

Intervención educativa sobre salud bucal para la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental

Educational intervention about oral health for the old age in Community Centers of Mental Health

Dra. Fidela M. Reyes Obediente^I; Dra. Nelia Espeso Nápoles^{II}; Dra. Alicia Hernández Suárez^{III}

^I Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en salud bucal comunitaria. Universidad de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Camagüey. Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.

^{III} Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en salud bucal comunitaria.

RESUMEN

Fundamento: a medida que mejora la duración media de la vida y la pirámide de población se va ensanchando, los casos de longevidad excepcional son cada vez más numerosos. **Objetivo:** evaluar el impacto de las técnicas afectivo-participativas para la promoción de salud bucal en los ancianos de los Centros Comunitarios de Salud Mental de municipio de Camagüey. **Método:** se realizó un estudio experimental del tipo antes y después sin grupo control mediante una intervención comunitaria en el municipio de Camagüey, durante el período comprendido de junio del 2007 a junio del 2008. El universo estuvo constituido por doscientos sesenta y nueve ancianos y la muestra quedó integrada por setenta gerontes. A ellos se les aplicó una entrevista estructurada para determinar el nivel de información higiénico-sanitaria-bucal, factores de riesgo e higiene bucal y

protésica. **Resultados:** los factores de riesgos que prevalecieron fueron el tabaquismo con un 25,3%, el uso continuo de prótesis dentales con un 52% para los pacientes portadores de prótesis y la higiene bucal deficiente con un 60% en los pacientes dentados. **Conclusiones:** la información higiénico-sanitaria-bucal se comportó como satisfactoria en más de las tres cuartas partes de los ancianos. La eficiencia de la higiene de las prótesis mejoró en casi la totalidad de los ancianos. Hubo una percepción favorable de los mismos con respecto a la intervención, pues la mayoría reconoce que incorporaron una acción por la acción al observar cambios beneficiosos para su salud, que generó experiencias positivas en el grupo estudiado.

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

ABSTRACT

Background: as the middle duration of life improves and population's pyramid goes getting wider, the cases of exceptional longevity are more and more numerous. **Objective:** to evaluate the impact of the affective-participatory techniques for the oral health promotion in the elderly of the Community Centers of Mental Health in Camagüey municipality. **Method:** an experimental study of the type before and later without control group by means of a community intervention in Camagüey municipality was performed, from June 2007 to June 2008. The universe was constituted by two-hundred sixty nine old men and the sample was integrated by seventy old men. To them a structured interview to determine the level of hygienic-sanitary-oral information, risk factors, oral and prosthetic hygiene was applied. **Results:** the risk factors that prevailed were the tabagism with 25, 3%, the continuous use of dental prosthesis with 52%, for the patients with prosthesis and deficient oral hygiene with 60% in toothed patients. **Conclusions:** the hygienic-sanitary-oral information behaved as satisfactory in more than the fourth three parts of the old men. The efficiency of the prosthesis' hygiene improved in almost the entirety of the old men. There was a favorable perception of the same ones with regard to the intervention, because the majority recognizes that incorporated an action by the action when observing beneficial changes for their health that generated positive experiences in the studied group.

Key words: educational intervention, oral health promotion, old age, elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los nuevos Jinetes de la Apocalipsis de la salud, no sólo en los países centrales (que se hicieron ricos antes de envejecer) sino en los periféricos que se están haciendo viejos y simultáneamente pobres. ¹

A medida que mejora la duración media de la vida y la pirámide de población se va ensanchando, los casos de longevidad excepcional son cada vez más numerosos. Los centenarios constituyen el mejor ejemplo de envejecimiento satisfactorio, más que víctimas son sobrevivientes y la mayoría han desarrollado mecanismos que le han permitido enfrentarse a múltiples limitaciones para alcanzar así el límite extremo de vida humana. ²

El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. La mayoría de las personas de la tercera edad conservan un grado importante de sus capacidades físicas, mentales, cognitivas y psíquicas. Los científicos han calculado que el ser humano puede vivir entre 120 y 140 años. Algunos más optimistas u osados llevan estos años a cifras más elevadas. Sin embargo vemos que la expectativa de vida máxima alcanzada hasta ahora ha sido de 80 a 81 años por los japoneses. Por otra parte se pueden contar con los dedos de las manos las personas que han rebasado los 110 años comprobados documentalmente. ³

Se observa que los adultos mayores cuando rebasan cierto número de años tienen una serie de deficiencias, limitaciones y padecimientos que reducen en mayor o menor medida el disfrute de la vida, que llega, en ocasiones, a convertirla en sufrimiento, dolor y desesperación para estas personas. Para evitar estas molestias y sufrimientos (generalmente producidos o agravados por los errores cometidos en el proceso que llamamos civilización de la humanidad) se han propuesto y cada día se proponen métodos y acciones que hasta el momento a pesar del entusiasmo y la esperanza que despiertan no han logrado su objetivo y después de un tiempo más o menos largo caen en el olvido. ⁴

Es importante señalar que, gracias al énfasis que se ha impuesto recientemente a la odontología y a los progresos en procedimientos restauradores con el advenimiento de diferentes materiales, han ampliado la longevidad de la dentición natural. ⁵

De esta forma, el desarrollo de iniciativas en el campo de la educación y la prevención en salud bucal son esenciales, acentuando las acciones dirigidas hacia la atención integral del anciano, destacando la dimensión social de las enfermedades

y el papel del Estado como proveedor de la salud y de la calidad de la vida de todos los ciudadanos.⁶

La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercute de manera significativa en su calidad de vida y la responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos de la profesión Odontológica sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades y particularmente en todas las familias en cuyo interior hay alguna persona adulta mayor.⁷⁻⁹

Por esta razón existe la necesidad de desarrollar estrategias específicas que permitan mejorar la salud bucal de este sector;^{10, 11} profundizar en la búsqueda de métodos idóneos para transmitir mensajes, enseñar y educar de manera apropiada al anciano, incluir programas activos, con la mayor sencillez posible que estén en capacidad, no solamente de prevenir la enfermedad sino de promover estilos de vida saludables.¹²

El proceso educativo cuando se enfoca según el modelo participativo permite a la población adquirir una responsabilidad en su aprendizaje que no esté centrada en el saber, sino también en saber hacer.¹³ Un instrumento que resulta imprescindible para afrontar este desafío lo constituyen las técnicas afectivo- participativas, las cuales dentro de una metodología dialéctica y una comunicación dialogada, facilitan la adquisición de nuevos conocimientos, indispensables para transformar y recrear nuevas prácticas, en esencia, para lograr la motivación y el cambio de actitud en la comunidad, en aras de mejorar la calidad de vida.^{14, 15}

El contexto que da origen a esta investigación es la necesidad de buscar una solución a los retos que desencadena el envejecimiento poblacional en Cuba, ya que los ancianos que pertenecen a los Centros de Salud Mental arriban a la vejez con deficiente información higiénico- sanitaria- bucal, reflejados en sus hábitos y prácticas diarias; además de estar sometidos a un gran número de factores de riesgo y enfermedades bucodentales evitables.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto se diseñó una intervención educativa en salud bucal para la población de la tercera edad en todos los Centros Comunitarios de Salud Mental del municipio Camagüey, de la cual en este período, se hace un corte pues la misma se encuentra insertada en un proyecto ramal.

MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi experimental del tipo antes y después sin grupo control mediante una intervención comunitaria en el municipio de Camagüey, durante el período comprendido desde Junio del 2007 a Junio el 2008, en los Centros Comunitarios de Salud Mental, con el objetivo de evaluar el impacto de las Técnicas Afectivo-Participativas para la promoción de salud bucal en los ancianos de dichos centros.

El universo estuvo constituido por 269 ancianos matriculados en los Centros Comunitarios de Salud Mental del municipio Camagüey pertenecientes a los distritos: Joaquín de Agüero, Cándido González, Julio Antonio Mella e Ignacio Agramonte y se escogieron por el método probabilístico de muestreo por conglomerados monoetápico. La muestra quedó integrada por 75 ancianos que cumplieron los criterios de inclusión: pacientes mayores de 60 años y de ambos sexos, no tener trastornos graves de la memoria según la valoración del Psiquiatra y el Geriatra y estar dispuestos a cooperar.

Para este último aspecto los ancianos dieron su aprobación mediante un consentimiento informado. Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta: tener trastornos graves de la memoria y no estar dispuestos a cooperar.

La higiene bucal de los pacientes que presentaron diente 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%. Los valores por encima se infirieron como no aceptable.¹⁶

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.¹⁷

La base de cálculo para pacientes portadores de prótesis dental fue de 50 y para pacientes dentados 25. 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 mediante una entrevista estructurada realizada de acuerdo a temas de la especialidad, criterios de profesionales vinculados a esta rama y asesorada por el psicólogo.

Una vez identificados los factores de riesgo 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 grupos focales que permitieron 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%) y la higiene deficiente de las prótesis dentales (42.0%). Dentro de los que involucran a todos los ancianos predominó el tabaquismo (25.3%). Para los ancianos dentados predominó la higiene bucal deficiente (60%) y la dieta cariogénica (48%). [Tabla 1](#)

En las personas dentadas se encontró que el 76.9% mostraban enfermedad periodontal. Para los rehabilitados protésicamente predominó la estomatitis subprotésica en 26 personas y la disfunción masticatoria que involucró a 30 individuos. [Tabla 2](#)

Al comparar los niveles de información alcanzados al final de la investigación se observaron 59 personas en la categoría de satisfactorio (78.6%). [Tabla 3](#)

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 al final de la investigación. [Tabla 4](#)

En el rango de buena higiene de las prótesis después de la intervención se ubicaron 32 personas para un 64%. [Tabla 5](#)

DISCUSIÓN

Cuando se analizó el comportamiento de los principales factores de riesgo que pueden afectar la salud bucal de los gerentes se puede citar, dentro de los que implican a la totalidad de la muestra, al tabaquismo; el cual ha sido reconocido por múltiples autores como muy importante en la aparición del cáncer de la cavidad bucal, por eso es necesario prevenir la enfermedad eliminando el factor causal. ^{18- 21}

En las afecciones bucales más frecuentes en esta investigación, se observó que dentro de las que involucran a la totalidad de la muestra, la disfunción masticatoria

lideró el estudio y esto es consecuencia de la no aplicación de medidas preventivas encaminadas al mantenimiento de una cavidad bucal altamente funcional por varias décadas donde el sistema sanitario estaba orientado a funciones curativas.

En las personas dentadas encontramos que 20 de ellas mostraban enfermedad periodontal y 13 caries dental. Estas afecciones son consideradas como las causas principales de la pérdida dentaria en la población geriátrica a nivel internacional.²²

Para los pacientes portadores de prótesis dental fue significativa la presencia de estomatitis subprótesis con un 52%; resultado que coincide con el encontrado por otros autores, donde la presencia de estomatitis por prótesis varía entre el 27% y el 67% dependiendo de la población que se estudie.²³

El predominio de una evaluación insatisfactoria al inicio de la investigación, con referencia al nivel de información higiénico-sanitaria-bucal de 51 personas es condicionado por el desconocimiento en materia de salud bucal que presentaban los ancianos. Al comparar los niveles de información alcanzados por Centros de Salud Mental antes de la intervención se observó que en el de Joaquín de Agüero los niveles de información son superiores a los alcanzados por el resto de los Centros. Esto se debe a que dicho centro fue escogido para una intervención educativa en el año 2006 lo cual propició que el nivel de información higiénico sanitaria bucal en la investigación que incluye a todos los Centros de Salud Mental sea superior al de los otros.

Al final de la investigación se observó que existía un 78.6% en la categoría satisfactoria, lo que indica claramente que para establecer una adecuada comunicación social es necesario utilizar instrumentos que desarrollen la motivación, el trabajo en grupo y la construcción colectiva del conocimiento, para que las generaciones futuras lleguen a los 60 años conscientes de que las enfermedades de la cavidad bucal son procesos inevitables del envejecimiento.

Cuando se analizó la eficiencia de la higiene bucal se determinó también que dentro de los diferentes distritos existe una discrepancia considerable con respecto al que se intervino hace dos años, lo que demuestra que los conocimientos adquiridos siguen presentes en los ancianos y que se debe seguir trabajando con los otros centros para lograr datos similares al obtenido por éste.

El resultado demostró que la tercera edad no necesariamente debe ser un período de deterioro fatal de las capacidades intelectuales debido a que si los ancianos muestran motivación y se les propicia un entorno que favorezca experiencias de aprendizaje, ellos indudablemente encaminarán sus esfuerzos a alcanzar

determinados logros entre los que se encuentran la participación en actividades educativas sobre salud bucal encaminadas a elevar su nivel de conocimiento.

En el caso del mantenimiento de la higiene de las prótesis dentales, se destacó el rango de buena higiene a más de la mitad de los ancianos. Estos resultados fueron posible por el trabajo sistemático de la intervención educativa, la cual aportó los recursos necesarios para que se desarrollaran elementos de reflexión acerca de la salud bucal en la tercera edad y realizar las conexiones e interrelaciones entre los diversos contenidos (según las necesidades de los ancianos), para poder dar sentido a la construcción de una didáctica específica de la materia. Indiscutiblemente, todo este proceso condujo por necesidad a una mejoría importante de la calidad y estilos de vida de la población gerontológica en estudio.

Las actividades realizadas en los Centros Comunitarios de Salud Mental lograron recoger la información necesaria para comprender las actitudes, creencias, saber cultural y percepciones de los ancianos, relacionados con nuestro problema de investigación permitiéndoles fortalecer valores y actitudes positivas hacia la vida además de proporcionarles los espacios necesarios para desarrollar sus habilidades y proveerlos de las estrategias requeridas para su buen desempeño, logrando de esta manera, transformar positivamente su práctica cotidiana y aumentar así la eficacia y eficiencia de los actos educativos.

CONCLUSIONES

El tabaquismo, el uso continuo de prótesis dentales 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 subprótesis y la 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 siendo el Centro Comunitario de Salud Mental del Distrito Joaquín de Agüero el de mejores resultados.

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

Hubo una percepción de los ancianos con respecto a la intervención educativa muy favorable pues todos lograron transformar su práctica cotidiana en cambios positivos para su salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duart JM. Aprender sin distancias [serie en internet]: 2006 [citado 13 Jul. 2008]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.uoc.es/htm>.
2. González Moro AM. La longevidad en Cuba. El resultado de un proyecto social. Rev. Geroinfo. RNPS. 2110 [serie en internet]. 2006 [citado 10 Ene 2007] v 1; n 4: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/print.php?idv=10502>.
3. Shelman-H Abdo Eugenio. La vida es una sucesión de retos. [serie en internet] 2003 Julio 18 [citado 22 Jun 2007]: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.saluparalaviida.sld.cu/search.php?query=&topic=8>
4. Casanova Infante Y, Palacios CL. Longevidad satisfactoria [serie en internet]. 2006 [citado 17 ene 2007]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.lademajagua.co.cu>.
5. Beltrán González BM, Hernández González E, Vázquez Jamud R. Comunicación. Los estilos de vida y la promoción de Salud [serie en internet] 2005 [citado 10 Feb. 2008]; 9 (2): [aprox. 15 p.] Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v9n205/estilos51.htm>
6. Unfer B, Braun K, Pafiadache C. Autopercepção da perda de dentes em idosos [serie en internet] 2006 [citado 27 Feb. 2008]; 10 (19):[aprox. 18 p.] Disponible en: <http://www.scielo.br/cqi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.htm>.
7. Marín Zuluaga DJ. Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos [en internet]. 2003 [citado 20 marz. 2007]; [aprox. 20 p.]. Disponible en: http://www.terapianeural.com/Colombia_2003/Dairo.pdf
8. Márquez M. El Desarrollo Humano desde la perspectiva integral y su proyección mundial. Desarrollo Humano Local. Cátedra UNESCO de Desarrollo Humano Sostenible. Universidad de La Habana, 2004, p. 1- 12.
9. Tan Suárez NT, Alonso Montes de Oca CU, Martínez Padilla S. Promoción de salud: un camino para la estomatología del futuro. Rev Humanidades Médicas [serie en Internet]. 2005. [citado 2 sep 2006]; 5 (13): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.cendecsa.cmw.sld.cu/paginas/rev/numeros/2005/n13/art/promoci%F3n%20de%20salud%20un%20camino.htm>
10. Rodríguez CO. Autoexamen para prevención del cáncer bucal [serie en internet] [citado 4 may 2005]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ciudadfutura.com/odontoweb/HTML/pacientes/art03.htm/>
11. Rocabrunos Mederos VC, Prieto Ramos O. Dimensión sociopsicológica del envejecimiento T.1. En su: Gerontología y geriatría clínica. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. p. 3-11.

12. García R, Hernández Meléndez E, Heredero Baute L, Torres Hernández M, Zaldívar Pérez D. Módulo de educación para la salud. Guía y materiales de estudio. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2002.
13. Avellaneda Duarte DP, Casa López GP, González Pedraza DG, Silva Rojas YL, Jacome Llevano S, Harold Estrada J. Capacitación en Promoción de salud oral a través de una metodología participativa en promotores y en salud comunitaria en los municipios de Tabio (Cundinamarca) y Duitama (Boyacá). Rev Fed Odontol Colombia 2004; (194): p. 83-9
14. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Promoción de la salud – un papel a desempeñar en el marco de la salud pública de la Nueva Europa. En su: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación Para la Salud para la Comisión Europea [monografía en internet]. España: MSP; 2005 [serie en internet] 2005 [citado 11 ago 2006]. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludpublica/prevpromocion/docs/Parte_1.pdf
15. Aromando J. Bienestar de adultos mayores. Educación y capacitación [en internet] 2004 nov [citado 15 jun 2005]: [aprox.11 p.]. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/EDUCA027_Aromando.pdf
16. Garrigó Abreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Sosa Rosales M de la C, et al. Guías Prácticas de Estomatología. Ed: Ciencias Médicas: La Habana; 2003: p. 29-54.
17. Pinzón Pulido SA, Gil Montoya 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.
18. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2003. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2003.
19. U.S. Department of health and Human Services. Targeting Tobacco Use: The Nation's Leading Cause of Death. Atlanta, GA: U.S. Department of health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2003.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Use in the United States. Retrieved September 30 2003 [serie en internet] 2003. [citado 30 abri 2008]; [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/overview/tobus_us.htm.
21. International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, vol. 83. Lyon, France, 2003.

22. Silveira Moreira R; Silva Nico L; Emy Tomita N. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad. Saúde Pública v.21 n.6 Rio de Janeiro nov./dic. 2005 [serie en internet] 2005. [citado 12 Jun 2008]; 21 (6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S01021ng=es&nrm>
23. Pardi G, Cardozo de Pardi EI. Relación entre la placa dental y la estomatitis subprotésica. Acta Odontol Venez [serie en internet]. 2003. [citado 5 abr 2006]; 41 (1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.Actaodontologica.com/41_1_03/placadentalesestomatitis.html.

Recibido: 16 de febrero de 2009

Aprobado: 3 de septiembre de 2009

Dra. Fidela M. Reyes Obediente