

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIRECCIÓN ESCUELA DE PREGRADO
CLINICA INTEGRAL DEL ADULTO
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGÍA**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS PRÁCTICAS PARA LA MANTENCIÓN DE
LA SALUD BUCAL Y CREENCIAS EN SALUD BUCAL DE CUIDADORES
DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS DOMICILIARIOS E
INSTITUCIONALIZADOS**

Constanza Ester Garrido Urrutia

**TRABAJO DE INVESTIGACION
REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL
Prof. Dr. Fernando Romo**

**TUTORES ASOCIADOS
Prof. Dra. Iris Espinoza
Prof. EU. Darinka Medics**

**Santiago - Chile
2010**



“Hasta vuestra vejez yo seré el mismo y hasta vuestras canas os sostendré. Yo, el que hice, yo os llevaré, os sostendré y os guardaré”

Isaías 46:4

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores y docentes, Dr. Fernando Romo, Dra. Iris Espinoza, y E.U. Darinka Medics, por su constante apoyo, inspiradora dedicación y excelente disposición a escuchar y enseñar en todo momento.

Al Dr. Héctor Palomo Rebolledo, Director del CESFAM H. Alessandri y a la Sra. Francisca León Bulling, Directora Ejecutiva de la Sede Centro del Hogar de Cristo, por permitir el desarrollo de ésta investigación.

A la Sra. Nancy Campano, E.U. encargada del Programa Domiciliario de Postrados del CESFAM H. Alessandri y a la Sra. Margarita Escauriaza Directora del Hogar Mauricio Riesco del Hogar de Cristo, por su invaluable interés en ésta investigación y por brindarme apoyo y ayuda durante la implementación de la misma.

A mis amigas Carolina Prado, diseñadora gráfica y Mariana Callejas, periodista, por su valiosa colaboración en el desarrollo de esta tesis.

A mis padres Luis y Cremilda y a mi hermana Amanda, por su amor, entrega e incondicional apoyo durante los años de mi formación académica.

Y por sobre todo a Dios..."Con todo, yo siempre estuve contigo; me tomaste de la mano derecha. Me has guiado según tu consejo, y después me recibirás en gloria. ¿A quién tengo yo en los cielos sino a ti? Y fuera de ti nada deseo en la tierra."

Salmo 73:23-25

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	4
HIPOTESIS Y OBJETIVOS	27
Hipótesis	27
Objetivo General	27
Objetivos Específicos	28
MATERIAL Y MÉTODO	29
1. Tipo de Estudio	29
2. Elaboración del Instrumento de Medición	29
3. Traducción y Validación del Cuestionario DCBS en español	30
3.1 Desarrollo de una versión en español del Cuestionario DCBS	
3.2 Validación por apariencia y Validación por contenido	
3.3 Confiabilidad evaluada en una Prueba Piloto Test-Retest	
3.4 Análisis Estadístico	
4. Diseño de la Investigación	32
4.1 Centros de Observación	
4.2 Población en Estudio	
4.3 Reclutamiento y Consentimiento Informado	
4.4 Aplicación del Cuestionario	
4.5 Análisis Estadístico	

RESULTADOS	36
1. Resultados de la Traducción y Validación del Cuestionario DCBS en español	
1.1 Caracterización de la muestra	36
1.2 Evaluación de la Confiabilidad mediante la Consistencia Interna...	38
1.3 Evaluación de la Confiabilidad mediante Test-Retest	39
2. Resultados Estudio Comparativo de las prácticas para la mantención de de la salud bucal y creencias en salud bucal de Cuidadores de Adultos Mayores Postrados domiciliarios e institucionalizados.	
2.1 Caracterización de la Población en Estudio	41
2.2 Prácticas para la mantención de la Salud Bucal de Adultos Mayores Postrados	43
2.3 Creencias en Salud Bucal de los cuidadores	46
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	54
SUGERENCIAS	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	62
Anexo 1: Ficha de Aplicación Índice de Katz	
Anexo 2: Cuestionario: “Prácticas para la mantención de la Salud Bucal de adultos mayores postrados y creencias en Salud Bucal”	
Anexo 3: Acta de Consentimiento Informado	
Anexo 4: Tríptico “Higiene Bucal en el Adulto Mayor Dependiente”	
Anexo 5: Gráficos de Apoyo	

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional es un fenómeno en aumento que trae consigo repercusiones sociales como el incremento de adultos mayores dependientes, muchos de los cuales son incapaces de realizar actividades de la vida diaria, como la higiene bucal, sin el apoyo de sus cuidadores. El objetivo de este estudio fue comparar prácticas para la mantención de la salud bucal y creencias en salud bucal de cuidadores de adultos mayores postrados domiciliarios e institucionalizados.

Material y Método: Se diseñó un cuestionario para recabar información acerca del cuidador, las prácticas para la mantención de la salud bucal que ha realizado en el postrado y sus creencias en salud bucal. Para la medición de creencias se utilizó el Cuestionario DCBS-Sp que fue previamente traducido y validado para su uso en la presente investigación. La población en estudio fueron 21 cuidadores formales y 18 informales, pertenecientes al Hogar Mauricio Riesco y al Programa Domiciliario de Postrados del CESFAM H. Alessandri, respectivamente.

Resultados: Para la mayoría de las prácticas para la mantención de la salud bucal no existen diferencias significativas entre los cuidadores, excepto en el cepillado con cepillo blando y uso de gasa/algodón húmedo, que son más frecuentes en cuidadores formales y en retirar las prótesis dentales durante la noche y guardar las prótesis en agua, que son más frecuentes en cuidadores informales. Para las creencias en salud bucal no se encontraron diferencias significativas entre cuidadores.

Conclusiones: Existen diferencias para algunas prácticas para la mantención de la salud bucal entre cuidadores, sin embargo, no se puede decir que sean mejores en un tipo de cuidador. Las creencias desfavorables para la salud bucal podrían modificarse mediante intervenciones educativas.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la población chilena ha experimentado una transición hacia el envejecimiento poblacional (1,2,3) debido a un incremento en la población adulto mayor tanto autovalente, frágil, como dependiente.

El adulto mayor dependiente, se encuentra imposibilitado para efectuar actividades de la vida diaria de manera independiente y requiere apoyo constante de terceros para desarrollarlas (4,5). Según el grado de dependencia que poseen se pueden clasificar en dependientes leves, moderados y severos o postrados (4).

En nuestro país, los adultos mayores postrados pueden ser institucionalizados y vivir residencias de larga estadía bajo el cuidado de cuidadores formales o bien, permanecer en sus casas, bajo cuidados domiciliarios por parte de cuidadores formales o informales, pudiendo ser beneficiarios del Programa de apoyo al cuidado domiciliario de personas postradas o con pérdida de autonomía establecido en algunos CESFAM en Atención Primaria de Salud (6,7).

Conforme el nivel de dependencia del adulto mayor aumenta, este puede ser incapaz de realizar actividades de autocuidado como la higiene bucal (5), que es de vital importancia no solo para la mantención de la salud bucal y prevención de la caries y las enfermedades periodontales, sino que también por las implicancias que tiene en la salud general, la nutrición del individuo y su calidad de vida (5,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21).

Es por esto, que el adulto mayor postrado, ya sea domiciliario o institucionalizado, requiere de la ayuda de su cuidador para realizar la higiene de su cavidad bucal. Sin embargo, la literatura reporta que la higiene bucal deficiente es uno de los problemas dentales más prevalentes en esta población (5).

Además diversos estudios afirman que es necesario mejorar la educación y capacitación de los cuidadores en esta área (8,22,23,24,25), ya que las prácticas para el cuidado bucal de los mayores dependientes institucionalizados es inadecuado, insuficiente y sin sistematización (8,24,25,26)

En nuestro país nada se conoce acerca de las prácticas para la mantención de la salud bucal que los adultos mayores postrados reciben en sus hogares o en las instituciones que residen.

El estudio, no sólo de las prácticas sino que también de las creencias en salud bucal que los cuidadores poseen es esencial, ya que estas actúan como determinantes de los patrones conductuales positivos o negativos que un individuo tiene hacia la salud oral (27).

Es por esto, que el objetivo de la presente investigación fue determinar si existen diferencias entre las prácticas para la mantención de la salud bucal y las creencias en salud oral, de cuidadores formales de adultos mayores postrados institucionalizados y cuidadores informales de un Programa de apoyo a la atención domiciliaria de postrados.

MARCO TEÓRICO

1. Envejecimiento Poblacional

El proceso de envejecimiento poblacional, que inicialmente surgió en naciones desarrolladas a lo largo de todo el siglo XX (1,2), corresponde a un proceso que hoy viven muchas de las naciones en vías de desarrollo y será un fenómeno que continuamente se reproduzca en otras naciones a nivel mundial (1).

El envejecimiento poblacional se desarrolla como resultado de la transición desde una población con alta fecundidad y alta mortalidad, a una población con fecundidad y mortalidad bajas, lo cual lleva a un cambio en la pirámide poblacional, debido a un aumento en la esperanza de vida y un incremento en la población adulto mayor (28).

Según Naciones Unidas, una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7% son mayores de 65 años (1). La población en Chile ha envejecido rápidamente (2,3), fenómeno que se hace evidente al comparar el censo de población y vivienda realizado en el año 2002 con el censo del año 1992. El grupo etario mayor de 60 años corresponde al 11,4% de la población para el año 2002 (29), 1,6% más que la registrada para el año 1992 (30) y que continuará incrementado según un informe publicado por las Naciones Unidas (1), que indica que para el año 2050 un 23,5% de la población chilena será mayor de 60 años. Las proyecciones nacionales son similares, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en conjunto con la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), realizan una proyección del total de la población chilena mayor de 60 años de 5.698.093 personas, mientras que en el 2002, dicha población estaba conformada por 1.717.478 personas (31).

2. Envejecimiento y Pérdida de Funcionalidad

Envejecimiento es definido por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) como un proceso de cambios graduales e irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo, es un proceso que se extiende por toda la vida y que engloba una serie de cambios que se inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez (4).

El envejecimiento es universal (afecta a todos los seres vivos), progresivo (pues se produce a lo largo de todo el ciclo vital), asincrónico (pues los diferentes órganos tienen diferente velocidad de envejecimiento) e individual (pues depende de las condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida del individuo) (32).

Debido al proceso de envejecimiento normal, los adultos mayores presentan mayor vulnerabilidad a presentar enfermedades crónicas y degenerativas, de hecho la comorbilidad es un fenómeno frecuente en éste grupo etario. Es por este motivo que la valoración de salud de los adultos mayores debe realizarse en términos de funcionalidad (2), ya que la preocupación no se centra en curar las diversas enfermedades que el individuo padece, sino que en mantener la independencia funcional del individuo a pesar de padecerlas (32). De ahí que el Ministerio de Salud, a través de uno de los cuatro Objetivos Sanitarios para el año 2010, se enfoca en “enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad”, buscando abordar, a través de distintos ámbitos de acción, el disminuir la discapacidad asociada a algunos problemas de salud que podrían desencadenar en pérdidas progresivas de la funcionalidad del individuo (33).

El Ministerio de Salud define Funcionalidad como la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria (AVD) desde el punto de vista psíquico, físico y social (32).

Las actividades de la vida diaria (AVD) son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para la subsistencia y autocuidado (4,34), son las actividades básicas que permiten a un individuo vivir independientemente (35).

Existen diversos instrumentos que permiten determinar la habilidad individual para desarrollar una actividad con o sin ayuda, y pueden clasificarse en dos grupos:

- 1) Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** Son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de autocuidado: bañarse, vestirse, usar el inodoro, continencia de esfínteres, trasladarse y alimentarse (4,32,34).

- 2) Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):** Llamadas así porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, posibilitando a la persona para tener una vida social mínima. Son actividades más complejas que requieren de mayor complejidad cognitiva. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, cuidado de la casa, salir de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos (4,32,34).

Según su grado de funcionalidad a nivel sicosocial, los adultos mayores se pueden clasificar en:

1. Adulto mayor autovalente sano: aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar y hacer sus trámites. Este grupo puede permanecer por largo tiempo en independencia, incluso si presentan algunas enfermedades crónicas que requieren de control continuo (4,5).

2. Adulto mayor frágil: aquella persona mayor de 60 años, que ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y /o económicos. Este grupo requiere de ayuda para mantener los niveles básicos de cuidado personal (4,5).

3. Adulto mayor dependiente: aquella persona mayor de 60 años que se ve imposibilitado de efectuar las actividades de la vida diaria (ABVD) y requiere de apoyo constante para desarrollarlas. Este grupo incluye a aquellas personas que puedan requerir cuidados especiales en sus hogares o en instituciones (4,5).

La finalidad de la valoración funcional geriátrica, es conocer y clasificar el nivel de independencia en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), ya que actúa como una guía que ayuda al diagnóstico, planificación de cuidados, permite establecer objetivos de rehabilitación y a su vez permite monitorear la evolución clínica de los ancianos dependientes (2).

En el Sistema de Atención Primaria de Salud (APS) en nuestro país, la valoración funcional geriátrica es determinada a través de dos instrumentos:

a) Escala de Evaluación Funcional del Adulto Mayor EFAM (32,36):

Corresponde a un instrumento predictor de la pérdida de funcionalidad en el adulto mayor que puede llegar por sus medios a atenderse en el Centro de salud. Se aplica en forma anual en el Control de Salud o Examen de medicina Preventiva, a todo adulto mayor y permite su clasificación entre adulto mayor autovalente y frágil.

b) Índice de Katz (36,37): corresponde a un instrumento usado en la evaluación funcional de adultos mayores dependientes, que determina la habilidad del individuo para realizar actividades de la vida diaria (ABVD) de manera independiente.

El índice evalúa 6 funciones: bañarse, vestirse, usar el inodoro, moverse, continencia urinaria y alimentación, (Ver Anexo1).

3. Dependencia en Chile

La dependencia es la “necesidad de ayuda o cuidados de un tercero, más allá de lo normalmente requerido por un ser humano sano” (28), según el glosario de la Organización Mundial de la Salud (OMS), corresponde a la necesidad de cuidados de otro individuo que entregue apoyo físico, mental y/o social (35).

La SENAMA la define como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referente al cuidado (4).

Según el Índice de Katz, la dependencia se clasifica en:

1. **Dependencia Leve:** aquella persona que no necesita ayuda (pero, sí supervisión o guía) o necesita ayuda solo para un componente de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
2. **Dependencia Moderada:** aquella persona que requiere asistencia para más de un componente de las actividades de la vida diaria (ABVD), pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.
3. **Dependencia Severa o Postración Permanente:** aquella persona que requiere de apoyo, guía y supervisión total de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

A nivel nacional no contamos con cifras que puedan dar cuenta de la real dimensión de la dependencia en los adultos mayores, sin embargo, se espera revertir esta situación mediante la realización de la Encuesta Nacional de Dependencia que será implementada por la SENAMA en un futuro próximo (36).

Los datos que se disponen sobre dependencia en el adulto mayor, son los dados por el MINSAL mediante la aplicación en APS de la escala EFAM y el Índice de Katz. En el 2006, se evaluaron 660.033 personas mayores de 65 años, del total, 3,3 % eran dependientes según Índice de Katz, 71,4% eran autovalentes y 25,2% frágiles. Esta constituye la fuente más válida acerca de los niveles de funcionalidad y dependencia de los adultos mayores de nuestro país (36).

Datos de dependencia en población adulto mayor institucionalizada también son escasos. La SENAMA, en su catastro nacional de establecimientos de larga estadía autorizados para el 2008, determinó que del total de institucionalizados, un 49,3% de ellos tiene algún grado de dependencia (30,3% dependencia física y 19,1% dependencia psíquica), 18,1% son postrados y 32,5% autovalentes, sin embargo, existen en funcionamiento residencias de larga estadía no autorizadas por el ministerio (36). Por su parte, el Hogar de Cristo, ha determinado que un 17% de los adultos mayores de la región metropolitana que ingresan a sus programas, son dependientes totales (34).

Otra aproximación a los niveles de dependencia del adulto mayor en Chile, lo da la Encuesta Nacional de Discapacidad (38) realizada el año 2004 por el FONADIS, que define discapacidad como “toda limitación grave que afecta en forma permanente al que la padece en cualquier actividad. Tiene su origen en una deficiencia, y se considera permanente si dura uno o más años”. Si bien la dependencia y la discapacidad son entidades diferentes, la discapacidad es una condición que posibilita la pérdida funcionalidad y con ello la dependencia.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidad 2004 muestran que la tasa de prevalencia de discapacidad en personas de 65 o más años es de 43,4%, 3,3 veces más que la prevalencia general de discapacidad. Esto indica que “cada 5 adultos mayores, 2 presentan discapacidad”.

Del total de personas mayores de 60 años, un 61% no presentaba discapacidad, un 17,3% presentaba discapacidad leve (presenta algún grado de dificultad en actividades de la vida diaria), un 11,1% presentaba discapacidad moderada (en que existe una disminución en la habilidad para realizar las actividades cotidianas, requiriendo algunas veces ayuda de terceros en las actividades básicas de autocuidado) y un 10,7% presentaba discapacidad severa (en que la persona es incapaz de realizar sus actividades cotidianas, requiriendo ayuda de otros) (36,38).

4. Cuidadores y Adulto Mayor Postrado en Chile

Los pacientes postrados requieren de cuidados a largo plazo, ya que al ser dependientes severos necesitan de otra persona que les ayude a realizar lo que por sí solos no pueden hacer. Este rol lo cumplen los cuidadores.

La SENAMA (4), define como cuidador a la persona que proporciona los servicios necesarios para el cuidado de otros, en sus actividades cotidianas (ABVD).

Los cuidadores pueden clasificarse en:

1. **Cuidador Informal Domiciliario:** corresponde a un familiar que ejerce ésta función de cuidador cuando la persona mayor vive en casa y necesita del apoyo de otro (4,36).
2. **Cuidador Formal en Institución:** es una persona contratada que atiende a la persona mayor en una institución (establecimientos de larga estadía), generalmente una asistente de enfermería o paramédico (4,36).
3. **Cuidador Formal Domiciliario:** es una persona contratada, que asiste a la persona mayor que vive en su casa, generalmente una asistente de enfermería o paramédico (4,36).

En un estudio acerca de la situación de los cuidadores informales domiciliarios, llevado a cabo por la SENAMA, el año 2007, con una muestra que consideró adultos mayores de 5 regiones del país (IV, Metropolitana, V, VII y VIII), se caracterizó el perfil de estos cuidadores. En su gran mayoría son mujeres (89,6%) y cerca de la mitad tiene 8 o menos años de educación, más del 90% su previsión de salud corresponde a FONASA A y B y más de la mitad dice no tener previsión para los efectos de pensiones (36).

Los pacientes postrados pueden encontrarse:

- a) Postrados institucionalizados:** pacientes que están bajo el cuidado de cuidadores formales en establecimientos de larga estadía, residencias que proporcionan alojamiento permanente y atención integral y continuada a los pacientes (4,6).

En Chile, desde el año 2004 existe un catastro nacional de residencias de larga estadía autorizados por el Servicio de Salud, que fue generado por la SENAMA (4), aunque la autoridad reconoce la existencia de establecimientos no autorizados que operan sin regulación (36).

- b) Postrados domiciliarios:** pacientes que reciben cuidados permanentes en su hogar bajo el cuidado de cuidadores formales o informales, aunque, por lo general corresponde a un familiar (6). Este grupo de postrados en casa ha aumentado considerablemente, por lo cual el MINSAL ha establecido en APS, un programa de atención domiciliaria a postrados.

El Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de personas postradas o con pérdida de autonomía (7), tiene el objetivo de mejorar el cuidado y calidad de vida de los postrados y de su entorno familiar. El programa contempla: visitas domiciliarias mensuales de un equipo de salud multidisciplinario, con propósitos diagnósticos y de intervención, capacitación de los cuidadores y un estipendio mensual al cuidador responsable.

Para ser beneficiario del programa, el individuo debe ser un paciente postrado permanente, de cualquier grupo etario, no debe encontrarse en una residencia institucionalizada y debe estar a cargo de un familiar o cuidador permanente que se comprometa a participar en la capacitación

El Programa de Atención Domiciliaria a Postrados se implementó en forma piloto en 10 comunas del país, en junio del 2006 y ha ido aumentando su cobertura, pero aún faltan comunas que cuenten con el programa.

4. Importancia de la Higiene Bucal en el Adulto Mayor dependiente

La higiene bucal deficiente es una situación que ocurre frecuentemente en los adultos mayores, la cual se acentúa cuando el adulto mayor pierde movilidad e independencia (5), de hecho, uno de los problemas dentales a los que más se enfrenta la población adulta mayor dependiente es una pobre higiene bucal, la cual se debe principalmente a su incapacidad de realizar una adecuada higiene de la cavidad bucal por si solos (8), por la disminución en su destreza manual, visión inadecuada y otras condiciones debilitantes (39,40). Además la retención de placa es un problema que se exagera por la presencia de restauraciones defectuosas, pérdida dentaria, recesiones gingivales y uso de prótesis removibles en adultos mayores (40).

Vissschere, L.M., et al. (41), en un estudio longitudinal en una muestra randomizada de adultos mayores dependientes institucionalizados de la región de Gent en Bélgica, determinaron que la muestra en estudio contaba con una mala higiene bucal, pues encontraron altos índices de placa (promedio 2.17, siendo la máxima puntuación del índice 3) y altos índices de placa en las prótesis dentales (promedio 2.13, siendo la máxima puntuación 4). Sólo el 4% de los sujetos con piezas dentarias tenían una índice de placa menor a 1 y aproximadamente el 30% contaba con una higiene bucal extremadamente mala (máxima puntuación, índice de placa 3). De los portadores de prótesis removibles un 46,5% tenían una índice de placa de la prótesis mayor a 2 (más del 50% de la superficie cubierta de placa), lo cual indica una mala higiene de las prótesis.

A nivel individual, los investigadores, determinaron una relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia del adulto mayor y el índice de placa encontrado clínicamente. De manera que los mayores índices de placa fueron encontrados en los pacientes con mayor grado de dependencia. La misma tendencia, aunque no estadísticamente significativa fue encontrada para el índice de placa de las prótesis dentales.

Frenkel, H., Harvey, I. y Newcombe, R.G.(42), en un estudio longitudinal de una muestra randomizada de adultos mayores dependientes institucionalizados en el área de Bristol, Inglaterra, encontraron en los pacientes dentados un índice de placa promedio de 2.12, lo que significa que al menos 2/3 de las superficies dentarias evaluadas estaban cubiertas de placa bacteriana, además, el 75% de estos pacientes se reconocía incapaz de lavar sus dientes sin embargo, no recibían asistencia regular por parte de sus cuidadores en la higiene bucal.

En cuanto a la higiene de las prótesis, estos investigadores determinaron que el 82% de los portadores de prótesis dentales eran incapaces de higienizarlas, sin embargo, solo el 64% recibía ayuda de sus cuidadores en la higiene protésica, además la gran mayoría de las prótesis examinadas fueron clasificadas como poco higiénicas teniendo en promedio un índice de placa de la prótesis mayor a 1 (más de un 25% de la prótesis está cubierta por placa bacteriana).

Henriksen B.M., et al. (43) en un examen bucal realizado a pacientes adultos mayores que requerían cuidados a largo plazo, determinó que los pacientes domiciliarios tenían un mejor índice de mucosa placa (MPS) que los pacientes institucionalizados (diferencia significativa), sin embargo, aproximadamente la mitad de la muestra para ambos grupos contaba con una pobre o inaceptable higiene bucal, lo cual indica la necesidad de mejorar las rutinas de prácticas para el cuidado bucal en ambos grupos.

La higiene bucal deficiente no solo compromete localmente a nivel de la cavidad oral, determinando peores condiciones bucales, sino que puede incidir en diversas áreas de la salud del individuo, tales como la calidad de vida, la alimentación, la nutrición y en la salud general.

4.1 Impacto de la Higiene Bucal en el Estado de Salud Bucal

Una mala higiene bucal, incrementa el riesgo de caries y enfermedad periodontal (24), condiciones que se exacerban si consideramos que los adultos mayores son particularmente susceptibles a experimentar un mayor deterioro de sus condiciones bucales (8).

La evidencia acerca del estado de salud bucal de adultos mayores frágiles y dependientes es limitada, pero se cree que es un grupo con características diferentes a la población adulto mayor autovalente, y se piensa que su estado de salud bucal es peor (6,44).

En Chile, un estudio en adultos mayores postrados domiciliarios pertenecientes al CESFAM Los Volcanes en Chillán, Araya et al. (45) encontraron que un 51,7% de los postrados eran desdentados parciales y un 48,3% desdentados totales, mientras que Misrachi y Lamadrid (46,47,48), han reportado un 25,9% de desdentamiento total, en una población de adultos mayores autovalentes de nivel socioeconómico bajo de la zona norte de Santiago.

4.2 Impacto de la Higiene Bucal en la Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto que toma en consideración no sólo la salud del individuo, sino que también aspectos sociales y psicológicos (5,9). Por lo tanto, involucra aspectos como el disconfort, dolor y función bucal, como también aspectos emocionales y funciones sociales como la apariencia y la autoestima (5). La Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006 (49), indica que un 25% de los adultos mayores de 65 a 74 años y el 29,2% de los mayores de 75 años, piensa que su salud bucal siempre afecta su calidad de vida.

Diversos autores concuerdan en que la calidad de vida del individuo se encuentra afectada por el estado de salud bucal que posee (5,9,10). Sin embargo, es importante tomar en consideración que en diversas ocasiones las necesidades de tratamiento basadas en un aspecto clínico muchas veces no se correlacionan con las necesidades de tratamiento que el adulto mayor (en especial el adulto mayor

frágil y el dependiente) percibe como una necesidad y al ser la calidad de vida una entidad subjetiva, su mejora podría lograrse con pequeñas intervenciones (10), como el mejoramiento de las prácticas de higiene bucal (44).

4.3 Impacto de la Higiene Bucal en la Alimentación y Nutrición

Malas condiciones de higiene bucal pueden contribuir al desarrollo de estomatitis, dolor local y dificultad al tragar, causando discomfort en la alimentación del individuo (11).

Según los datos entregados por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) (50), para Diciembre del 2007, el 9,3% de los mayores de 65 años en control en el sistema público de salud presenta desnutrición. El valor de desnutrición aumenta a 26% en los adultos mayores postrados (51).

La falta de una buena higiene bucal actúa favoreciendo el deterioro de las condiciones de salud bucal del individuo, comprometiéndose las funciones bucales de masticación, deglución y gusto (12,13). La pérdida de las funciones bucales y la disminución del flujo salival, que en muchos individuos se da como efecto secundario de medicamentos, radioterapia o enfermedades como el Síndrome de Sjogren (12), actúan como determinantes en la elección de una dieta poco saludable baja en el consumo de fibras, frutas y verduras (13) y determinan la condición nutricional del individuo.

De esta manera problemas de salud bucal se han asociado con malnutrición. Se ha demostrado que existe una progresiva alteración en la elección de alimentos en la medida que van disminuyendo la cantidad de dientes del individuo (12,13)

4.4 Impacto de la Higiene Bucal en la Salud General

a) Infecciones Respiratorias

Según los datos entregados por el DEIS (50), para el año 2006, la bronquitis, el enfisema y otras enfermedades obstructivas crónicas constituyeron el 3.6 % de las causas de muerte para individuos entre 65 y 79 años y en mayores de 80 años, la neumonía constituyó la tercera causa de muerte más prevalente (7%). Además según la Encuesta Nacional de Salud 2003, la prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas en mayores de 65 años es de 30,9% (52).

El segmento superior de la vía respiratoria está en íntimo contacto con la cavidad bucal a través de la orofaringe. En condiciones de normalidad a nivel de la cavidad bucal existe un equilibrio de la flora bacteriana, sin embargo, una mala higiene bucal interrumpe dicho equilibrio favoreciendo la acumulación de placa bacteriana (5).

Diversos estudios sugieren que una mala higiene bucal predispone al desarrollo de infecciones respiratorias, como la bronquitis crónica, enfisema y neumonía aspirativa, por inoculación directa de patógenos desde la cavidad bucal a través de la orofaringe a la vía aérea baja (5,14,15).

También algunos estudios han establecido una relación entre la neumonía aspirativa y la enfermedad periodontal, identificándose patógenos propios de sacos periodontales en el tracto respiratorio (5).

Otros estudios han demostrado que la placa bacteriana de individuos con una mala higiene bucal puede servir de reservorio de patógenos respiratorios a nivel oral, aumentando el riesgo de infección desde este reservorio a las vías aéreas (16). Por otra parte, Sumi, Y., et al. (17) identificaron una serie de patógenos causantes de infecciones respiratorias, en el análisis la flora bacteriana de las prótesis dentales de adultos mayores dependientes, lo cual sugiere que las prótesis dentales también pueden actuar como un reservorio potencial de patógenos respiratorios.

Debido a que los pacientes adultos mayores institucionalizados y hospitalizados tienden a tener una peor higiene bucal que los autovalentes que

viven en comunidad, éstos tienen un mayor riesgo de desarrollar colonización de patógenos respiratorios en la placa dental (16).

Se han llevado a cabo intervenciones para identificar si la mejora de la higiene bucal puede contribuir en la reducción de las infecciones respiratorias. La mayoría de estos estudios han demostrado que la higiene bucal puede reducir el riesgo de neumonía en pacientes institucionalizados y hospitalizados, por lo tanto, se deben tomar en consideración las prácticas de higiene bucal llevadas a cabo en estos pacientes (15,16).

b) Enfermedades Cardiovasculares:

Las enfermedades cardiovasculares corresponden a una variedad de condiciones que afectan el corazón y el sistema vascular, y que incluyen: isquemia, arteroesclerosis, muerte arterial periférica, endocarditis infecciosa e infarto agudo al miocardio (18). La Encuesta Nacional de Salud 2003, reporta que en la población mayor de 65 años, el 83,1% presenta riesgo cardiovascular alto o muy alto, y un 27% reporta posible angina de esfuerzo (52), además, el DEIS (50) reporta que para el año 2006, en los individuos entre 65 y 79 años, un 10,9% falleció por enfermedades isquémicas del corazón, 10% por enfermedades cerebrovasculares y un 4.3% por otras enfermedades del corazón.

La falta de una adecuada higiene bucal propicia el acumulo de placa bacteriana sobre las superficies dentarias y que actúa en la patogénesis de la enfermedad periodontal, tanto la gingivitis como la periodontitis (53).

En la actualidad se ha establecido una asociación entre la periodontitis y las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, se desconoce el tipo de asociación y que enfermedades cardiovasculares específicas se asocian con la periodontitis (18,19).

Aunque no existe suficiente evidencia que avale irrefutablemente a la periodontitis como factor de riesgo o factor causal de la enfermedad cardiovascular, si se ha establecido que la periodontitis, inadecuadas

condiciones bucales y una pobre higiene bucal son más frecuentes en pacientes con enfermedad cardiovascular (19), y diversos autores recomiendan que la prevención a través de la mantención de condiciones bucales saludables puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (18).

c) Diabetes:

La diabetes corresponde a un grupo de desordenes metabólicos que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en la sangre. Se desarrolla por insuficiente secreción de insulina por parte del páncreas (diabetes tipo 1) o por resistencia de las células a la insulina circundante (diabetes tipo 2) (20,21). Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, la prevalencia de la diabetes en individuos mayores de 65 años es de 15,2%, siendo la prevalencia nacional de 4,2% (52). Además, según los datos entregados por el DEIS (50), para el año 2006 un 5,7% de los individuos entre 65 y 79 años, y un 3,3% de los mayores de 80 años fallecieron a causa de la diabetes mellitus.

El acumulo de placa bacteriana, por una mala higiene bucal, es un factor que actúa en la patogénesis de la enfermedad periodontal (53) y en la actualidad, se ha establecido una asociación entre la enfermedad periodontal y la diabetes. La diabetes no controlada podría actuar como factor de riesgo de periodontitis más severas, de hecho, se piensa que la periodontitis podría ser una complicación de la diabetes en diabéticos no controlados. Por otra parte, existe evidencia de que la periodontitis podría actuar como un factor de riesgo de un mal control metabólico de la diabetes (20,21).

5. Capacitación de los Cuidadores en Higiene Bucal de Adultos Mayores dependientes

Los adultos mayores dependientes requieren de ayuda de terceros en el desarrollo de actividades rutinarias incluyendo las de higiene bucal (8,22). Sin embargo, existe poca preocupación por el fomento de ésta área, de hecho, muchos de los protocolos para higiene personal y salud general de pacientes adultos mayores hospitalizados o institucionalizados por largos periodos, no abordan el cuidado de la salud bucal (54).

En nuestro país, el “Manual básico de cuidados para el adulto y la adulta mayor dependiente: en buenas manos” dirigido a cuidadores y elaborado por el INP, no incluye una sección para capacitar acerca de las prácticas de cuidado bucal en pacientes dependientes (55). Por su parte, el “Manual de Cuidados Domiciliarios a Personas Postradas” que entrega MINSAL a cada uno de los familiares beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria de Postrados, sólo entrega un pequeño apartado sobre cuidados bucales (56).

Estrategias y guías para una adecuada práctica de higiene bucal en pacientes dependientes han sido publicados en literatura del área de enfermería y cuidados críticos (57,58,59), sin embargo, diversos autores concuerdan en que es necesario mejorar la educación y capacitación de los cuidadores de adultos mayores dependientes, ya que muchas veces ésta es inexistente, inadecuada o insuficiente (8,22,23,24,25).

Sumi, Y. et al. (8), en un estudio en cuidadores de adultos mayores institucionalizados en Japón, determinó que sólo un 39% de los cuidadores encuestados había recibido capacitación en el cuidado bucal de sus pacientes, a pesar de que un 97% deseaba capacitarse en el área; y concluyeron que aunque

los cuidadores estaban informados de la importancia de la salud bucal, estos poseían un inadecuado entrenamiento y poca experiencia en el cuidado sistemáticos de la boca de sus pacientes.

Saliba, N.A., et al. (24) en un estudio de tres instituciones de beneficencia en Aracatuba, Brasil, determinaron que aunque un 77,7% de los cuidadores había participado en capacitación para el cuidado de adultos mayores, la mayoría no había recibido orientación respecto al cuidado bucal de estos pacientes.

[Wårdh, I.](#) et al. (22), en un estudio acerca de las actitudes hacia el cuidado bucal de adultos mayores dependientes, en enfermeras, asistentes de enfermería y asistentes de pacientes domiciliarios de Suecia, mostró que los tres grupos en estudio pensaban que una mejor educación y capacitación en el cuidado bucal podría mejorar la calidad del cuidado bucal entregado a sus pacientes e influenciar positivamente sus actitudes hacia el cuidado bucal.

6. Prácticas de Cuidado Bucal en Adultos Mayores dependientes y Creencias en Salud Bucal de sus cuidadores

Diversos estudios demuestran que en la práctica el cuidado bucal de los adultos mayores dependientes institucionalizados es inadecuado, insuficiente y carece de sistematización (8,24,25,26).

Simons, et al (40), en un estudio realizado en una muestra randomizada de adultos mayores dependientes institucionalizados dentados, de West Hertfordshire, Inglaterra, determinaron que el 31% de la muestra era capaz de realizar su higiene bucal 2 veces al día de los cuales, ninguno requería de la asistencia de un cuidador para completarla, mientras que el 69% realizaba su higiene bucal menos de 2 veces al día y el 50% de ellos necesitaba ayuda para realizar su higiene bucal, sin embargo, solo el 5% expresó haber recibido ayuda de sus cuidadores.

Los investigadores encontraron una fuerte relación entre las enfermedades bucales encontradas y la necesidad de ayuda en el cuidado de la salud bucal de los pacientes, de manera que aquellos pacientes que necesitaban ayuda en la higiene bucal, tenían una peor salud oral (diferencia estadísticamente significativa).

Coleman y Watson (26), describieron mediante observación directa, los cuidados bucales entregados por asistentes de enfermería a adultos mayores institucionalizados que necesitaban ayuda para el cuidado bucal en Nueva York y sólo el 16% de los pacientes recibió cuidado bucal que consistía en cepillado de dientes con cepillo y pasta dental de una duración menor a 2 minutos.

Por su parte, las prácticas de cuidado bucal de adultos mayores dependientes domiciliarios parecen ser igualmente insuficientes.

En Chile, Araya et al. (45), en el estudio en adultos mayores postrados domiciliarios, reportaron que el 80% no recibía ayuda para el cepillado dental, teniendo que hacerlo por si solo; en un 7% era el cuidador quién efectuaba el cepillado y un 13% de los pacientes no recibía cepillado. En cuanto a frecuencia de cepillado, un 20% se cepillaba menos de una vez por día y un 60% por lo menos 2 veces al día. Respecto al tiempo de cepillado, el 53,33% lo hace por menos de 3 minutos y un 33,33% por más de 3 minutos.

Las inadecuadas prácticas de higiene bucal que registra la literatura se correlacionan con los malos índices de higiene bucal encontrados en la población adulta mayor dependiente. En la población adulto mayor, la salud bucal por lo general se percibe como menos importante que la salud física, de hecho, los adultos mayores dependientes en raras ocasiones reciben algo más que un tratamiento de emergencia ante el dolor dental y la incomodidad (39).

Con el apoyo de sus cuidadores y el uso de enjuagatorios y cepillos dentales especiales, los adultos mayores dependientes pueden ver superadas sus limitaciones y lograr un buen cuidado de su boca (60).

De ahí la importancia del rol que cumple el cuidador en la higiene bucal diaria del adulto mayor dependiente. El cuidador debe ser capaz de identificar a aquellos pacientes que requieran asistencia para el cuidado bucal (43), e iniciar en forma proactiva las prácticas de higiene, ya que en diversas ocasiones, los adultos mayores son incapaces de expresar sus necesidades (22).

Como el rol de los cuidadores en la mantención y cuidado de la salud bucal es tan importante, el estudio no solo de las prácticas sino que de sus creencias en salud bucal es esencial, pues sus influencias son determinantes en los patrones conductuales de los cuidadores, es decir, las practicas de cuidado bucal que estos realizan en los pacientes dependientes a su cargo.

Para lograr una adecuada aproximación de las creencias en salud bucal de un individuo, es necesario utilizar instrumentos que midan las diferentes variables presentes en las Teorías Psicosociales que explican las conductas en salud oral.

El Cuestionario Nursing Dental Coping Belife Scale (Nursing DCBS), corresponde a un instrumento desarrollado por Wardh, I. y Sorensen, S. (61) en Suecia. Éste cuestionario está constituido por 28 ítems organizados de forma aleatoria y que representan 4 dimensiones, cada una constituida por 7 ítems. Las respuestas del cuestionario están formadas por una escala de 5 puntos, donde el número 1 indica creencias positivas y el número 5 creencias negativas.

La multidimensionalidad de este instrumento permite medir distintas variables psicológicas que influyen en la conductas en salud bucal que tienen los cuidadores, permitiendo una visualización más amplia de las creencias en salud bucal. Las dimensiones del cuestionario son:

- a) Locus Interno de Control, es decir, creencias de que determinados resultados dependen de las propias conductas o capacidades (27)
- b) Locus Externo de Control, es decir, creencias de que la aparición de determinados resultados depende de factores exteriores a las capacidades o conductas individuales (27)
- c) Autoeficacia, que se refieren a la propia capacidad percibida por el individuo para llevar a cabo determinadas conductas (27)
- d) Creencias para el Cuidado de la Salud Bucal

El objetivo del Cuestionario Nursing DCBS es determinar cuál es la prioridad que le dan los cuidadores al cuidado de la salud bucal de sus pacientes (61).

Misrachi y Sassenfeld (27), destacan el rol de las creencias en salud como determinantes de las conductas positivas o negativas hacia la salud oral y la necesidad de realizar el diagnóstico de conductas previo a la planificación de programas de educación para la salud.

De ahí la importancia de conocer cuáles son las prácticas para la mantención de la salud bucal que realizan los cuidadores de adultos mayores postrados, ya sea institucionalizados o domiciliarios, y conocer sus creencias en salud oral.

La presente investigación ha permitido reconocer las prácticas de higiene bucal que alguna vez han realizado los cuidadores domiciliarios e institucionalizados de adultos mayores postrados y sus creencias respecto a la salud bucal, lo cual nos permitirá determinar las fortalezas y debilidades en el cuidado bucal de estos pacientes y desarrollar mejores estrategias educativas a futuro en los cuidadores.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Existe una diferencia significativa entre las prácticas para la mantención de la salud bucal de adultos mayores postrados y las creencias en salud oral de cuidadores formales de pacientes institucionalizados y cuidadores informales de un Programa de atención domiciliaria de Postrados.

Objetivo General

Comparar las prácticas para la mantención de la salud bucal de adultos mayores postrados y las creencias en salud oral, de cuidadores formales del Hogar Mauricio Riesco y cuidadores informales del Programa de atención domiciliaria de Postrados del CESFAM H. Alessandri, Providencia.

Objetivos Específicos

- a) Traducir y validar el Cuestionario Nursing Dental Coping Beliefs Scale Index (Nursing DCBS) para cuidadores de adultos mayores.

- b) Determinar las prácticas para la mantención de la salud bucal que realizan los cuidadores formales de pacientes adultos mayores postrados del Hogar Mauricio Riesco.

- c) Determinar las prácticas para la mantención de la salud bucal que realizan los cuidadores informales de pacientes adultos mayores postrados del Programa de atención domiciliaria de Postrados del CESFAM H. Alessandri, Providencia.

- d) Determinar las creencias en salud oral de cuidadores formales de pacientes adultos mayores postrados del Hogar Mauricio Riesco.

- e) Determinar las creencias en salud oral de cuidadores informales de pacientes adultos mayores postrados del Programa de atención domiciliaria de Postrados del CESFAM H. Alessandri, Providencia.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de Estudio

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo, transversal, no experimental.

2. Elaboración del Instrumento de Medición

Se desarrolló un Cuestionario estructurado en 3 segmentos (Ver Anexo 2):

- **Identificación del Cuidador:** que establece 6 preguntas acerca del tipo de cuidador (formal o informal), la edad, género, nivel de estudios del cuidador, años de experiencia en el cuidado de adultos mayores postrados y por último información de entrenamiento previo en cuidados bucales.

- **Prácticas para la mantención de la Salud Bucal del adulto mayor postrado:** que establece 3 preguntas cerradas, acerca de la realización de higiene bucal, su frecuencia y acerca de las prácticas para el cuidado bucal que alguna vez ha realizado el cuidador. Además, se incluyó una cuarta pregunta final abierta, acerca de los motivos que dificultan el cuidado de la salud bucal del adulto mayor postrado.

- **Cuestionario de Creencias en Salud Bucal (Cuestionario DCBS-Sp para cuidadores):** Para medir las creencias en salud bucal de los cuidadores, se utilizó el Cuestionario Nursing DCBS (60) que fue traducido y validado de su versión en inglés al español, para su uso en la presente investigación.

3. Traducción y Validación del Cuestionario Nursing DCBS en español

3.1. Desarrollo de una versión en español del Cuestionario Nursing DCBS

Se siguieron parte de las recomendaciones dadas por Wild, D., et al. (62), con respecto a la traducción y adaptabilidad lingüística del cuestionario al desarrollar su versión en español.

3.1.a. Traducción del Cuestionario Nursing DCBS del inglés al español

El Cuestionario Nursing DCBS fue enviado a dos traductores, relacionados con el área odontológica, que de manera independiente realizaron su traducción del inglés al español. Las traducciones independientes fueron comparadas y se generó la primera versión del Cuestionario DCBS para cuidadores en español (DCBS-Sp para cuidadores).

3.1.b. Adaptabilidad Lingüística del Cuestionario DCBS-Sp para cuidadores

Se entregó una copia del Cuestionario DCBS original y el Cuestionario DCBS en español a siete odontólogos bilingües los cuales emitieron sus opiniones y sugerencias para el mejoramiento de la traducción del cuestionario. Se consideraron las opiniones y sugerencias entregadas en esta etapa, realizándose las modificaciones necesarias que generaron la versión final del Cuestionario DCBS en español (DCBS-Sp)

3.2. Validación por apariencia y Validación por contenido

3.2.a. Validación por Apariencia: siguiendo las recomendaciones de Bland, J.M. y Altman D.G. (63), se evaluó si el Cuestionario DCBS-Sp para cuidadores, en apariencia parecía adecuado para medir creencias en salud bucal, analizándose si los ítems que componen el cuestionario son atingentes con lo que se quiere medir.

3.2.b. Validación por Contenido: siguiendo las recomendaciones de Bland, J.M. y Altman D.G. (63), se evaluó si el Cuestionario DCBS-Sp tomaba en cuenta todos los aspectos que se desean medir, en este caso, creencias en salud bucal.

3.3. Confiabilidad evaluado en una Prueba Piloto Test-Retest

Se llevó a cabo una prueba piloto del Cuestionario DCBS-Sp para cuidadores, en estudiantes de carrera técnico en asistente de enfermería de dos Institutos Profesionales de la RM: Instituto INACAP e Instituto MAGNOS.

La prueba piloto consistió en un estudio de concordancia de las preguntas mediante un Test-Retest en donde el grupo de estudiantes completó el Cuestionario DCBS en español en dos oportunidades separadas por 7 días. Durante la aplicación de la prueba Test-Retest, se le designó a cada participante un número de cuestionario con la finalidad de establecer una correlación entre las respuestas a las preguntas entre la primera y segunda medición para un mismo participante.

En la primera medición, los participantes contestaron además una sección de datos personales que incluyó: edad, género, nivel de estudios e información acerca de instrucción de higiene bucal que hayan recibido y lugar de procedencia de dicha instrucción.

De los estudiantes de la carrera Técnico en asistente de enfermería invitados a participar en el estudio 118 aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. Al realizar un paralelo por participante entre las encuestas obtenidas en la primera y segunda medición (Test-Retest), se descartaron las encuestas incompletas, con respuestas ilegibles y no pareadas, quedando un total de 69 encuestas de la primera medición y 69 encuestas de la segunda medición para ser usadas en el estudio de confiabilidad del instrumento.

3.4. Análisis Estadístico

Los datos obtenidos fueron tabulados y codificados para proceder al análisis estadístico mediante el Software STATA® versión 7.0.

4. Diseño de la Investigación

4.1. Centros de Observación

Se tomaron como Centros de Observación:

- Hogar Mauricio Riesco, único hogar de la red de hogares del Hogar de Cristo cuyos pacientes son en su totalidad dependientes. En total el hogar cuenta con 54 pacientes con distintos niveles de dependencia, de los cuales 27 son adultos mayores dependientes severos según Índice de Katz (ver Anexo 1) y cuenta con un personal de 8 paramédicos y 16 asistentes de enfermería (en cuatro turnos cada uno formado por 2 paramédicos y 4 asistentes de enfermería) que actúan como cuidadores formales de pacientes institucionalizados estando a cargo de su higiene.
- Programa Domiciliario de Postrados del CESFAM Hernán Alessandri de la comuna de Providencia, está a cargo de la atención domiciliaria de pacientes postrados de los sectores 1, 2 y 3 de la comuna.

Del total de pacientes pertenecientes al programa, 25 son adultos mayores dependientes severos, según Índice de Katz (ver Anexo1) que están a cargo de cuidadores informales (por lo general familiares) en sus hogares.

4.2. Población en Estudio: Criterios de Inclusión y Exclusión

La Población en Estudio correspondió a:

- 21 cuidadores formales de adultos mayores postrados del Hogar Mauricio Riesco los cuales aceptaron participar en el estudio, firmaron consentimiento informado y contestaron el cuestionario.
- 18 cuidadores informales de adultos mayores postrados del Programa Domiciliario de Postrados (CESFAM H. Alessandri, Providencia), que contactados telefónicamente aceptaron participar en el estudio, y que mediante una visita domiciliaria, firmaron el consentimiento informado y contestaron el cuestionario.

4.3. Reclutamiento y Consentimiento Informado (ver Anexo 3)

Los 24 cuidadores formales de adultos mayores postrados del Hogar Mauricio Riesco fueron invitados a participar en el estudio, para lo cual se les explicó en qué consistía. Del total de cuidadoras formales 21 aceptaron participar en el estudio. Cada uno leyó y firmó el consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario.

Los 25 cuidadores informales de adultos mayores postrados del Programa de cuidados domiciliarios del CESFAM H. Alessandri de Providencia, fueron contactados vía telefónica y se les invitó a participar en el estudio.

De los cuidadores informales, 4 no pudieron ser contactados telefónicamente debido a que sus teléfonos estaban fuera de servicio, 2 de los cuidadores prefirieron no participar y 1 cuidador que sufrió la muerte reciente del paciente al que cuidaba quedó descartado del estudio.

De manera que 18 cuidadores informales aceptaron participar vía telefónica y fueron visitados en sus hogares, con la certificación dada por el CESFAM. En la visita se les volvió a explicar en qué consistía el estudio, cada uno leyó el consentimiento informado y lo firmó previo a la aplicación del cuestionario.

4.4. Aplicación del Cuestionario

Los 21 cuidadores formales de adultos mayores postrados del Hogar Mauricio Riesco fueron entrevistados en grupos según el turno correspondiente. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en una sala tranquila y sin distracciones para el cuidador que estaba respondiendo. La duración de la aplicación del cuestionario fue de aproximadamente 20 minutos y el entrevistador estuvo disponible para responder dudas en todo momento.

Semanas después de la aplicación del cuestionario, cada uno de los cuidadores formales del Hogar Mauricio Riesco recibió el tríptico “Higiene Bucal en el Adulto Mayor Dependiente” (ver Anexo 4), especialmente diseñado, acerca de los cuidados de salud bucal en adultos mayores dependientes.

Los 18 cuidadores informales de adultos mayores postrados del Programa de cuidados domiciliarios del CESFAM H. Alessandri de Providencia, fueron entrevistados de manera personal en una visita domiciliaria. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en una habitación tranquila de la casa y se evitaron distracciones al advertir a los demás familiares acerca de la realización de la encuesta. Debido a que muchos de los cuidadores eran adultos mayores y presentaban dificultades visuales, el entrevistador fue realizando las preguntas del cuestionario y contestaba las dudas surgidas durante la aplicación del cuestionario, cuya duración fue de aproximadamente 20 minutos.

Posterior a la aplicación del cuestionario cada uno de los cuidadores informales recibió instrucción acerca del cuidado de la salud bucal de adultos mayores, en algunos casos de manera práctica.

4.5. Análisis Estadístico

Los datos obtenidos fueron tabulados y codificados para ser analizados estadísticamente mediante el Software STATA® versión 7.0.

Los datos obtenidos fueron descritos en tablas y gráficos de frecuencias y con medidas de resumen como porcentajes, promedios y desviación estándar.

Se determinó la relación entre las variables categóricas tipo de cuidador de adulto mayor postrado y cada una de las prácticas para el cuidado bucal del paciente postrado, mediante el Test Chi- cuadrado, con un intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Para los resultados del Cuestionario DCBS-Sp para cuidadores, se determinó normalidad de los datos por dimensión del cuestionario mediante el Test Shapiro-Wilk.

Se determinó rango, media y desviación estándar para cada dimensión del cuestionario. Para análisis de diferencia de las medias por dimensión del cuestionario para cuidadores formales e informales se utilizó la Prueba t Student para muestras no pareadas, con un intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Se determinó además, el puntaje promedio para cada ítem del cuestionario según dimensión y según tipo de cuidador y se calculo la diferencia entre los puntajes promedios entre cuidadores formales e informales.

RESULTADOS

1. Resultados de la Traducción y Validación del Cuestionario DCBS en español

1.1 Caracterización de la muestra

Los individuos que participaron en el estudio de validación fueron 118 estudiantes de la carrera técnico en asistente de enfermería, de los cuales sólo 69 encuestas del Test-Retest fueron utilizadas en el análisis de confiabilidad del instrumento.

Como se puede observar en la Tabla, la muestra estaba constituida principalmente por jóvenes con un promedio de edad de 21,6 años. Del total de encuestados, el mayor porcentaje 70,3% (n=83) pertenecían al Instituto de Formación Técnica INACAP, de los cuales un 8,5% eran hombres y un 61,8% mujeres. Los encuestados del Instituto de Formación Técnica MAGNOS correspondieron al 29,7% de la muestra, de los cuales, 7,6% eran hombres y un 22,1% mujeres.

Tabla 1: Distribución de la Muestra por edad, género, nivel de estudios, Instituto de Formación Técnica e Instrucción de Higiene Oral

	Muestra n=118
Edad promedio / DS (n=116)	21,64 / 4,7
Género (%)	
Masculino (n=19)	16,1%
Femenino (n=99)	83,9%
Nivel Estudios (%)	
Enseñanza Media Completa (n=104)	95,41%
Otro Nivel Superior Incompleto (n=5)	4,59%
Instituto de Formación Técnica (%)	
INACAP (n=83)	70,3%
MAGNOS (n=35)	29,7%
Instrucción de Higiene Oral (%)	
SI (n=31)	27,2%
NO (n=83)	72,8%

Un mayor porcentaje de individuos del Instituto INACAP relataba tener estudios formales de instrucción de higiene oral para el cuidado de un adulto mayor, tal como se observa en la Tabla 2.

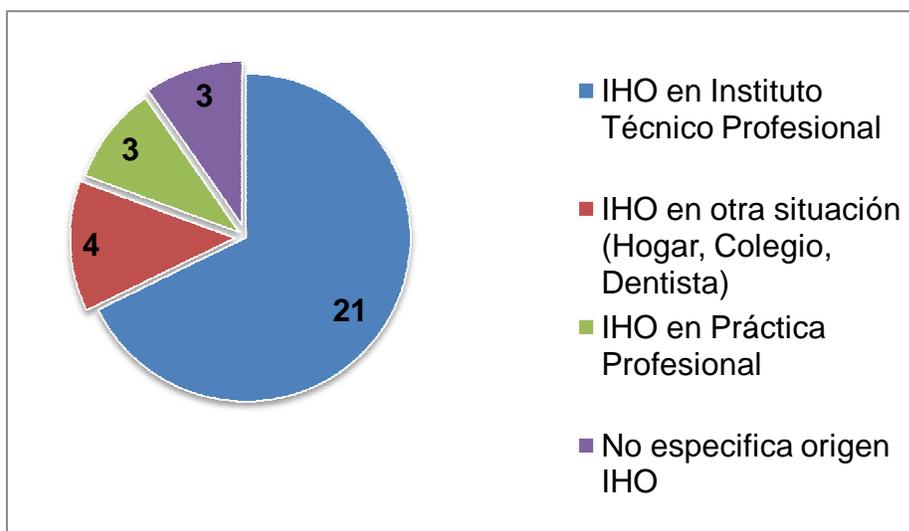
Tabla 2: Instrucción de Higiene Oral para el cuidado del AM en la muestra según Instituto

Instituto	Instrucción de Higiene Oral				Total	
	SI		NO		N	%
	n	%	n	%		
INACAP	22	19,3	61	53,5	83	72,8
MAGNOS	9	7,9	22	19,3	31	27,2
Total	31	27,2	83	72,8	114*	100

*n=114, 4 individuos de la muestra dejaron la pregunta en blanco.

En el Gráfico 1, se observa que la mayoría había recibido instrucción de higiene oral para el cuidado de un adulto mayor durante sus estudios formales de técnico en asistente de enfermería en el instituto de estudios.

Gráfico 1: Distribución de los individuos según el lugar dónde recibieron la Instrucción de Higiene Oral (IHO) para el cuidado del adulto mayor



1.2 Evaluación de la Confiabilidad mediante la Consistencia Interna

La confiabilidad de un instrumento de medición, puede determinarse evaluando si los diferentes ítems que componen un mismo constructo se correlacionan (64). Ya que, cuando se utilizan distintos ítems formando una escala, es necesario que tengan consistencia interna, de manera que los ítems de cada dimensión de la escala deben medir la misma cosa, deben estar correlacionados entre sí (65). Un método muy utilizado para estimar la consistencia interna es el Alfa de Cronbach (64,65).

Se determinó la Consistencia Interna, mediante el Coeficiente Alfa Cronbach para cada dimensión del cuestionario, utilizándose los resultados de la segunda medición de la prueba piloto del cuestionario DCBS-Sp. Los resultados se observan en la Tabla 3.

Tabla 3: Consistencia interna para cada dimensión del Cuestionario DCBS-Sp (95% intervalo de confianza)

Dimensión del Cuestionario DCBS-Sp (número de ítems)	Consistencia Interna (n=69)
	Alfa Cronbach
Locus de Control Interno(7)	0.56
Locus de Control Externo (7)	0.46
Autoeficacia (7)	0.5
Creencias para el cuidado de la salud bucal (7)	0.67
Cuestionario DCBS-Sp (28 ítems)	0.64

Los valores de los coeficientes utilizados para determinación de Confiabilidad van del 0.00 al 1.00, en dónde valores más altos indican mayores niveles de confiabilidad (64). Se consideraron valores de Alpha Cronbach de 0.3 correlación aceptable entre los ítems que componen cada dimensión. Valores Alpha Cronbach mayores a 0.5 como una buena correlación entre los ítems que componen cada dimensión.

1.3 Evaluación de la Confiabilidad mediante Test-Retest

Para evaluar la confiabilidad de un instrumento de medición, es importante determinar la estabilidad de medición del instrumento.

La estabilidad de un instrumento se determina administrándolo en diferentes momentos a los mismos individuos, mediante Test-Retest, determinándose la correlación o fuerza de asociación entre los puntajes obtenidos en la primera y segunda medición (64).

Con los resultados del Test-Retest se determinaron los puntajes promedio obtenidos para cada dimensión del cuestionario en la primera y segunda medición. Además se determinó la diferencia entre estos. Los resultados se observan en la Tabla 4.

Tabla 4: Puntaje Promedio por dimensión para Test y Retest y Diferencia entre Puntajes Promedio por dimensión (95% intervalo de confianza)

Dimensión del Cuestionario DCBS-Sp (número de ítems)	Puntaje Promedio		Diferencia entre puntajes promedio por Dimensión
	Test	Retest	
Locus de Control Interno(7)	10.99	11.25	0.26
Locus de Control Externo (7)	18.64	19.38	0.74
Autoeficacia (7)	15.17	15.88	0.71
Creencias para el cuidado de la salud bucal (7)	16.36	16.93	0.57

Se determinó además, el Coeficiente de Correlación Intraclase para cada dimensión del cuestionario, mediante Análisis de Varianza Simple (one way ANOVA). Los resultados se observan en la Tabla 5.

Tabla 5: Correlación Test-Retest medido para cada dimensión del Cuestionario DCBS-Sp (95% intervalo de confianza)

Dimensión del Cuestionario DCBS-Sp (número de ítems)	Correlación Test-Retest (n=69)	
	Coefficiente Correlación Intraclase	Diferencia entre puntajes promedio por Dimensión
Locus de Control Interno(7)	0.4	0.26
Locus de Control Externo (7)	0.3	0.74
Autoeficacia (7)	0.5	0.71
Creencias para el cuidado de la salud bucal (7)	0.6	0.57

Los valores de los coeficientes utilizados para determinación de Confiabilidad van del 0.00 al 1.00, en dónde valores más altos indican mayores niveles de confiabilidad (64). Se consideraron valores de Coeficiente de Correlación Intraclase de 0.3 como una correlación aceptable. Valores de Coeficiente de Correlación Intraclase mayores a 0.5 indican una buena correlación.

2. Resultados del Estudio Comparativo de las prácticas para la mantención de la salud bucal y creencias en salud bucal de Cuidadores de Adultos Mayores Postrados domiciliarios e institucionalizados

2.1 Caracterización de la Población en Estudio

El presente estudio sobre prácticas para la mantención de la salud bucal y creencias en salud bucal fue realizado en 39 cuidadores, de estos, 21 (53,8%) eran cuidadores formales y 18 (46,2%) correspondían a cuidadores informales de adultos mayores postrados. Siendo la mayoría cuidadoras mujeres (97,4%) y sólo 1 cuidador formal hombre. La edad promedio para cuidadores formales fue de 39,4 años de edad (DS 10,9) y para cuidadores informales fue de 66,6 años (DS 10,9)

La distribución del grupo de estudio según nivel educacional y tipo de cuidador se observa en la Tabla 6 (ver también el Gráfico 2 en el Anexo 5)

Tabla 6: Distribución de la muestra según tipo de cuidador y nivel educacional.

Escolaridad	Tipo de Cuidador					
	Formal (n=21)		Informal (n=18)		Total (n=39)	
	n	%	n	%	n	%
Básica incompleta	0	0	1	5.6	1	2.6
Media incompleta	1	4.7	5	27.8	6	15.4
Media completa	8	38.1	4	22.1	12	30.7
Técnica completa	9	42.9	2	11.1	11	28.2
Universitaria incompleta	0	0	1	5.6	1	2.6
Universitaria completa	3	14.3	5	27.8	8	20.5
Total	21	100	18	100	39	100

Como se puede observar en la Tabla 7 (ver también el Gráfico 3 en el Anexo 5), el mayor porcentaje de cuidadores tenía entre 1 y 5 años de experiencia como cuidador de un adulto mayor postrado.

Tabla 7: Distribución de la muestra según tipo de cuidador y años de experiencia como cuidador de un adulto mayor postrado.

Experiencia como Cuidador	Tipo de Cuidador				Total	
	Formal (n=21)		Informal (n=18)		(n=39)	
	n	%	n	%	n	%
< a 1 año	1	4.8	2	11.1	3	7.7
1 a 5 años	13	61.9	13	72.2	26	66.7
6 a 10 años	1	4.8	3	16.7	4	10.2
> a 10 años	6	28.5	0	0	6	15.4
Total	21	100	18	100	39	100

2.2 Prácticas para la mantención de la Salud Bucal de Adultos Mayores Postrados

En la Tabla 8 se observa la distribución del grupo en estudio según tipo de cuidador y si este había recibido instrucción o entrenamiento en el cuidado bucal del adulto mayor postrado.

Los cuidadores formales relataron en un mayor porcentaje el antecedente de haber recibido instrucción o entrenamiento para el cuidado bucal del adulto mayor postrado ($p=0.013$).

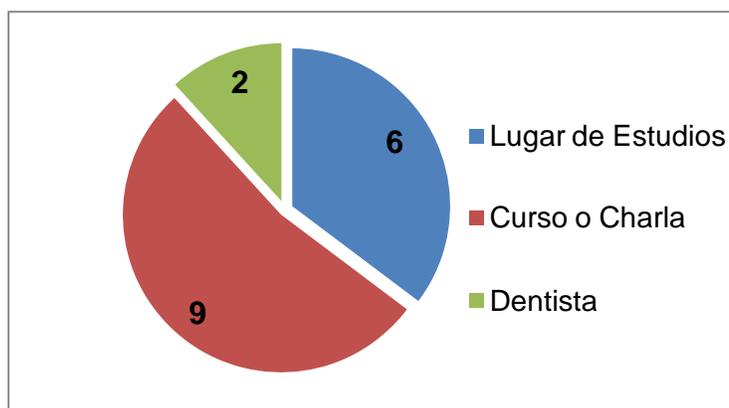
Tabla 8: Instrucción o entrenamiento para el cuidado bucal del AM postrado, según tipo de cuidador.

Tipo Cuidador	Instrucción para el cuidado bucal de un AM postrado				Total	
	SI		NO		n	%
	n	%	n	%		
Formal	13	61.9	8	38.1	21	100
Informal	4	22.2	14	77.8	18	100
Total	17	43.6	22	56.4	39	100

Chi- cuadrado $p=0.013$ ($p<0.05$)

El Gráfico 4 muestra el lugar dónde los cuidadores tanto formales como informales recibieron instrucción para la higiene bucal del adulto mayor postrado

Gráfico 4: Lugar dónde recibió Instrucción para el cuidado bucal de un AM Postrado



El 100% de los cuidadores relató que había realizado alguna vez la higiene bucal de un adulto mayor postrado. La frecuencia con que los cuidadores formales actualmente realizan esta higiene es en su mayoría es sólo ocasional, y en los informales una vez al día, como se observa en la Tabla 9 (ver también el Grafico 5 en el Anexo 5), existiendo diferencias significativas en la frecuencia de realización de la higiene bucal entre cuidadores formales e informales ($p=0.01$)

Tabla 9: Frecuencia con que actualmente los cuidadores realizan la higiene bucal del adulto mayor postrado.

Frecuencia en que actualmente realiza la higiene bucal	Tipo de Cuidador				Total (n=39)	
	Formal (n=21)		Informal (n=18)			
	n	%	n	%	n	%
Nunca	0	0	0	0	0	0
Lo he hecho por lo menos una vez	4	19	1	5.6	5	12.82
Ocasionalmente	11	52.4	6	33.3	17	43.6
Siempre que puedo	3	14.3	0	0	3	7.7
Una vez al día	0	0	7	38.9	7	17.94
Más de una vez al día	3	14.3	4	22.2	7	17.94
Total	21	100	18	100	39	100

Chi- cuadrado $p=0.01$ ($p<0.05$)

Respecto a las prácticas para la mantención de la salud bucal, que alguna vez habían realizado tanto cuidadores formales como informales de adultos mayores postrados, se observa en la Tabla 10, que estas en su mayoría no diferían entre cuidadores formales e informales.

Se encontraron diferencias significativas en el cepillado de dientes con cepillo blando ($p=0.007$) y limpieza de la boca con gasa/algodón húmedo ($p=0.001$), que fueron más comunes en los cuidadores formales. En los cuidadores informales fueron más frecuentemente relatadas las prácticas de, retiro de las prótesis durante la noche ($p=0.05$) y guardar las prótesis en un vaso con agua ($p=0.003$).

Tabla 10: Prácticas para la mantención de la salud bucal según tipo de Cuidador

Prácticas de Cuidado Bucal	Cuidador Formal (n=21)				Cuidador Informal (n=18)				Chi-Cuadrado p< 0.05
	SI		NO		SI		NO		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cepillado de dientes con cepillo duro	5	24	16	76	8	44	10	56	-
Cepillado de dientes con cepillo blando	17	81	4	19	7	39	11	61	p 0.007
Cepillado de dientes con cepillo eléctrico	0	0	21	100	1	5.6	17	94	-
Uso de cepillo interproximal	2	9.5	19	91	0	0	18	100	-
Uso de seda/cinta dental	1	4.8	20	95	4	22	14	78	-
Uso de pasta de dientes	15	71	6	29	14	78	4	22	-
Limpieza de la boca con gasa/algodón húmedo	20	95	1	4.8	9	50	9	50	p 0.001
Enjuague con enjuagatorio cosmético	5	24	16	76	6	33	12	67	-
Enjuague con enjuagatorio de clorhexidina	4	19	17	81	2	11	16	89	-
Enjuague con agua	20	95	1	4.8	15	83	3	17	-
Cepillado de las prótesis dentales *	19	91	2	9.5	13	100	0	0	-
Enjuagar las prótesis dentales en agua*	19	91	2	9.5	13	100	0	0	-
Retiro de las prótesis durante la noche*	11	52	10	48	11	85	2	15	p 0.05
Guardar las prótesis en un vaso con agua*	11	52	10	48	13	100	0	0	p 0.003
Evito que ingiera alimentos o líquidos después de la higiene bucal nocturna	9	43	12	57	12	67	6	33	-

*n=34, ya que los adultos mayores de 5 cuidadores informales no usaban prótesis dental.

2.3 Creencias en Salud Bucal de los cuidadores

Para evaluar las creencias en salud en los cuidadores se utilizó el cuestionario DCBS-Sp traducido y validado por este equipo de investigación como se presentó en la metodología. Los resultados obtenidos de la aplicación de este cuestionario en el grupo de cuidadores formales e informales presentaban una distribución normal que fue revisada aplicando el Test Shapiro-Wilk.

La Tabla 11, muestra la media, rango y desviación estándar de los puntajes de respuesta por dimensión del cuestionario para cuidadores formales e informales. Como se muestra no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de los puntajes.

Tabla 11: Resultados de los Puntajes de respuesta por Dimensión del Cuestionario DCBS-Sp para cuidadores formales e informales.

Dimensión Cuestionario DCBS-Sp	Tipo de Cuidador						t Student p<0.05
	Formal			Informal			
	Media	Rango	Desviación Estándar	Media	Rango	Desviación Estándar	
Locus de Control Interno	11.14	7-16	3.14	11.06	7-16	2.6	-
Locus de Control Externo	19.52	10-31	5.65	20.94	14-29	4.62	-
Autoeficacia	17.14	11-25	3.51	15.77	9-21	3.23	-
Creencias para el cuidado de la salud bucal	18.76	14-30	3.99	19.61	11-33	5.86	-

Las Tablas 12, 13, 14 y 15, muestran el puntaje promedio obtenido por los cuidadores formales e informales en cada ítem que conforma cada una de las dimensiones del Cuestionario DCBS-Sp, y la diferencia de dichos puntajes entre los tipos de cuidadores.

Tabla 12: Puntaje Promedio por cuidador para cada Ítem de la Dimensión Locus Interno de Control y Diferencia entre los Puntajes Promedio entre cuidadores.

Ítems	Dimensión Locus de Control Interno	Puntaje Promedio		Diferencia Puntajes Promedio
		Cuidador Formal	Cuidador Informal	
5	Creo que los dientes deberían durar toda la vida	1.80	1.55	0.25
7	Creo que las caries pueden prevenirse	1.19	1.22	-0.03
13	Creo que usar seda dental puede ayudar a prevenir las enfermedades de las encías	1.95	2.16	-0.21
19	Creo que nuestros pacientes desean que les ofrezca ayuda para el cuidado bucal	1.85	1.61	0.24
25	Creo que las enfermedades de las encías pueden prevenirse	1.38	1.83	-0.45
27	Creo que nuestros pacientes comen mejor si ellos tienen una boca sana y limpia	1.57	1.33	0.24
28	Creo que el cepillado de los dientes puede prevenir las caries	1.38	1.33	0.05

Tabla 13: Puntaje Promedio por cuidador para cada Ítem de la Dimensión Locus Externo de Control y Diferencia entre los Puntajes Promedio entre cuidadores

Ítems	Dimensión Locus de Control Externo	Puntaje Promedio		Diferencia Puntajes Promedio
		Cuidador Formal	Cuidador Informal	
6	Sólo los dentistas pueden prevenir las caries y las enfermedades de las encías	2.76	3	-0.24
9	Si ambos padres tuvieron mala dentadura, el cepillado y el uso de seda dental no ayudará	2.23	2.11	0.12
10	Creo que las prótesis dentales no tienen que ser removidas durante la noche, a menos que el paciente lo quiera	2.28	2.88	-0.6
12	No se pueden evitar que las enfermedades y los medicamentos destruyan los dientes	3.66	3.5	0.16
17	Creo que perder dientes es parte del envejecimiento normal	2.52	2.66	-0.14
18	Incluso si realizas un buen cuidado de tus dientes, estos se van a caer en la medida que envejeczas	3.1	3.22	-0.12
24	Creo que un método de cepillado es tan efectivo como cualquier otro	2.95	3.55	-0.6

Tabla 14: Puntaje Promedio por cuidador para cada Ítem de la Dimensión Autoeficacia y Diferencia entre los Puntajes Promedio entre cuidadores.

Ítems	Dimensión Autoeficacia	Puntaje Promedio		Diferencia Puntajes Promedio
		Cuidador Formal	Cuidador Informal	
2	Si les cepillo los dientes y uso la seda dental correctamente, espero menos problemas dentales	1.9	1.78	0.12
3	Creo que sé cómo se pueden tratar las diferentes enfermedades de la mucosa bucal	3.42	2.94	0.48
8	Si me hubieran dado entrenamiento en el cuidado de la salud bucal, sería capaz de realizar un mejor cuidado de la salud bucal	1.33	1.66	-0.33
11	Creo que sé cómo usar la seda dental correctamente	2.66	2.77	-0.11
15	Creo que sé cómo evitar la candidiasis oral	3.19	3	0.19
21	Si conociera las manifestaciones de las enfermedades dentales, sería capaz de realizar un mejor cuidado bucal	1.76	1.44	0.32
23	Creo que puedo eliminar en forma satisfactoria la mayoría de la placa para ayudar a prevenir las caries y las enfermedades de las encías	2.85	2.16	0.69

Tabla 15: Puntaje Promedio por cuidador para cada Ítem de la Dimensión Creencias para el cuidado de la salud bucal y Diferencia entre los Puntajes Promedio entre cuidadores.

Ítems	Dimensión Creencias para el Cuidado de la Salud Bucal	Puntaje Promedio		Diferencia Puntajes Promedio
		Cuidador Formal	Cuidador Informal	
1	Creo que son los mismos pacientes los que avisan cuando necesitan ayuda en el cuidado de su salud bucal	2.38	2.88	-0.5
4	Creo que los productos fluorados son más apropiados para los niños	4.04	3.5	0.54
14	Una vez que la enfermedad de las encías se ha iniciado, es casi imposible detenerla	2.43	2.5	-0.07
16	Si las encías sangran cuando usas la seda dental, por lo general significa que debes dejar de usarla	2.76	3.22	-0.46
20	Creo que visitar al dentista es sólo necesario cuando se siente dolor	1.61	1.33	0.28
22	Creo que el cuidado de las prótesis dentales es menos problemático que cuidar los dientes naturales	3.52	3.39	0.13
26	Si las encías sangran cuando cepillas los dientes, por lo general significa que debes dejar de cepillarlos	2	2.77	-0.77

DISCUSIÓN

La finalidad de este estudio fue comparar las prácticas para la mantención de la salud bucal de adultos mayores postrados y las creencias en salud bucal de cuidadores formales del Hogar Mauricio Riesco y cuidadores informales del Programa de Atención Domiciliaria de pacientes postrados del CESFAM H. Alessandri.

De la muestra de cuidadores que participaron en este estudio, la mayoría correspondió a mujeres (97,4%) y en la muestra sólo 1 hombre era cuidador formal. Estos resultados se correlacionan con los de la literatura (36), en que la tarea de cuidado de terceros se da mayoritariamente en mujeres.

El nivel de escolaridad de los cuidadores informales, parece ser mejor que los obtenidos en el “Estudio sobre la situación de los cuidadores domiciliarios de adultos mayores dependientes” (51) del SENAMA, en que cerca de la mitad de los cuidadores evaluados tiene 8 o menos años de educación, en cambio, los cuidadores informales del presente estudio el 94,4% tiene más de 8 años de escolaridad. Estas diferencias, probablemente sean por la comuna de donde se obtuvo la muestra en esta investigación, Providencia.

Respecto al nivel de escolaridad de los cuidadores formales, llama la atención que cerca de un 40% de ellos sólo han cursado hasta enseñanza media (completa un 38.1% e incompleta un 4.7%). Lo cual indica que no han recibido una educación formal como auxiliar de enfermería o técnico paramédico, para el cuidado de adultos mayores, sino que sólo han recibido capacitación mediante cursos dictados por el Hogar de Cristo.

Al analizar los años de experiencia como cuidador de un adulto mayor postrado, la mayoría de los cuidadores tanto formales como informales tienen 1 a 5 años de experiencia (61.9% y 72.7% respectivamente). Sin embargo, llama la atención, que un 28.5% de los cuidadores formales tiene más de 10 años de experiencia al cuidado de adultos mayores postrados, lo cual se debe a que su rol como cuidador es un trabajo remunerado en el hogar, existiendo un recambio constante de pacientes a cuidar.

El 100% de los cuidadores de la muestra relatan que han realizado alguna vez el cuidado bucal de un adulto mayor postrado, sin embargo, sólo el 43,6% de la muestra de cuidadores ha recibido instrucción o entrenamiento para el cuidado bucal de un adulto mayor postrado. Este resultado demuestra una clara deficiencia en la educación de este tipo de cuidadores y se correlaciona con datos reportados por diversos investigadores (8, 22, 23, 24, 25).

Se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.013$), entre el tipo de cuidador y si ha recibido o no instrucción o entrenamiento para el cuidado bucal del adulto mayor postrado. Esto indica que el porcentaje de los cuidadores formales que han recibido instrucción para el cuidado bucal del adulto mayor postrado (61.9%), es significativamente mayor que los cuidadores informales (22.2%).

Respecto a la frecuencia con que los cuidadores actualmente realizan la higiene bucal del adulto mayor postrado, existen diferencias significativas entre ellos ($p=0.01$). Más de la mitad de los cuidadores formales (52.4%) reporta hacerlo ocasionalmente, mientras que más de la mitad de los cuidadores informales lo realiza ocasionalmente y una vez al día (33.3% y 38.9% respectivamente). Ningún cuidador respondió que actualmente nunca realiza la higiene bucal del adulto mayor postrado. Sin embargo, en este tipo de cuestionario se debe considerar la

posibilidad de respuesta complaciente socialmente del cuidador o fenómeno de deseabilidad social (66), concepto derivado de la psicología, que hace referencia a la necesidad del individuo entrevistado de dar respuestas socialmente más convenientes o deseables, lo cual puede haber llevado a los cuidadores a responder que realizaban la higiene bucal.

Al comparar las prácticas para la mantención de la salud bucal que alguna vez habían realizado tanto cuidadores formales como informales en el adulto mayor postrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las prácticas de cepillado de dientes con cepillo blando, limpieza de la boca con gasa/algodón húmedo, retiro de las prótesis durante la noche y guardar las prótesis en un vaso con agua. Por lo cual, se acepta la hipótesis de investigación, en cuanto a que algunas de las prácticas para la mantención de la salud bucal son diferentes, sin embargo, no se puede decir que son mejores en un tipo de cuidador.

Los cuidadores formales que han cepillado los dientes con un cepillo blando y han limpiado la boca de los postrados con una gasa/algodón húmedo es significativamente mayor que los cuidadores informales que lo han hecho ($p=0.007$ y $p=0.001$ respectivamente).

Los cuidadores informales que alguna vez han retirado las prótesis durante la noche y guardado las prótesis en agua son significativamente mayores que los cuidadores formales que lo han hecho ($p=0.05$ y $p=0.003$ respectivamente).

Para el resto de las prácticas para la mantención de la salud bucal de adultos mayores postrados no se encontraron diferencias significativas entre cuidadores formales e informales.

Es importante destacar, que tanto cuidadores formales como informales reportan en un porcentaje considerable, haber realizado alguna vez el cepillado de dientes del adulto mayor postrado con un cepillo duro (24% y 44% respectivamente), práctica que es inadecuada (57,58,59).

Se destaca además, que las prácticas de cepillado con cepillo eléctrico, uso de cepillo interproximal, uso de seda/cinta dental, enjuague con enjuagatorio cosmético y enjuague con enjuagatorio de clorhexidina parecen ser poco utilizados tanto en los cuidadores formales como informales. Los porcentajes que reportan haber realizado estas prácticas se encuentran entre 0 y 33%.

Las prácticas de uso de pasta de dientes en la higiene bucal del postrado y hacer que el postrado se enjuague con agua, son prácticas que en alto porcentaje, tanto cuidadores formales como informales, reportan haber realizado alguna vez. Los porcentajes que reportan haber realizado estas prácticas se encuentran entre 71 y 95%.

Al comparar las creencias en salud bucal para cuidadores formales e informales mediante la media por dimensión del cuestionario DCBS-Sp para cuidadores, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre cuidadores formales e informales, por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación en este punto.

Los ítems de la Dimensión Locus de Control Interno, es decir, ítems que corresponden a creencias de que determinados resultados dependen de las propias conductas o capacidades (27), muestran puntajes promedio favorables a la salud bucal tanto en cuidadores formales como informales.

Los ítems de la Dimensión Locus de Control Externo, es decir, ítems que corresponden a las creencias de que la aparición de determinados resultados depende de factores exteriores a las capacidades o conductas individuales (27), muestra puntajes promedio más altos que indican creencias en salud bucal no favorables.

Los ítems de la Dimensión Autoeficacia, es decir, ítems que se refieren a la propia capacidad percibida por el individuo para llevar a cabo determinadas conductas (27), muestra que tanto cuidadores formales como informales lograron puntajes promedio favorables a la salud bucal en los ítems 2, 8 y 21, relacionados con su capacidad de respuesta frente a intervenciones educativas o de entrenamiento para el cuidado bucal. En cambio, los puntajes promedio para los ítems 3, 11, 15 y 23, relacionados con su capacidad y conocimiento para realizar ciertas conductas de cuidado bucal, son más altos y denotan creencias no favorables para la salud bucal.

Por lo tanto, a pesar de que los cuidadores pueden creer que una determinada acción es capaz de producir ciertos resultados (Ítems de la Dimensión Locus de Control Interno), no están seguros de si son capaces o saben cómo realizar la acción.

Los ítems de la Dimensión Creencias para el cuidado de la salud bucal, muestran que tanto cuidadores formales como informales tienen puntajes promedio desfavorables a la salud bucal, en especial, para los ítems 4 y 22, ya que tienden a creer que los productos fluorados son más apropiados para los niños y que el cuidado de las prótesis dentales es menos problemático que cuidar los dientes naturales. Sin embargo, para el ítem 20, creo que visitar al dentista es sólo necesario cuando se siente dolor, muestra puntajes promedio bajos que denotan creencias favorables en relación a la necesidad de atención odontológica preventiva.

CONCLUSIONES

1. Sólo un 43,6% de los cuidadores ha recibido instrucción o entrenamiento para el cuidado bucal de un adulto mayor postrado.
2. El grupo de cuidadores formales que han recibido instrucción o entrenamiento para el cuidado bucal es mayor que el de los cuidadores informales.
3. Las prácticas de cepillado con cepillo eléctrico, uso de cepillo interproximal, uso de seda/cinta dental, enjuague con enjuagatorio cosmético y enjuague con enjuagatorio de clorhexidina son poco utilizadas por los cuidadores, tanto formales como informales.
4. Las prácticas de uso de pasta de dientes y hacer que el adulto mayor postrado se enjuague con agua, son las más realizadas por los cuidadores, tanto formales como informales.
5. La práctica de cepillado con cepillo duro, ha sido realizada alguna vez por los cuidadores tanto formales como informales.
6. Las prácticas de cepillado con cepillo blando y limpieza con una gasa/algodón húmedo han sido realizadas con mayor frecuencia por cuidadores formales.
7. Las prácticas de retirar las prótesis durante la noche y guardar las prótesis en agua, han sido realizadas con mayor frecuencia por cuidadores informales.
8. Cuidadores, tanto formales como informales, presentan creencias con tendencia a favorecer la salud bucal, para las dimensiones de locus de control interno y autoeficacia (en lo referido a su capacidad de respuesta frente a intervenciones educativas), pero creencias con tendencia desfavorable en las dimensiones de locus de control externo y creencias para el cuidado de la salud bucal, las cuales podrían modificarse mediante intervenciones educativas.

SUGERENCIAS

1. Se sugieren investigaciones sobre prácticas para la mantención de la salud bucal en adultos mayores postrados que contemplen en su diseño la medición de end points (índice de placa o índice de mucosa en el postrado) o de surrogate end points (mediante observación directa de las prácticas, frecuencia y tiempo de duración), con la finalidad de reducir la deseabilidad social.
2. Se sugiere la realización de intervenciones educativas en cuidadores de adultos mayores postrados, en que el Cuestionario DCBS-Sp puede ser utilizado como un instrumento que mida variaciones individuales en las creencias en salud bucal mediante su uso previo y post intervención.
3. Se sugieren investigaciones respecto al estado de salud bucal de adultos mayores postrados, para determinar sus diferencias con el estado de salud bucal del adulto mayor autovalente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) United Nations, Population Division. (2002). "World Population Ageing 1950-2050". Disponible en www.who.int
- (2) Díaz, V., Díaz, I., Rojas, G. y Novogrodsky, D. (2003) "Evaluación geriátrica en la Atención Primaria". Rev Méd Chile 131:895-901
- (3) INE y CELADE. (2002). "CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País. 1950-2050". Departamento de Demografía, Instituto Nacional de Estadísticas, publicación en Convenio con la Comisión Económica para América Latina y El Caribe División de Población, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- (4) SENAMA. "Glosario Gerontológico". Disponible en www.senama.cl. Fecha de consulta, Junio 2009.
- (5) Kandelman, D., Peterson, P.E. y Ueda, H. (2008) "Oral health, general health, and quality of life in older people" . Spec Care Dentist 28(6):1-13.
- (6) Henry, R.G. y Ceridan, B. (1994). "Delivering dental care to nursing home and homebound patients" Dent Clin N Am Jul;38(3):537-51.
- (7) MINSAL. (2006). "Programa de apoyo a personas con postración severa". Disponible en www.minsal.cl/ici/destacados/presentacion_cuarta_medida.ppt
- (8) Sumi, Y., Nakamura, S., Nagaosa, S., Michiwaki, Y. y Nagaya, M. (2001) "Attitudes to oral care among caregivers in Japanese nursing homes". Gerodontology Jul;18(1):2-6.
- (9) MacEntee, M.I. (2007) "Quality of life as an indicator of oral health in older people". J Am Dent Assoc 2007;138(9 suplement):47S-52S.
- (10) McGrath, C., y Bedi, R. (1999) "The importance of oral health to older people's quality of life". Gerodontology, Vol 16, N°1, 59-63.
- (11) Wiseman, M. A. (2000). "Paliative Dentistry". The Gerodontology Association. Vol 17, N°1.
- (12) Walls, A.W.G. y Steele, J.G. (2004) "The relationship between oral health and nutricion in older people". Mech Ageing Dev.853-857.

- (13) Walls, A.W.G, et al. (2000) "Oral health and Nutrition in Older People". J Public Health Dent. Vol 60, N° 4.
- (14) Terpenning, M (2005). "Geriatric oral health and pneumonia risk". Clin Infect Dis. 15,40(12):1807-10
- (15) Paju, S. y Scannapieco, F.A. (2007) "Oral biofilms, periodontitis, and pulmonary infections". Oral Dis. November;13(6):508-512
- (16) Scannapieco, F.A. (2006). "Pneumonia in nonambulatory patients: The role of oral bacteria and oral hygiene". J Am Dent Assoc, Vol 137, No suppl_2, 21S-25S.
- (17) Sumi, R., Miura, H., Sunakawa, M., Michiwaki, Y. y Sakagami, N. (2002) "Colonization of denture plaque by respiratory pathogens in dependent elderly". Gerodontology. Jul;19(1):25-9.
- (18) Persson, G.R. y Persson, R.E. (2008). "Cardiovascular disease and periodontitis: an update on the associations and risk" J Clin Periodontol; 35 (Suppl. 8): 362–379
- (19) Demmer, R. T. y Desvarieux, M. (2006). "Periodontal infections and cardiovascular disease: The heart of the matter". J Am Dent Assoc;137;14S-20S.
- (20) Salvi, G.E., Carollo-Bittel, B. y Lang, N.P.. (2008)"Effects of diabetes mellitus on periodontal and peri-implant conditions: update on associations and risks" J Clin Periodontol; 35 (Suppl. 8): 398–409
- (21) Ira Lastimer (2008) " The Relationship Between Oral Health and Diabetes Mellitus" J Am Dent Assoc;139;19S-24S
- (22) Wårdh, I., Andersson, L. y Sörensen, S. (1997)"Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides" Gerodontology;14(1):28-32.
- (23) Thean, H., Wong, M.L. y Koh, H. (2007) "The dental awareness of nursing home staff in Singapore – a pilot study". Gerodontology;24;58-63.
- (24) Saliba, A.N., Saliba, S.A., Morais, J.A. y Leal do Prado, R. (2007). "Elderly caregivers profile and oral health perception". Botucatu v3.
- (25) Conceicao, R., et al. (2006). "Role of nursing staff in oral care of dependent hospitalized elderly" Invest Educ Enferm;24(1): 48-57.

- (26) Coleman, P. y Watson, N. (2006). "Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes". JAGS. 54:138-143.
- (27) Misrachi, C. y Sassenfeld, A. "Instrumentos para medir variables que influyen en las conductas de salud oral". Revista Dental de Chile. 99(2):28-31, 2007.
- (28) Harwood, R.H., Sayer, A.A. y Hirschfeld, M. (2004) "Current and future world prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios" Bull World Health Organ 82(4):251-258.
- (29) INE. (2003). "Censo 2002: Síntesis de Resultados". Comisión Nacional del XVII Censo de Población y VI de Vivienda. Empresa Periodística La Nación S.A.
- (30) INE. (2002) "Chile y los Adultos Mayores en la Sociedad del 2000" Enfoques estadísticos. Adulto Mayor. Instituto Nacional de Estadísticas.
- (31) INE. (2002). "Cifras Mayores, número de adultos mayores en Chile según datos del Censo 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas"
- (32) MINSAL. "Funcionalidad del Adulto Mayor y aplicación de instrumento predictor de pérdida de funcionalidad EFAM- Chile". Disponible en www.minsal.cl/ici/adulto_mayor/funcionalidad_adulto_mayor_efam_chile.doc Fecha de consulta, Junio 2009.
- (33) MINSAL (2002). "Resumen Ejecutivo: Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010". El Vigía. Boletín de Vigilancia en Salud Pública de Chile. Vol 5. N°15.
- (34) Albala , C. y García, C. (2002) "Perfil del Adulto Mayor en Chile". Desarrollando respuestas integradas de sistemas de cuidado de salud para una población de rápido envejecimiento. INTRA. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
- (35) World Health Organization (WHO) Center for Health Development. (2004) "A Glossary of terms for community health care and services for older persons". Ageing and Health Technical Report. Volume 5.
- (36) SENAMA. (2009) "Las Personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez". Disponible en

<http://www.senama.cl/archivos/libroblanco.pdf>. Fecha de consulta, Diciembre 2009.

- (37) Wallace, M. y Shelkey, M. (2007) "Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)". Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults from The Hartford Institute of Geriatric Nursing. Issue Number 2.
- (38) INE. (2005) "Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2004"
- (39) Gulcan Coskun Akar, Safak Ergul. (2008) "The oral hygiene and denture status among residential home residents". Clin Oral Invest 12:61-65.
- (40) Simons, D., Brailsford, S., Kidd, E.A.M. y Beighton, D. (2001) "Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes". Community Dent Oral Epidemiol 29:464-70.
- (41) Visschere, L.M., et al. (2006) "Oral Hygiene of elderly people in long-term care institutions – a cross-sectional study". Gerodontology, Volume 23, Number 4, 195-204(10).
- (42) Frenkel, H., Harvey, I. y Newcombe, R.G. (2000) "Oral health care among nursing home residents in Avon". Gerodontology 17: 33–38.
- (43) Henriksen BM, Ambjornsen, E., Laake, K. y Axell, T.E. . (2004) "Oral Hygiene and oral symptoms among the elderly in long term care". Spec Care Dentist 24(5): 254-259.
- (44) Steele, J.G. y Walls, W.J. (1997) "Strategies to improve the quality of oral health care for frail and dependent older people" Quality in Health Care 6:165-169.
- (45) Araya, C., Oliva, P., Canete, E. y Zapata, H. (2009) "Salud Oral en pacientes adultos mayores del Programa Postrados. CESFAM Los Volcanes, Chillán". Ciencia... Ahora. N°23, año 12.
- (46) Misrachi, C. y Lamadrid, S. (1997) "Salud Oral y conductas asociadas en Adultos Mayores de bajos recursos". Cuadernos Médico Sociales. Vol XXXVIII, (4):79-86.
- (47) Lamadrid, S. y Misrachi, C. (1999) "Percepciones y actitudes hacia la Atención Dental de Adultos Mayores de bajos recursos". Revista Dental de Chile. 90(2):3-8.

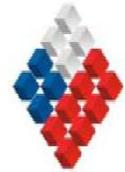
- (48) Misrachi, C. y Lamadrid, S. (2000) "Conocimientos, creencias y conductas en Salud Oral en Adultos Mayores de nivel socioeconómico bajo, zona Norte de Santiago". Cuadernos Médico Sociales. Vol XLI, N°3 y 4:5-13.
- (49) INE. (2007). "Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Chile. 2006"
- (50) DEIS. Departamento de Estadística e Información en Salud. Disponible en: <http://deis.minsal.cl/index.asp>. Fecha de consulta, Diciembre 2009.
- (51) Albala, C., Sánchez, H., Bustos, C. y Fuentes, A. (2007). "Estudio sobre la situación de los cuidadores domiciliarios de adultos mayores dependientes". Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/albala_situcuidadores_01.pdf. Fecha de consulta, Diciembre 2009.
- (52) MINSAL (2004). "Encuesta Nacional de Salud, 2003"
- (53) Kinane, D.F. (2001). "Causation and pathogenesis of Periodontal disease". Periodontology 2000. Vol. 25, 8-20.
- (54) Gil-Montoya, J.A., de Mello, A., Cardenas, C. y López, I. (2006) "Oral Health Protocol for the dependent institutionalized elderly". Geriatric Nursing 2006; 27(2):95-101
- (55) "Manual básico de cuidados para el adulto y la adulta mayor dependiente: en buenas manos". Publicación del INP
- (56) MINSAL. (2006) "Manual de Cuidados Domiciliarios a Personas Postradas". Publicación de la Subsecretaria de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades.
- (57) MOH Nursing Clinical Practice Guidelines (2004) "Nursing Management of Oral Hygiene". 1/2004
- (58) National Center for Geriatrics and Gerontology. "Oral Care for the Dependent Elderly"
- (59) Stein, P.S y Henry, R.G. (2009) "Poor Oral Hygiene in Long Term Care". American Journal of Nursing. Vol 109 Number 6;44-50.
- (60) Kelsey,J.L. y Lamster, Y.B. (2008). "Influence of Musculoskeletal Conditions on Oral Health Among Older Adults". J Public Health;98:1177–1183

- (61) Wardh, I. y Sorensen, S. (2005). "Development of an index to measure oral health care priority among nursing staff". *Gerodontology* 22;84-90.
- (62) Wild, D., et al. (2005). "Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation". *Value in Health*. Vol 8, Number 2.
- (63) Bland, J.M. y Altman D.G. (2002). "Validating scales and indexes". *British Medical Journal*. Vol 324, 09 March.
- (64) Kimberlin, C.L. y Winterstein, A.G. (2008) "Validity and reliability of measurement instruments used in research". *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 65.
- (65) Bland, J.M. y Altman D.G. (1997). "Cronbach's Alpha". *British Medical Journal*. Vol 314, 22 February, 1997
- (66) Ferrando, P.J., Chico, E. (2000). "Adaptación y Análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne". *Psicothema*. 12(3):383-389.

ANEXO 1

FICHA DE APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE KATZ

Evalúa los grados de dependencia en AVD



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE VIVIENDA
GOBIERNO DE CHILE

Independiente: sin supervisión, dirección o ayuda personal activa.

Un paciente que se niega a hacer una función, se considera incapaz de hacerla.

Actividades Básicas de la Vida Diaria	Dependiente Leve	Dependiente Moderado	Dependiente Severo
Bañarse	Se baña completamente sin ayuda o recibe ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo y/o recibe ayuda para entrar o salir de la bañera	Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo
Vestirse	Coge la ropa y se viste completamente o recibe ayuda exclusivamente para atarse los zapatos	Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente	Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo
Usar el inodoro	Va solo al inodoro, se limpia y ajusta la ropa. Puede usar el orinal de noche.	Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda para hacer uso del orinal	Totalmente incapacitado para hacer uso del inodoro
Trasladarse	Se levanta y se acuesta, se incorpora y se sienta de manera independiente	Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones	Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse o ambos
Continencia	Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación	Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total o necesita control total o parcial por enema, sonda o uso reglado de orinales	Depende totalmente del pañal, sonda o colostomía
Alimentarse	Se alimenta sin ayuda, lleva la comida del plato u otro recipiente a la boca (se excluye cortar la carne o untar la mantequilla)	Necesita ayuda para comer o necesita ayuda para cortar carne o untar el pan	Es alimentado por otra persona, por sonda o vía parenteral

Clasificación

Dependencia Leve	No precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad
Dependencia Moderada	Requiere asistencia para más de un componente pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión
Dependencia Severa	Necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad

ANEXO 2



CUESTIONARIO: PRÁCTICAS PARA LA MANTENCIÓN DE LA SALUD BUCAL DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS Y CREENCIAS EN SALUD BUCAL

FECHA: ___/___/___ TIPO CUIDADOR: FORMAL (1) INFORMAL (2)

IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR

Edad del cuidador: _____ Género del cuidador: Masculino (1) Femenino (2)

Nivel de estudios del cuidador: _____

¿Cuánto tiempo lleva cuidando a un paciente adulto mayor postrado? _____

¿Ha recibido enseñanza o entrenamiento para el cuidado bucal del adulto mayor postrado? _____

¿Dónde? _____

PRÁCTICAS PARA LA MANTENCIÓN DE LA SALUD BUCAL DEL ADULTO MAYOR POSTRADO

- 1.** ¿Ha realizado **alguna vez** la higiene bucal en un adulto mayor postrado? SI (1) NO (2)
- Si responde SI, continúe con las siguientes preguntas.
- Si responde NO, continúe respondiendo en la pregunta 4

- 2.** Actualmente, ¿Con qué frecuencia ud. realiza la higiene bucal a el o los adultos mayores postrados que cuida?
- Nunca (1) Ocasionalmente (2) Lo he hecho, por lo menos una vez (3)
- Siempre que puedo (4) Una vez al día (5) Más de una vez al día (6)

- 3.** ¿Cuál o cuáles de los siguientes prácticas para el cuidado bucal ha realizado ud. **alguna vez** a un adulto mayor postrado?

	SI (1)	NO (2)
1. Cepillado de dientes con cepillo duro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cepillado de dientes con cepillo blando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cepillado de dientes con cepillo eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uso cepillo interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Uso de seda/cinta dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Uso de pasta de dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Limpieza de la boca con gasa/algodón húmedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Enjuagatorio bucal cosmético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Enjuagatorio bucal de clorhexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Enjuagarse con agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cepillado de las prótesis dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Enjuagar las prótesis dentales en agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Retiro las prótesis durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Guardar las prótesis en un vaso con agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Evito que ingiera alimentos o líquidos después de la higiene bucal nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Otra: _____		

- 4.** En su opinión, ¿Cuáles son los motivos que dificultan el cuidado bucal del adulto mayor postrado?

CREENCIAS EN SALUD BUCAL**(CUESTIONARIO DCBS-Sp)**

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No sabe	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Creo que son los mismos pacientes los que avisan cuando necesitan ayuda en el cuidado de su salud bucal	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
2	Si les cepillo los dientes y uso la seda dental correctamente, espero menos problemas dentales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
3	Creo que sé cómo se pueden tratar las diferentes enfermedades de la mucosa bucal	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
4	Creo que los productos fluorados son más apropiados para los niños	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
5	Creo que los dientes deberían durar toda la vida	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
6	Sólo los dentistas pueden prevenir las caries y las enfermedades de las encías	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
7	Creo que las caries pueden prevenirse	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
8	Si me hubieran dado entrenamiento en el cuidado de la salud bucal, sería capaz de realizar un mejor cuidado de la salud bucal	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
9	Si ambos padres tuvieron mala dentadura, el cepillado y el uso de seda dental no ayudará	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
10	Creo que las prótesis dentales no tienen que ser removidas durante la noche, a menos que el paciente lo quiera	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
11	Creo que sé cómo usar la seda dental correctamente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
12	No se puede evitar que las enfermedades y los medicamentos destruyan los dientes	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
13	Creo que usar seda dental puede ayudar a prevenir las enfermedades de las encías	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
14	Una vez que la enfermedad de las encías se ha iniciado, es casi imposible detenerla	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
15	Creo que sé cómo evitar la candidiasis oral	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
16	Si las encías sangran cuando usas la seda dental, por lo general significa que debes dejar de usarla	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
17	Creo que perder dientes es parte del envejecimiento normal	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
18	Incluso si realizas un buen cuidado de tus dientes, estos se van a caer en la medida que envejeczas	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
19	Creo que nuestros pacientes desean que les ofrezca ayuda para el cuidado bucal	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
20	Creo que visitar al dentista es sólo necesario cuando se siente dolor	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
21	Si conociera las manifestaciones de las enfermedades dentales, sería capaz de realizar un mejor cuidado bucal	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
22	Creo que el cuidado de las prótesis dentales es menos problemático que cuidar los dientes naturales	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
23	Creo que puedo eliminar en forma satisfactoria la mayoría de la placa para ayudar a prevenir las caries y las enfermedades de las encías	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
24	Creo que un método de cepillado es tan efectivo como cualquier otro	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
25	Creo que las enfermedades de las encías pueden prevenirse	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
26	Si las encías sangran cuando cepillas los dientes, por lo general significa que debes dejar de cepillarlos	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
27	Creo que nuestros pacientes comen mejor si ellos tienen una boca sana y limpia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
28	Creo que el cepillado de los dientes puede prevenir las caries	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

ANEXO 3

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Proyecto de Tesis: “Estudio Comparativo de las prácticas para la
mantención del cuidado bucal y creencias en salud bucal de
cuidadores de adultos mayores postrados domiciliarios e
institucionalizados”**

Fecha de Edición: 20 Mayo 2009

Al firmar este documento, voluntariamente, doy mi consentimiento para participar en una investigación realizada por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, acerca de las creencias en salud bucal y las prácticas para el cuidado bucal de adultos mayores postrados.

Para este fin, se he ha explicado que:

1. Deberé contestar un cuestionario sobre mis antecedentes, prácticas para el cuidado bucal de adultos mayores postrados y creencias en salud.
2. Para contestar este cuestionario requiero de al menos 20 minutos de tranquilidad para responder sus preguntas.
3. El cuestionario es de carácter anónimo, absolutamente confidencial y no entregará resultados individuales respecto a mi desempeño como cuidador, sino que brindará resultados generales únicamente utilizados con fines de investigación y docencia, sin fines de lucro.

Por mi condición de voluntario, entiendo que no recibiré ningún pago de dinero y que ni mi nombre ni datos personales jamás serán identificados públicamente.

Mediante mi firma, deajo constancia que he leído y comprendido los objetivos y características de esta investigación.

FIRMA ENTREVISTADO: _____

FIRMA ENTREVISTADOR: _____

FECHA: ___/___/___

ANEXO 4

TRIPTICO: HIGIENE BUCAL EN EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

ANEXO 5

GRÁFICOS DE APOYO

Gráfico 2: Distribución de la muestra según tipo cuidador y nivel educacional.

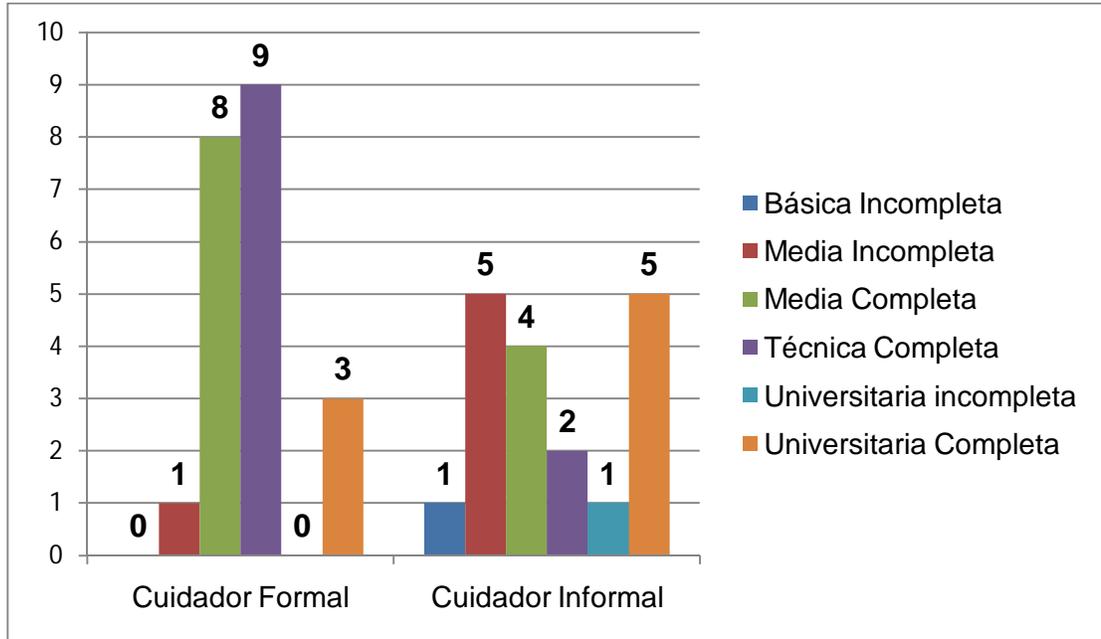


Gráfico 3: Distribución de la muestra según tipo de cuidador y años de experiencia como cuidador de un adulto mayor postrado.

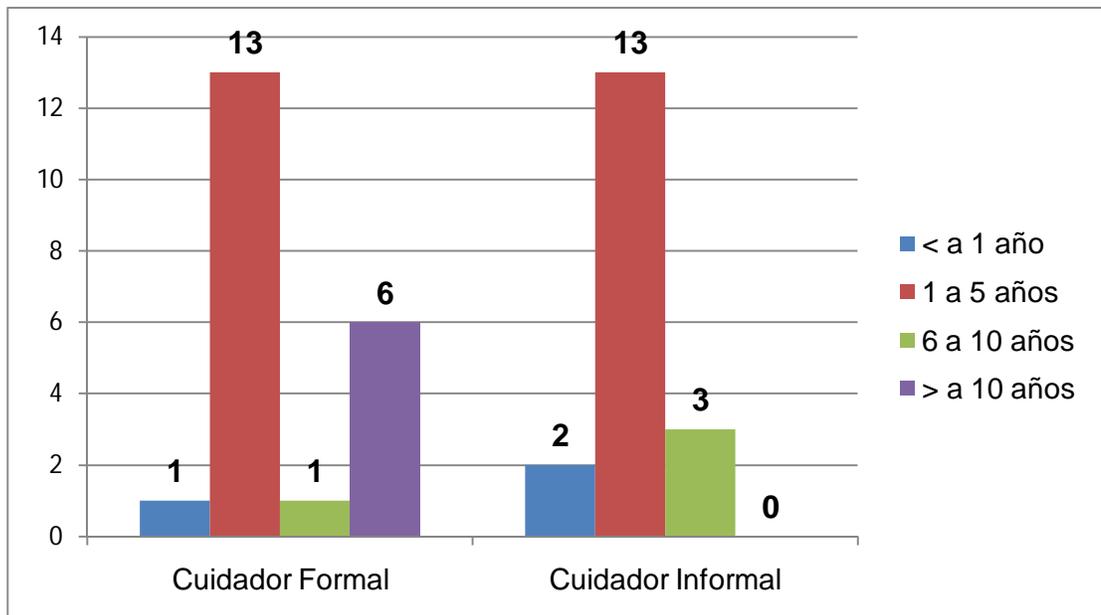


Gráfico 5: Frecuencia con que los cuidadores realizan la higiene bucal del adulto mayor postrado.

