 24 Mar 2006]; 2 (7): [Aprox. 27 p.]. Disponible en: <http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/index.htm>
15. Espeso N, Mulet M, Gómez M, Más S M. Salud Periodontal en la tercera edad. Archivo médico de Camagüey [serie en internet]. 2006. [citado 3 jun 2006]; 10 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.shine.cmw.sld.cu/amc/v10n1-2006/2034.htm>
16. Mendel ID. Servicios de prevención dental para el anciano. En: Preventive Dentistry for the elderly spec care dent. New Cork 2003; 3:157.
17. Hernández R, Calderón R, Fernández A, Cueto A. Scale to measure quality of life in edentulous patients Rehabilitated with full tissue -supported prostheses. RCOE 2006; 11(2): 15.

18. Rihs LB, Rosário ML, Seich R. Saúde bucal em Adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo. Cad. Saúde Pública v. 20 n. 2. Rio de Janeiro mar. /abr. 2004.
19. Cabrera L, Hernández G V, Valdés M, Pérez F. Reflexiones sobre la aplicación de técnicas grupales en actividades de la sociedad científica de medicina familiar. Rev. Med. Intgr [serie en internet] 2003 Mar [citado ene 14 2007]; 15(3) [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_15-3-2000/mgi07399.htm
20. Gil MA, Estrada C, Pires ML, Aguirre R. La investigación cualitativa y la promoción de salud en la comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2005; 76(25):451-9.

Recibido: 2 de Febrero de 2009.

Aceptado: 25 de Marzo de 2009.

Dra. Fidela M. Reyes Obediente. Universidad Ciencias Médicas de Camagüey.
Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.