



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL  
DIRECCIÓN DE EXTENSIÓN**

**ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE SALUD ORAL Y SU INFLUENCIA EN  
LA AUTOESTIMA DE PERSONAS MAYORES DE LA COMUNA DE  
VALLENAR.**

**Milenka Andrea Muñoz Iribarren**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE**

**CIRUJANA-DENTISTA**

**TUTORA PRINCIPAL**

**Prof. Dra. Marcela Farías Vergara**

**TUTOR EXPERTO**

**Prof. Bran Montiel Díaz**

**TUTORA ASOCIADA**

**Prof. Dra. Nataly Cajas Cajas**

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO código DIFO N° 2020 – 05: “Estrategias para el  
Fomento de la Salud Odontológica Comunitaria en Poblaciones con Menor  
Acceso a Educación y Atención en Chile”**

**Santiago – Chile**

**2023**





**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL  
DIRECCIÓN DE EXTENSIÓN**

**ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE SALUD ORAL Y SU INFLUENCIA EN  
LA AUTOESTIMA DE PERSONAS MAYORES DE LA COMUNA DE  
VALLENAR.**

**Milenka Andrea Muñoz Iribarren**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
CIRUJANA-DENTISTA**

**TUTORA PRINCIPAL**

**Prof. Dra. Marcela Farías Vergara**

**TUTOR EXPERTO**

**Prof. Bran Montiel Díaz**

**TUTORA ASOCIADA**

**Prof. Dra. Nataly Cajas Cajas**

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO código DIFO N° 2020 – 05: “Estrategias para el  
Fomento de la Salud Odontológica Comunitaria en Poblaciones con Menor  
Acceso a Educación y Atención en Chile”**

**Santiago – Chile**

**2023**

## **DEDICATORIA**

*A mi madre, por su amor, esfuerzo, generosidad y resiliencia.*

*A mi padre, por la estoicidad que lo caracteriza, me enseñó a ser más fuerte y tener disciplina.*

*A Dios por darme luz en cada mal momento de mi vida.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia, en especial a mis padres Ilse y Homero, que me apoyaron y contuvieron en los momentos malos y en los menos malos. Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades, a ser la persona que soy hoy, con mis principios y valores. Gracias por el sacrificio que hicieron en este largo proceso a mi lado, siempre se los agradeceré. A mis hermanos por su cariño y a mis sobrinos por la alegría que entregan a la familia.

A Fernando. Por su paciencia, su comprensión, su empeño, su fuerza y su amor. Debo pedirle perdón porque sufrió el impacto directo de las consecuencias del trabajo realizado. Gracias por su ayuda a alcanzar el equilibrio que me permite dar todo mi potencial. Nunca dejaré de estar agradecida por esto.

A mis tutores, Marcela Farías y Bran Montiel, por su vocación en el área de extensión y por guiarme en este largo y sinuoso camino finalizando mi carrera, con sus conocimientos, sabiduría y consejos me ayudaron a llegar a esta instancia.

A la Universidad de Chile, por tener un gran sentido social en sus pilares de formación académica, me permitieron darle más sentido a la salud comunitaria.

A cada persona que decidió atenderse conmigo, por su confianza y paciencia, que permitió forjar mis habilidades y competencias.

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	1
2. INTRODUCCIÓN .....	2
3. ANTECEDENTES .....	5
3.1 Salud en personas mayores .....	5
3.2 Composición de la red de salud y programas de salud oral en Chile para personas mayores .....	10
3.3 Personas mayores en Vallenar.....	13
4. MARCO TEÓRICO.....	16
4.1 Percepciones y construcción social del envejecimiento .....	16
4.2 Síndromes geriátricos.....	18
4.3 Autoestima en las personas mayores.....	20
4.4 El cuerpo social y físico .....	23
4.5 Salud oral y su relación con factores psicosociales.....	24
4.6 Cuerpo, belleza y sociedad en la construcción de autoestima .....	25
4.7 Acceso a salud oral e idea de derechos básicos en salud oral en Chile ..	28
4.8 Instituciones de salud en Chile .....	32
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	35
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS .....	37
7. METODOLOGÍA.....	38
7.1 Diseño metodológico .....	38
7.2 Muestra.....	39
7.3 Producción de información .....	41
7.4 Análisis de la información .....	42
7.5 Aspectos éticos .....	43
7.6 Precauciones COVID-19 .....	43
7.7 Criterios de rigurosidad.....	44
8. RESULTADOS .....	45
8.1 Definición de percepción en salud oral.....	46
8.2 Importancia en salud oral.....	51
8.3 Percepciones sobre el sistema de salud público dental.....	56
8.4 Entornos sociales y su vínculo con la percepción de la salud oral.....	59
8.6 Bienestar emocional y autoestima .....	67
9. DISCUSIÓN .....	69
10. CONCLUSIONES.....	88
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	91

12. ANEXO I. Consentimiento informado .....	113
13. ANEXO II. Pauta de preguntas para entrevista semiestructurada.....	115
14. ANEXO III. Red de relaciones entre códigos.....	118

## 1. RESUMEN

**Introducción:** El incremento progresivo de la proporción de personas mayores (PM) de 60 años es un fenómeno global y que por lo tanto también está sucediendo en Chile. Esto, sumado a las limitadas oportunidades de acceso a la atención odontológica para las PM, enfatiza la relevancia de esta problemática. La autoestima en las personas mayores desempeña un papel crucial en el proceso de envejecimiento positivo; no obstante, enfrentan desafíos derivados de la valoración social. Por lo tanto, resulta esencial cuestionar y desafiar los estigmas y percepciones negativas asociadas a la vejez en nuestra sociedad. La diversidad de realidades presentes en distintas comunas a lo largo del país debe ser reconocida para identificar sus particularidades y mejorar la salud oral. Bajo esta premisa, el propósito de la presente investigación radica en explorar las experiencias y percepciones acerca de la salud oral y su conexión con la autoestima en las PM de Vallenar.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo, inductivo y exploratorio. Se realizaron entrevistas con pauta semiestructurada de preguntas a PM de la comuna de Vallenar. Los insumos obtenidos se sometieron a un análisis de contenido como método para abordar la información obtenida.

**Resultados:** Las PM de la comuna de Vallenar, construyen su percepción sobre la salud oral a partir de las experiencias que vivieron en sus infancias y de las atenciones dentales pasadas. Aunque asignan una gran importancia a la salud oral, la mayoría de ellas la percibe de manera predominantemente negativa. Respecto a la autoestima, ésta se ve influenciada de manera directa con la percepción de su salud oral, es decir, en una percepción negativa, hay una autoestima baja. Mientras que, en una percepción positiva, se describe una autoestima alta. Existe un estigma social con respecto al envejecimiento, se percibe una connotación negativa relacionado con este. Mientras que se percibe una connotación positiva relacionado a la juventud y a una apariencia dental “perfecta”.

**Conclusión:** Este estudio permitió conocer los aspectos relevantes con relación a la percepción en salud oral y la autoestima en PM, además se determinó una relación entre los estigmas sociales y el envejecimiento y juventud.

## 2. INTRODUCCIÓN

La presente investigación nace destinada a explorar las diversas percepciones sobre la salud oral en un grupo de personas mayores de la comuna de Vallenar. A través de este análisis, se logró examinar cómo estas personas perciben su salud oral y si inciden en su autoestima, así como la importancia que le atribuyen. Además, mediante sus experiencias, se identificaron aspectos sociales que durante toda su vida fueron influyendo en cómo perciben hoy en día el llegar a la vejez, relacionado con la salud oral. Se subraya la relevancia de comprender particularidades locales que podrían integrarse en políticas de salud pública, brindando herramientas efectivas para abordar las problemáticas odontológicas de interés tanto para la comunidad como para el personal de salud.

Teniendo en consideración que la esencia de la vida social se encuentra en las relaciones o interacciones con familiares, vecinos, amigos, colegas y otras personas con las que la persona se siente conectada de alguna manera. A través de estas relaciones importantes, se produce un intercambio de información, afecto, apoyo, recursos o consejos, al mismo tiempo que se busca obtener respeto, retribución o lealtad (Gil y Schmidt, 2002).

Esta investigación centra su interés en el envejecimiento poblacional, que se ha convertido en un fenómeno característico de las sociedades desarrolladas en las últimas décadas. Junto a ello, y debido al paulatino mejoramiento de los estándares de vida de la población en general, es que dicha condición se ha convertido en parte también de la estructura piramidal de las demás regiones del mundo, incluyendo a Latinoamérica y el Caribe.

Actualmente a nivel mundial la población está envejeciendo. Entre 2015 y 2050, la porción de la población mundial con más de 60 años pasará de 900 millones a 2000 millones, lo que representa un aumento del 12 al 22%. Para el 2030, una de cada seis personas será mayores de 60 años (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2021). Asimismo, en Latinoamérica el 11% del total de la población de América Latina y El Caribe (ALC) tiene más de 60 años, en 2030 representará el 17% y en 2050, uno de cada cuatro habitantes en ALC será mayor de 60 años.

A nivel nacional existen 3.439.599 PM de 60 años, representando un 19,3% de la población total de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Esto también se ve reflejado debido a un aumento en la expectativa de vida en mayores de 60 años, disminución en la mortalidad en mayores de 60 años y la baja natalidad por la que está pasando el país.

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, convocada por la ONU en 1982, consideró como adulta mayor a aquella persona cuya edad oscila entre 60-80 años, y al mayor de 80 años lo clasificó como anciano (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1989). En la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos de las Personas Mayores (CIDHPM) del año 2015 define en su artículo 2º, como “Persona mayor”, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015). Este cambio de término entre adulto mayor por persona mayor se realizó como una forma de no discriminación, ya que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo o asociarlo a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez. Es por esto que en la presente investigación se utilizará esta definición para hablar de persona mayor (PM).

La autoestima en las PM es importante para un envejecimiento exitoso, este es un factor clave en el desarrollo de dimensiones tanto emocional, cognitivo como práctico, y afecta significativamente todas las áreas de la vida. Las PM se encuentran en situaciones en las que se ven perjudicadas física, social y culturalmente, ya que la sociedad les otorga una mayor valoración a ámbitos asociados a la belleza juvenil y una menor apreciación de la experiencia y la sabiduría como valores de la vejez (Ortiz y Castro, 2009).

Diversos estudios han relacionado la salud oral con la autoestima de las personas. Las enfermedades y condiciones orales no solo afectan la salud bucal, sino que también pueden debilitar la autoimagen y la autoestima de una persona. Este impacto negativo se extiende a la interacción social, generando problemas de salud adicionales, estrés crónico y depresión (Bennadi y Redy, 2013), (Donnelly y MacEntee 2012). Además, estas afecciones pueden interferir entre otras

funciones, con el habla, las actividades diarias y las interacciones familiares de las PM (León y Giacaman, 2016).

Es, en dicho escenario que se analizó en profundidad la percepción de las PM que tienen respecto a su salud oral y su vinculación con la autoestima, en la comuna de Vallenar. Considerando que la mayoría de los aspectos de la salud son de naturaleza social, el concepto de salud -enfermedad se encuentra asociado a creencias y valoraciones, las cuales se van construyendo socialmente mediante experiencias individuales y colectivas por quienes participan en la sociedad, de una manera dinámica a través del tiempo.

### **3. ANTECEDENTES**

#### **3.1 Salud en personas mayores**

La vida es un proceso de crecimiento constante, el cual se va formando por experiencias y relaciones que van modificando la percepción en cada etapa de la vida, como consecuencia de un proceso de desarrollo durante la vida (Dulcey y Uribe, 2002). Con respecto a las PM, se debe recordar que ellas, como todos, necesitan independencia, desarrollo personal, participación, dignidad y cuidado (Rodríguez, 2008).

El mundo sin dudas está viviendo un envejecimiento poblacional debido al aumento considerable de la expectativa de vida, pudiéndose explicar esto debido a tres factores: disminución de la mortalidad antes de los 60 años (crecimiento de la probabilidad de sobrevivir a la edad de 60 años), disminución de la mortalidad de los 60 años en adelante (crecimiento de la esperanza de vida a la edad de 60 años) y de las tasas de natalidad en el período en que ellos nacieron (Palloni y cols., 2002).

Entre 2015 y 2050, la parte de la población mundial con más de 60 años pasará de 900 millones a 2000 millones, lo que representa un aumento del 12 al 22%. Se estima que para el 2030, una de cada seis personas será mayores de 60 años (ONU, 2019).

El 11% del total de la población de América Latina y El Caribe (ALC) tiene más de 60 años, en 2030 representará el 17% y en 2050, uno de cada cuatro habitantes en ALC será mayor de 60 años (Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores, 2019).

Según un informe de “Perspectivas de la población Mundial 2019”, en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años. En 2018, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo (ONU, 2019).

En el contexto específico de Chile, se destaca un notable incremento en la

población mayor, un fenómeno demográfico que adquiere especial relevancia en la actualidad. La población chilena ha experimentado una aceleración sin precedentes de envejecimiento. Según los datos entregados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del 2017, existen 3.439.599 personas mayores de 60 años, lo que representa un 19,3% de la población (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Para 2050 se proyecta que el grupo de los mayores de 64 años crecerá en más de 3 millones con respecto a la situación actual. Además, no solo aumentará la población mayor a 64 años, sino que también se modificará la estructura al interior de ese grupo de edad, elevándose el número de personas de 80 y más años. Para 2050 se espera que la cantidad de personas mayores ascienda a 32.1% del total de la población (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2018).

Debido a esto el país se encamina a una etapa muy avanzada de envejecimiento poblacional, que se explica, principalmente, por el aumento de la esperanza de vida (que superaría los 85 años en 2050), la reducción de la mortalidad en edades jóvenes y el descenso de la fecundidad (la tasa global de fecundidad alcanzaría los 1,67 hijos(as) por mujer en 2050, lejos del nivel de reemplazo generacional, que es de 2,1 hijos(as) por mujer (INE, 2022).

Estos cambios demográficos podrían ser explicados por los mismos fenómenos que ocurren en el mundo. La disminución de más de 3 veces en la mortalidad infantil (de 23,4 por mil nacidos vivos en 1982 a 7,0 en 2016). En adición, factores como la mortalidad prematura (45-59 años) y la mortalidad en mayores de 60 años ha experimentado también una clara disminución (Albala, 2020).

Por otra parte, se ha producido una disminución muy rápida de la tasa de natalidad, que bajó de 23,9 por 1000 habitantes en 1982 y a 12,8 en 2016. Junto con ello, la tasa global de fecundidad bajó de 3,1 hijos promedio por mujer en 1982 a solo 1,7 en 2016. La disminución de la mortalidad y de la fecundidad han significado un descenso de la tasa de crecimiento de la población de 1,2% anual en 2002 a 1,0% en 2017 (Albala, 2020).

En este contexto de crecimiento demográfico de la población mayor en Chile, se

evidencia la importancia crucial de abordar la salud oral como un componente integral, dado que la calidad de vida en esta etapa está intrínsecamente ligada a un adecuado cuidado bucal (Díaz y cols., 2012).

Ante la inminente transformación demográfica que está sucediendo, y al creciente reconocimiento a nivel mundial de la importancia de las personas mayores para el desarrollo de políticas públicas (Tsakos, 2011), es que se hace urgente reconocer la necesidad de adaptar nuestras estructuras de atención de salud y no solo eso, sino que también sistemas de pensiones y redes de protección social debido a este fenómeno. La comprensión de estas cifras insta a la reflexión y al compromiso de construir un entorno que responda de manera efectiva a las necesidades cambiantes de nuestra población. Es importante reconocer las particularidades para poder abordar estrategias intersectoriales y transdisciplinarias que aporten a afrontar las necesidades y promover estrategias preventivas en diversas dimensiones.

En las PM, la forma en la que se expresan algunas enfermedades no es igual que durante la etapa adulta. A las enfermedades que se expresan de forma atípica y que son de alta frecuencia en PM se les denominan síndromes geriátricos. Estos son la fragilidad, inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo (Millan y cols., 2023).

Estos cinco grandes síndromes son prácticamente inherentes en la etapa mayor, por lo que deben considerarse sus relaciones con la salud oral. Las alteraciones en las funciones motoras pueden obstaculizar la capacidad de realizar una higiene oral adecuada en las PM o cambios en la dieta provocados por un deterioro en salud oral puede provocar desnutrición, aumentando las posibilidades de presentar fragilidad (Velázquez y cols., 2018). Dada la relevancia de estos cambios en la salud de las personas mayores, es crucial ajustar las estrategias de promoción de la salud oral y la atención odontológica según sus necesidades. Esto permitirá ofrecer intervenciones contextualizadas y de mayor calidad para el bienestar de esta población.

La salud oral es de gran importancia en la población chilena, tanto por la

prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida (Ministerio de Salud [MINSAL], 2015a).

Esta importancia se ve reflejada en distintas áreas, por ejemplo, en la masticación. En la boca se produce la selección, mezcla y humectación del alimento con la saliva, mientras éste es triturado mecánicamente por masticación, facilitando la deglución, ingestión y absorción de los alimentos (Carbajal, 2013).

La revisión de estudios existentes ha revelado que individuos con una pérdida significativa de dientes tienden a reducir su consumo de alimentos más densos, los cuales constituyen una fuente crucial de vitaminas, minerales, fibra y proteínas (Rodrigues y cols., 2012).

Todas estas funciones de la salud oral pueden verse afectados, por enfermedades orales, las más frecuentes en personas mayores son las caries dentales, en especial caries radiculares, ya que su incidencia es casi el doble de las que presentan las personas adultas, enfermedad periodontal y por consiguiente pérdida dental, cáncer oral y xerostomía (Laplace y cols., 2013).

Los problemas bucales no solo impactan la función física, sino que también ejercen una influencia significativa en aspectos de la esfera psicosocial. La capacidad de hablar, sonreír y socializar se ve limitada por las condiciones bucales adversas, generando repercusiones más allá de lo meramente físico. Estos desafíos pueden llevar a dificultades en la comunicación, afectar la expresión facial y tener un impacto directo en la capacidad de interactuar socialmente de manera plena y satisfactoria (León y Giacaman, 2016).

La 1ª Encuesta Nacional de Salud 2003 de MINSAL determinó que 1 de cada 3 personas mayores habían perdido todos los dientes. La 3ª Encuesta Nacional de Salud 2016-17 informa que el 65,8% de las PM usa prótesis dental. Las consecuencias de perder los dientes representan marcadas inequidades sociales en salud, debido a que las limitaciones para masticar, hablar y socializar impactan especialmente a las personas mayores y de una posición socioeconómica baja

(Encuesta Nacional de Salud [ENS], 2017).

La salud oral además cumple una función social muy importante, la cual permite reír, conversar, conectarnos con los demás, demostrar nuestras emociones, ser una herramienta fundamental para la participación social y por ende para el ejercicio de los derechos de las personas. Donnelly y MacEntee (2012) concluyeron que la autoimagen del estado dental puede afectar la autoestima, lo que a su vez conduce a una pérdida de interés en las actividades sociales. Es decir, las malas condiciones de salud oral contribuyen negativamente al bienestar social de esta población.

En este mismo sentido, un estudio descriptivo concluyó que el nivel de autoestima promedio se encuentra estrechamente relacionado con la higiene oral deficiente en las PM estudiadas en Santiago de Cuba (Pérez y cols., 2019). En esta perspectiva se comprende el impacto de la autoestima en el bienestar oral de las PM.

A su vez, también se ha estudiado la relación entre el aislamiento social y soledad con la salud mental en PM. Autores como Vicente y Sánchez (2020) concluyeron que el aislamiento social y soledad<sup>1</sup> se asocian con una mayor depresión, específicamente la soledad predice la depresión, también afectan la calidad del sueño y la mortalidad. Por el contrario, tener una red social aumenta la motivación y provoca un estado psicológico agradable que regula la respuesta neuroendocrina ante el estrés (Vicente y Sánchez, 2020). Es en relación con lo anterior que la importancia de la salud oral cobra relevancia para la participación social. Dado que un deterioro en salud oral puede provocar un desinterés en la participación social y que el aislamiento social se vincula con la depresión y la mortalidad en las PM, mantener una buena salud oral podría contribuir a reducir los síntomas depresivos en ellas.

---

<sup>1</sup> "El aislamiento social se define como una ausencia objetiva de relaciones o contactos sociales y la soledad como la experiencia subjetiva que se siente al valorar esas relaciones o contactos sociales como insuficiente en cantidad y/o calidad" (Vicente y Sánchez, 2020).

### **3.2 Composición de la red de salud y programas de salud oral en Chile para personas mayores**

Como es sabido, Chile está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y uno privado compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (Superintendencia de Salud, 2021a). También existe el sistema Previsional de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile (Subsecretaria de Previsión social, 2016).

Las PM pueden ser FONASA si así lo desean, solamente es necesario estar inscrito en el sistema, y según el grupo de clasificación podrá ser tramo A, B, C o D (dependiendo del ingreso mensual de la persona). Al cumplir 60 años, las personas pasan a tener gratuidad en todas las atenciones de salud que entrega la Modalidad de Atención Institucional (Red de Atención Preferente) del Sistema Público de Salud, independientemente del tramo de ingreso (Superintendencia de Salud, 2021a).

Mientras que en ISAPRE debe tener contratado un plan de salud acorde a los riesgos individuales de cada persona y a su vez determinado por el precio base de cada ISAPRE (Superintendencia de salud, 2008).

En cuanto a los programas actuales de salud oral en Chile, se han adaptado estrategias para responder al cambio demográfico global. En 2020, el Gobierno de Chile lanzó el Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030. En este plan existe un objetivo que indica “Aumentar cobertura de prestaciones de salud Oral para Personas Mayores”, esto solo respalda con más fuerza que debería existir una cobertura universal en atención oral en personas mayores (MINSAL, 2021).

Los programas que actualmente cubren el rango etario en PM son el Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS) (que incluye el Programa Más Sonrisas Para Chile y Programa Odontológico Integral de Altas Odontológicas en Hombres de 20 años y más), Mejoramiento de Acceso a Atención Odontológica en

Población Adulta, GES Urgencias Odontológicas Ambulatoria y GES Atención odontológica Integral Adulto de 60 años (MINSAL, 2018). Aunque el único que va destinado únicamente a las PM es el Ges odontológico de 60 años.

El Programa Odontológico Integral de Altas Odontológicas en Hombres de 20 años y más (ex hombres de escasos recursos) se instauró en 2013. Está diseñado para aquellos que son beneficiarios legales de Fonasa o PRAIS y tienen 20 años o más. Asimismo, se dirige a aquellos que forman parte del registro de Chile Solidario o Seguridades y Oportunidades del Ministerio de Desarrollo Social. Se da prioridad en esta atención a aquellos que están incluidos en las listas de espera locales. Aquí se ofrece una alta integral básica, restauraciones, extracciones y detartrajes (Servicio de Salud Metropolitano Norte [SSMN], 2016). Para el 2019, se registraron 2.476 altas integrales para PM en todo el país dentro del marco de este programa en la red de Atención Primaria en Salud. Para ese año, había 706.713 hombres mayores de 65 años en FONASA, quienes teóricamente podrían haberse beneficiado de este programa en los centros de APS. Esto representa solo un 0.35% del total, reflejando la baja cobertura en PM (Carrasco, 2022).

En 2014 surge la estrategia Más Sonrisas para Chile, el cual adopta un enfoque de género, brindando a las mujeres la oportunidad de recibir atención odontológica integral, cuyas beneficiarias son mujeres mayores de 15 años, pertenecientes a FONASA y/o PRAIS (MINSAL, 2017). Esto abarca consultas preventivas que incluyen el diagnóstico de la salud bucal, prácticas de higiene y la provisión de kits de aseo. Además, se ofrece educación mediante exámenes dentales, así como tratamientos rehabilitadores, que abarcan desde prótesis dentales removibles hasta restauraciones, extracciones y radiografías (MINSAL, 2015b). En 2019, se registraron 15.942 altas integrales de PM a nivel nacional en la red de Atención Primaria en Salud como parte de este programa. Para ese año, había 835.761 mujeres mayores de 65 años en FONASA, quienes teóricamente podrían haber accedido a este programa en centros de APS, esto representa una cobertura a nivel nacional del 1,90% para este grupo de edad, reflejando, al igual que el programa anterior, la baja cobertura para este grupo etario (Carrasco, 2022).

El GES de Salud Oral Integral para personas de 60 años se da inicio en 2007. El

objetivo es mejorar la salud bucodental de la población adulta, y así contribuir a enfrentar la etapa de persona mayor en mejores condiciones. Cada individuo que cumpla 60 años tendrá derecho a recibir tratamiento, el cual debe comenzar en un plazo de 90 días a partir de la solicitud de atención, la cual debe realizarse mientras la persona tenga 60 años (MINSAL, 2019). Esta garantía permite realizar prestaciones odontológicas que buscan educar en salud oral, prevenir enfermedades bucodentales, además de recuperar y rehabilitar los daños presentes en la cavidad oral. Dicha atención tiene como objetivo mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a los beneficiarios legales del Sistema de Salud que tienen 60 años tanto del seguro público como del privado, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar la pérdida de dientes mediante el uso de prótesis. El programa incluye el examen y diagnóstico de salud bucal, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo rehabilitación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removibles si corresponde (MINSAL, 2015).

En el año 2019, la población beneficiaria de FONASA de 60 años fue de 168.762 personas, lo que representó el 82,5% de la población censal proyectada por el INE para el mismo año. En el sector público de salud, el total de "Altas integrales" fue de 38.472 en 2019, lo que resultó en una cobertura estimada del programa GES 60 a nivel nacional del 22,8%. Por lo tanto, 130.290 beneficiarios de FONASA de 60 años no utilizaron su garantía GES (Danke y cols., 2022). Respecto a la Región de Atacama, éste tuvo una cobertura de 18,18% en 2019, es decir, la cobertura a nivel regional es aún más bajo que a nivel nacional (Carrasco, 2022). La escasa cobertura resulta preocupante, especialmente considerando la elevada incidencia de patologías bucales en este segmento de la población, como la enfermedad periodontal, caries, pérdida de dientes y lesiones en la mucosa oral (Morales y cols., 2020).

Las personas que cuentan con afiliación a instituciones de seguridad social de las Fuerzas Armadas y Carabineros, como Dipreca o Capredena, no tienen la posibilidad de acceder al GES, ya que fueron excluidas de esta cobertura por la

ley (Subsecretaría de Previsión Social, 2015).

A pesar del elevado riesgo que enfrentan las personas mayores de padecer enfermedades orales, la realidad actual no refleja la expectativa de acceso a diversos programas que brinden atención odontológica especializada para este grupo. Esto es insuficiente: no hay programa alguno que cubra la atención odontológica en personas desde los 60 años en adelante y que haga un acompañamiento a lo largo de su vida cuando requieran rehabilitación oportuna. La mayor expectativa de vida de la población y la carencia de cobertura odontológica actual hará que aumenten las desigualdades entre los distintos grupos etarios. El Estado tiene así el desafío de implementar políticas públicas para acortar las brechas de acceso y beneficios entre la población mayor y los más jóvenes (León y Giacaman, 2016).

### **3.3 Personas mayores en Vallenar.**

Como se mencionó anteriormente, el interés de la investigación se focaliza en las percepciones en salud oral y su relación con la autoestima con personas de la comuna de Vallenar. Se caracterizará de manera sociodemográfica este lugar de estudio que no ha quedado exenta en este cambio de conformación poblacional. Esta comuna se encuentra en el fondo del cajón del Río Huasco, pertenece a la III región de Atacama, provincia del Huasco y de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2017, posee un total de 51.917 habitantes, de los cuales 25.422 son hombres y 26.495 son mujeres (Biblioteca del Congreso Nacional [BCN], 2017).

Según el CENSO del 2017, la cantidad de personas mayores de 60 años en Vallenar al año 2017 eran de 8.958, que corresponde al 17,2% de la población total de la comuna (INE, 2017). Sin embargo, la categoría con mayor concentración de población se encuentra en el rango de 45 a 64 años, tal como se muestra en la tabla 1, que refleja la cantidad de personas según rango de edad y el porcentaje correspondiente (Centro de Información de Recursos Naturales [CIREN], 2022).

Tabla 1. Distribución de la población de Vallenar por rangos de edad.

<b>Rango de edad</b>	<b>Total</b>	<b>Distribución por grupos de edad (%)</b>
0 – 14	11.825	23
15 - 29	10.783	21
30 – 44	10.197	20
45 – 64	12.714	24
64 o más años	6.371	12

*Nota:* Elaborado a partir de CIREN, Características demográficas y socioeconómicas de la comuna de Vallenar, 2022.

A nivel comunal, la disminución de la tasa de mortalidad, de fecundidad y de natalidad asociado a la mayor expectativa de vida ha determinado un aumento de la población mayor de 20 años, una paulatina y sostenida disminución de los grupos de edades menores y un incremento gradual de los mayores de 60 años, denotando el envejecimiento poblacional y un proceso de transición demográfica al igual como el que se vive a nivel nacional (Secretaría Regional Ministerial de Salud, 2010).

Vallenar cuenta con 5 Postas de Salud Rural (PSR), 4 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 4 Laboratorios clínicos o dentales, 3 Centros de Salud, 2 Centros de diálisis, 2 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 1 Clínica y 1 Hospital de mediana complejidad (Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2019)

Para el 2021, la cantidad de personas inscritas en el Fondo Nacional de Salud en

la comuna de Vallenar son 42.599 (Sistema Nacional de Información Municipal, 2021), lo que indica que el 82% de la población comunal pertenece al servicio de salud pública, en comparación a nivel nacional que es el 78% (División de Desarrollo Institucional, 2020).

Desde 2016 en Vallenar existe la Oficina Provincial de Salud del adulto mayor, que se encarga de desarrollar planes, programas y acciones enfocados a las Personas Mayores de los estratos socioeconómicos medios-bajos, ayudándolos a través de actividades que favorezcan su autocuidado y autoestima.

Los programas en salud oral se basan principalmente en las políticas públicas existentes a nivel nacional: Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS) (que incluye el Programa Más Sonrisas Para Chile y Programa Odontológico Integral de Altas Odontológicas en Hombres de 20 años y más), Mejoramiento de Acceso a Atención Odontológica en Población Adulta, Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa GES Urgencias Odontológicas Ambulatoria y GES Atención odontológica Integral Adulto de 60 años. Estos cuatro últimos programas, no son específicos para este grupo etario, pero se incluyen en estos (MINSAL, 2018).

A partir de las consultas e indagación de antecedentes, se asume preliminarmente que, a nivel comunal, no existen estudios que aborden las percepciones en salud oral de las PM, ni sus posibles relaciones con la autoestima. Esta falta de conocimiento plantea una necesidad de explorar las diversas dimensiones que inciden en ellas y comprender qué aspectos contribuyen su autopercepción. Para entender sobre cómo las PM de esta pequeña comuna perciben sus experiencias y construyen su realidad social, resulta fundamental aproximarse a los conceptos que los definen.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Percepciones y construcción social del envejecimiento**

Los antecedentes nos introducen a un entorno en el cual la percepción emerge como un elemento crucial en la vida de las PM. Explorar los aspectos teóricos vinculados al entorno de las PM en la sociedad resulta esencial para comprender de manera más profunda su situación y discernir la función social que desempeña este grupo.

La percepción se refiere al proceso cognitivo de la conciencia, que abarca el reconocimiento, interpretación y asignación de significado para formular juicios sobre las sensaciones provenientes del entorno físico y social (Vargas, 1994). Este proceso implica la participación de otros procesos como el aprendizaje a través de experiencias vividas, la memoria y la simbolización. A su vez, participan mecanismos vivenciales que abarcan tanto el ámbito consciente como el inconsciente de la psique humana (Vargas, 1994).

Para entender cómo las percepciones se van creando en la sociedad, es necesario describir la construcción social. Para Berger y Luckmann (1967), su enfoque se centra en la vida cotidiana, donde la realidad se construye socialmente a través de significados compartidos. Argumentando que los sujetos construyen la sociedad, que a su vez se convierte en una realidad objetiva, y viceversa. La subjetividad se entiende como un fenómeno que revela un universo de significados construido colectivamente, es decir, la realidad se construye socialmente. La intersubjetividad no se limita al encuentro cara a cara, sino que abarca todas las dimensiones sociales. Proponen el tránsito de lo individual a lo social, de lo natural a lo histórico, y de lo originario a lo cotidiano (Berger y Luckmann, 1967). También mencionan lo fundamental del lenguaje, siendo el medio básico para objetivar la realidad. En su libro, Berger y Luckmann (1967) describen: "La sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social" (Berger y Luckmann, 1967, p.82).

La comprensión sobre la construcción social se revela como un componente

esencial que se relaciona con las percepciones en la sociedad, destacando la interacción constante entre individuos y entorno. En este contexto, la construcción social se lleva a cabo a través de las interacciones que la PM tiene con su entorno. La construcción de la realidad se logra asignando significados a elementos que carecen de un significado particular, pero que evocan sensaciones específicas debido a la capacidad humana de percibir e interpretar. Así, lo subjetivo se transforma en parte integral de la realidad objetiva (Ibáñez, 2001).

Para vislumbrar de mejor manera las percepciones respecto a la vejez, se debe abarcar primero el proceso de envejecimiento. La OMS describe que el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2021a).

Hay autores que resaltan que: “El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades” (Leiton y Ordoñez, 2013, p. 21).

Ahora, respecto a la imagen de la vejez, ésta tiene no solo un componente biológico, sino que también un componente psicosocial relacionado con el estereotipo actual, orientado hacia la juventud, al cultivo de la salud corporal para sentirse joven, verse joven. Nadie quiere llegar al concepto de vejez, porque se aleja de la juventud y se acerca a la muerte; este estigma con el que se carga al llegar a la vejez genera en las personas mayores una tendencia a alejarse de la sociedad, a ocultarse y aislarse de los cuerpos perfectos, pues la vejez se convierte en una enfermedad incurable (Oddone, 2001).

Al tratar de conocer la percepción que se tiene de las PM, se reconoce que la sociedad consumista induce a la idea de que todo gira en torno a personas jóvenes, dinámicas y triunfadoras. Por esta razón, a menudo se busca enmascarar el paso de los años, considerándolo más como una vergüenza que como un logro

de la vida. Se olvida que aquellos que llegan a la edad avanzada han superado diversas adversidades físicas y morales; por lo tanto, desean aprovechar plenamente esa experiencia, merecedora de celebración. La tendencia a esconder a las personas mayores muy deterioradas o a apartarlas en residencias busca evitar, de esta manera, la "contaminación" percibida asociada a la vejez. La modernización de la sociedad occidental conlleva una restricción en la participación de este sector de la población (Rodríguez, 2008).

La juventud chilena tiene una predisposición de representaciones negativas generalizadas asociadas al envejecimiento, esto podría estar influyendo en las percepciones de bienestar de las PM presentes y futuras, cobrando relevancia en un escenario de envejecimiento poblacional creciente y aumento de la expectativa de vida como ya se ha mencionado (Arnold y cols., 2007). Por ende, cobra importancia la consideración de los estigmas sociales ligados al envejecimiento y su impacto en las percepciones de las personas mayores, en un contexto cultural que privilegia la juventud, relegando a la vejez a una connotación negativa.

Partiendo de ese punto, es que se optó por explorar cómo han ido las PM construyendo sus conceptos e ideas a lo largo de su vida hasta la actualidad, influido por sus experiencias, cultura e ideología y cómo ha repercutido en la forma en que ven la vida durante esta etapa mayor.

#### **4.2 Síndromes geriátricos**

Antes de entrar de lleno al tema de la autoestima, primero se profundizará sobre los síndromes geriátricos y salud oral. Es indiscutible que a medida que pasan los años, las condiciones en salud de las personas también evolucionan, después de alcanzar los 60 años, existe un aumento en los índices de discapacidad y mortalidad, atribuibles a la pérdida de capacidades auditivas, visuales y de movilidad asociadas al envejecimiento, así como a enfermedades no transmisibles como las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, entre otras (OMS, 2015). A continuación, se mencionan características que aparecen en el proceso del envejecimiento.

Como se mencionó anteriormente, existen cinco síndromes geriátricos. En cuanto a la inestabilidad y caídas, aunque no todas las PM experimentan cambios en su mecánica de marcha, el deterioro físico propio del envejecimiento o incluso la prudencia que el temor a caer despierta en las PM hace que éstos sean frecuentes y de muy diversa índole; la frecuencia de caídas incrementa con la edad, volviéndose más frecuentes y con consecuencias más graves después de los 85 años. Este riesgo se cuadruplica si la persona reside en una casa de retiro; la mitad de las personas mayores que experimentan caídas lo hacen de manera recurrente (Martínez y cols., 2020).

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina en al menos seis ocasiones durante el año, incluyendo goteo inducido por estrés o urgencia. Se clasifica en leve, moderada y severa según la cantidad y frecuencia de la pérdida. Aunque es común en PM y su prevalencia aumenta con la edad, no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento. El proceso de envejecimiento conlleva cambios en la vejiga y estructuras pélvicas, contribuyendo a disfunciones en las vías urinarias bajas y afectando el funcionamiento vesical (Millan y cols., 2023).

El deterioro cognitivo se caracteriza por la pérdida o reducción, temporal o permanente, de funciones mentales superiores en personas que previamente las mantenían intactas. Sus consecuencias, especialmente en etapas avanzadas, abarcan ansiedad, depresión, insomnio, caídas, inmovilidad, incontinencia, mayor riesgo de infecciones, aislamiento social, dependencia en actividades diarias, cambios en el carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador, alto uso de recursos sociosanitarios e institucionalización (Millan y cols., 2023).

El síndrome de fragilidad ha sido ampliamente estudiado por la investigadora Linda Fried, en su estudio, estableció la fragilidad basándose en la presencia de los criterios siguientes: fatiga crónica según el propio informe, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad al caminar y pérdida de peso (Fried y cols., 2001). El individuo se considera frágil si presencia al menos 3 criterios, la persona es pre frágil si presencia 1 o 2 criterios y es robusto si no presenta

ninguno de estos criterios (Fried y cols., 2011). La fragilidad refleja la disfunción multisistémica, permitiendo que los individuos transiten entre diversos estados de gravedad (Dent y cols., 2016).

Por otro lado, la inmovilidad es una de las más graves consecuencias de las enfermedades que puede sufrir la PM. Ulloa y cols. (2019) determinaron que se da más en pacientes femeninos. Las complicaciones que predominaron son a nivel de sistemas digestivos, respiratorio, cardiovascular y la piel (Ulloa y cols., 2019).

Después de entender en qué consisten estos síndromes, se comprende por qué éstos pueden contribuir a problemas de salud oral, ya que pueden agravar el síndrome geriátrico al afectar la nutrición, la comunicación y la calidad de vida, debido a que las limitaciones en las funciones motoras pueden interferir con la capacidad para mantener una higiene oral adecuada en la población mayor. Además, los cambios en la alimentación derivados de problemas de salud bucal pueden resultar en desnutrición, incrementando el riesgo de fragilidad (Velázquez y cols., 2018), aumentando la probabilidad de padecer discapacidad y dependencia si son expuestos a situaciones estresantes como una enfermedad aguda o una agravación de una enfermedad crónica (Montaña, 2010).

También, la incontinencia urinaria, puede afectar la autoestima, provocar aislamiento social o dependencia (Gómez, 2005). Dada la relevancia de estos efectos en la salud de las PM, es crucial ajustar las estrategias de promoción de la salud oral y la atención odontológica para satisfacer sus necesidades particulares.

### **4.3 Autoestima en las personas mayores**

Ahora, para abordar la complejidad del envejecimiento y su relación con la autoestima, resultó imperativo acercarse a una conceptualización sólida que sirva como guía durante el trayecto de la investigación.

A pesar de la extensa investigación en psicología, la definición de autoestima carece de consenso debido a su complejidad. No obstante, en la literatura se encuentran diversas aproximaciones a este concepto que buscan abordar su

complejidad. Una definición de una autoestima saludable implica confiar en uno mismo, en nuestros principios y en nuestra valía para alcanzar la propia felicidad. Se trata de generar motivación interna para revelar nuestra auténtica naturaleza. Estos aspectos ejercen una notable influencia en nuestras acciones, determinando cómo nos desenvolvemos y percibimos el mundo (Branden, 1995).

Asimismo, la autoestima es considerada como la valoración que se tiene de sí mismo, involucra emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes que la persona recoge en su vida (Mejía, y cols., 2011).

Según Bonet (1997), la autoestima es un concepto de múltiples dimensiones que comprende “las seis ‘A’ de la autoestima”:

1. Aprecio de uno mismo.
2. Aceptación tolerante de sus limitaciones, debilidades, errores y fracasos, reconociendo serenamente los aspectos desagradables de su personalidad.
3. Afecto, actitud positiva hacia sí mismo, de tal manera que se encuentre bien consigo mismo, dentro de su piel.
4. Atención y cuidado de sus necesidades reales, tanto físicas como psíquicas.
5. Autoconsciencia, es decir, darse cuenta del propio mundo interior y escucharse a sí mismo amistosamente.
6. Apertura, actitud abierta y atenta al otro, reconociendo su existencia y afirmándolo, lo cual parte del reconocimiento de que no podemos vivir en forma aislada e independiente de los demás.

Es importante explorar cómo se traduce la autoestima en el bienestar y la salud de las personas. Según Ortiz y Castro (2009) la autoestima es un indicador de salud y bienestar importante en esta etapa del ciclo vital. Se define como un sentimiento, o una actitud, ya sea positivo o negativo, hacia la propia persona, basada en la evaluación que realiza de sus propias características y que también incluye

sentimientos de satisfacción consigo mismo. La modificación de las funciones sociales ocasionada por la jubilación, por la percepción que tienen las propias personas mayores y también por la percepción que se tiene de este nivel de edad por parte de la sociedad, provocan que la consistencia interna del concepto de sí mismo, resulte perturbada.

Como se dijo anteriormente, la salud es un “completo bienestar físico, social y mental”, parece evidente entonces que la autoestima juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de este estado de completo bienestar físico, mental y social.

También existe una relación entre la autoestima y el bienestar con los trastornos de la cavidad oral. Se menciona que las enfermedades y condiciones orales pueden debilitar la imagen propia y la autoestima, decayendo la interacción social normal (Bennadi y Redy, 2013).

Tal como lo explicó Pérez y cols., (2019), el nivel de autoestima promedio se encuentra estrechamente relacionado con la higiene oral deficiente en las PM. Por lo tanto, es imperativo prestar especial atención en la evaluación integral de las PM, considerando su potencial influencia en el estado de salud oral (Pérez y cols., 2019), se destaca la necesidad de abordar los factores psicológicos, reconociendo la posible influencia de la autoestima y la salud oral en ellas.

De lo anterior, se destaca la autoestima como un indicador crucial de salud y bienestar en la etapa del envejecimiento. En resumen, se constituyen contribuciones fundamentales para entender el sentido de la importancia de la autoestima planteado en esta investigación. Se destaca una estrecha relación entre la salud oral y la autoestima en personas mayores, evidenciando que las enfermedades orales no solo impactan la salud física, sino que también tienen repercusiones significativas en la percepción personal y la autoestima. Se subraya la importancia de considerar la salud oral como un factor integral en la calidad de vida de las personas mayores, con implicaciones directas en su bienestar emocional y social.

La autoestima en las PM tiene también una estrecha relación con el aislamiento, la disminución en la autoestima conlleva a que la PM se retraiga, alejándose de funciones y roles sociales. Esto puede propiciar el sedentarismo e inactividad, generando daños significativos en su autoestima y condición física. La sensación de no ser valorado en la sociedad puede contribuir a niveles peligrosos de ansiedad, afectando tanto su salud física como emocional (Rodríguez, 2008).

En relación con esto último, en Chile, la 5ta Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores de 2017, refiere que el 68% de las personas de 18 años y más, creen que las personas mayores no pueden valerse por sí mismas, un 73% cree que las PM están marginadas socialmente y un 54% cree que la satisfacción con la vida baja al llegar la vejez (SENAMA, 2017). Es decir, un considerable porcentaje de la población considera que las PM están aisladas socialmente. Esto es relevante porque, tal como se abordó anteriormente, el aislamiento social y soledad se asocian con una mayor depresión, afectan la calidad del sueño produciendo insomnio y también se ha relacionado con la mortalidad (Vicente y Sánchez, 2020).

De manera general, se destaca la disminución progresiva de la autoestima en la vejez, impactando en la potencial tendencia de las PM a aislarse socialmente y experimentar sensaciones de soledad. Estos factores inciden en el desarrollo de síntomas depresivos, resaltando la importancia de abordar este aspecto en este grupo demográfico para garantizar una mejor calidad de vida.

#### **4.4 El cuerpo social y físico**

El cuerpo constituye nuestro frente de identidad e inscripción más inmediato y es altamente social (de las actividades que desempeñan en la sociedad) e individual (físico, mental y emocional) a su vez. El cuerpo humano inserto en una sociedad es social (Ayús y Eroza, 2007), destacando cómo la salud oral en las personas mayores no solo es una cuestión individual, sino que también está intrínsecamente relacionada con su identidad y su capacidad para participar activamente en la sociedad. Dada la creciente importancia que el cuerpo ha ganado en el mundo moderno, los significados asociados a él revelan las ideas, creencias, emociones,

valores y prácticas que son compartidos colectivamente (Aguilar, 2020).

El cuerpo es un medio de expresión altamente restringido, ya que está bastante mediatizado por la cultura y expresa la presión social que debe soportar. La situación social se impone sobre el cuerpo y lo ajusta para actuar de formas concretas, de esta forma el cuerpo se convierte en una representación de la situación en la que está inmersa (Martínez, 2004). Este fenómeno se manifiesta, por ejemplo, en la risa, donde el entorno social determina la libertad con la que una persona puede expresar su alegría. En situaciones propicias, la risa fluye naturalmente, reflejando la autenticidad del individuo. Sin embargo, en contextos incómodos o bajo presión social, como en presencia de desconocidos, la expresión de la risa puede verse limitada, ajustándose a las normas sociales, es decir, al reconocerse como entes sociales y no sólo físicos, adoptan prácticas y comportamientos que reflejan normas aceptadas en la sociedad.

En el contexto de esta investigación, las PM viven y se vinculan desde sus contextos socioculturales, elaboran sus identidades y construyen su entorno también a partir de sus manifestaciones corporales, en las que el cuerpo es reconocido como fundamental en el ámbito social y cultural (Aguilar, 2020).

#### **4.5 Salud oral y su relación con factores psicosociales**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948), esto sugiere que la interacción entre estas variables son las que determinan si una persona se encuentra saludable o no.

Para la OMS, la salud bucal es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general. Abarca una variedad de enfermedades y condiciones que incluyen caries dental, enfermedad periodontal, pérdida de dientes, cáncer oral, traumatismo bucodental, y defectos de nacimiento como labio y paladar hendido (OMS, 2019).

La presente investigación relaciona la salud oral y los factores psicosociales relacionaos con la autoestima, existen estudios que demuestran que la percepción

y la autoimagen del estado de salud oral que una PM institucionalizada tiene de sí misma puede afectar su propia autoestima, lo que a su vez conduce a una pérdida de interés en las actividades sociales (Donnelly y MacEntee, 2012). Por lo tanto, esto nos guía a mirar fuera de las residencias de personas mayores, ya que la población de este grupo etario se extiende más allá de estas instituciones, se hace indispensable entonces realizar relaciones entre la percepción de salud oral y autoestima en el total de la comunidad mayor.

Bennadi y Reddy (2013) mencionan que las enfermedades y condiciones orales pueden empezar a causar otros problemas de salud, provocar estrés crónico y depresión. También, pueden interferir con funciones vitales como la respiración, la selección de alimentos, comer, tragar, hablar, con actividades de la vida diaria como el trabajo, y las interacciones familiares (Bennadi y Reddy, 2013).

Esquivel y Jiménez (2012) utilizaron el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) que evalúa la “función física, la función psicosocial, el dolor y la incomodidad” en personas mayores en México, antes y después de haberlas rehabilitado con prótesis removible, teniendo como resultados generales un aumento en la puntuación después de la instalación de las prótesis. Esto da un indicio de que al mejorar la salud oral de forma integral en las personas mayores podría incrementar la percepción positiva que se tiene sobre la salud oral.

Lo hasta aquí mencionado nos da cuenta de cierta relación entre la salud oral y la autoestima en las personas mayores y debido a la inexistencia de investigaciones de esta temática en Vallenar, se hace necesario indagar e investigar la percepción en salud oral que tienen las personas mayores para conocer aquellos aspectos individuales/personales y sociales de su entorno que pueden incidir en la concepción que tienen de sí mismas/os.

#### **4.6 Cuerpo, belleza y sociedad en la construcción de autoestima**

Vivimos en una sociedad en la que el concepto de belleza está íntimamente ligado al de juventud, sin embargo, esa etapa de la vida no es en la que se vive por siempre. Es por eso, que se hace necesario reflexionar lo antes dicho, porque las

personas cada vez viven más tiempo y no por dejar de ser jóvenes deberían dejar de tener derecho a sentirse válidos e incluso bellos, entendiendo la estética y la belleza como una necesidad humana, ya que en nuestra sociedad se valora como algo esencial, donde mayormente se les exige a las mujeres cumplir con ciertos estándares estéticos para ser valoradas, cuando en realidad deberían ser reconocidas por el solo hecho de ser personas y no por cumplir los requisitos impuestos por esta sociedad (Sibilia, 2017). Antes que la tecnociencia pudiera garantizar que el anhelo de la eterna juventud se convirtiera en una mercancía, la red del mercado global ya estaba brindando alternativas a productos y servicios para crear la idea de una juventud prolongada. Este mercado es sin duda fructífero, basado en doctrinas de marketing específicas que se centran en el cuerpo en términos de capital (físico, simbólico, social y/o económico). Bajo la afirmación que pocas cosas mejoran con la edad, predomina una imagen corporal joven, delgada y bella (Sibilia, 2017). De esta manera, la imagen de este cuerpo es estimulada por el mercado de la "revolución antienvjecimiento" de nuestro tiempo, desde productos cosméticos anti-age o cirugías estéticas en rangos etarios sin precedentes históricos (Vigarello, 2009).

Las exigencias de la vida actual obligan al individuo a buscar al cuerpo para existir, a presentarlo cada vez al mundo y a sus múltiples exigencias, a rejuvenecerlo, adelgazarlo, vestirlo bien, a combinarlo e imitarlo. Así el sujeto es obligado a una búsqueda de perfección para parecerle bien a quienes lo juzgan, o lo pueden juzgar, según modelos impuestos por las modas y por quienes la dominan cuando le atribuyen edades, medidas o colores para su aceptación. Frente a esa presión, el individuo busca igualarse con la moda o subir hacia una clase y diferenciarse de otra (Tijoux, 2019).

El imaginario social de la sociedad se ve influenciada por representaciones visuales promovidas por la publicidad, donde la apariencia física, encarnada en los cuerpos individuales, se presenta como impecable, hermosa y esbelta, asociada al éxito y a la aceptación social. En este contexto, las culturas y sociedades tienden a construir estereotipos y mitos en torno a la estética, argumentando que la belleza desempeña un papel esencial en las interacciones sociales y está

intrínsecamente vinculada a la posición social, la clase y la afiliación (Murolo, 2009, como se citó en García y Hernández, 2022). Si bien el tema de la belleza varía entre personas, culturas y a lo largo de la historia, y no debiese ser una obligación tener que ser estéticamente bello para encajar, en esta sociedad la necesidad de aceptación es un tema significativo y la estética como tal tiene una gran importancia en este ámbito.

Esto se ve reflejado en discriminaciones que pueden recibir las PM solo por el hecho de tener más edad, denominado edadismo. El edadismo se manifiesta al emplear la edad como criterio para clasificar y segmentar a las personas en función de atributos que resultan perjudiciales, generan desventajas o injusticias, y socavan la solidaridad intergeneracional, es decir, es cualquier estereotipo, prejuicio o discriminación en base a la edad. Esta actitud perjudica tanto la salud como el bienestar, representando un obstáculo significativo para la creación de políticas efectivas y la implementación de medidas relacionadas con el envejecimiento saludable (OMS, 2021b). El concepto se origina de una percepción negativa de la vejez, la cual lo asocia con un período de decadencia, vulnerabilidad e inactividad. No obstante, estas ideas carecen de fundamentos, ya que el proceso de envejecimiento no se limita únicamente a cambios biológicos. En cambio, se desarrolla a lo largo de un extenso trayecto, donde la experiencia de diversas situaciones de vida y la influencia de factores sociales y generacionales contribuyen a que esta etapa de la vida sea extremadamente heterogénea y diversa, incluso más que cualquier otra (Observatorio del Envejecimiento, 2021). En este contexto, la vejez en Chile está vinculada a una percepción negativa que conlleva elevados niveles de discriminación y obstáculos para acceder a los derechos fundamentales. Este fenómeno ha sido documentado en Encuestas Nacionales, como la llevada a cabo por la Comisión Defensora Ciudadana en 2011, que sitúa a la población mayor en el tercer lugar como fuente de discriminación en el país (Thumala y cols., 2015).

#### 4.7 Acceso a salud oral e idea de derechos básicos en salud oral en Chile

A pesar de que el acceso a la salud es un derecho constitucional, en la práctica, obtener atención odontológica resulta considerablemente difícil debido a los elevados costos asociados a los tratamientos dentales y a los planes de salud privados, que son particularmente onerosos para las PM, lo cual contradice los principios constitucionales. Al llegar a los 50 años, las Isapres incrementan sus tarifas a casi tres veces más de lo inicialmente pagado por el plan, sin ofrecer beneficios adicionales al individuo (Defensoría de la Salud, 2022), generando un beneficio económico a expensas de la salud. Además, las Isapres evitan la afiliación de personas mayores de 65 años, estas prácticas conllevan a una discriminación hacia este grupo etario (Cid, 2011). Esto dificulta que las personas mayores puedan inscribirse en este sistema, ya que, al tener un alto riesgo de enfermedades de base, generalmente los planes serán de alto costo, algo difícil de llevarse a cabo siendo que un alto porcentaje de personas mayores en Chile reciben la Pensión Garantizada Universal (PGU) (Superintendencia de salud, 2008), el cual son 2,4 millones de PM, que equivale el 70,6% de las PM de Chile (Instituto de Previsión social [IPS], 2022).

Por otra parte, en el sistema público la lista de espera en relación con la atención odontológica de especialidad informa sobre un exceso de demanda que no está siendo posible satisfacer con la oferta de especialidades actual (MINSAL, 2020). Finalmente, todas estas barreras de acceso perjudican de alguna manera a las PM.

Es una realidad que en el país las pensiones no son elevadas, por ejemplo, Chile tiene un Gini<sup>2</sup> de 0,46, siendo uno de los países con mayor desigualdad dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en pensiones de vejez (Agencia internacional de Energía, 2019). El monto es de \$206.173 de pesos chilenos (Red de Protección Social, 2023), esto hoy en día

---

<sup>2</sup> Gini es uno de los indicadores comúnmente utilizados para medir la desigualdad de ingresos en un país. El coeficiente puede fluctuar entre 0 (igualdad perfecta) y 1 (desigualdad máxima) (Agencia Internacional de Energía, 2019).

sólo alcanza a cubrir las necesidades básicas, ya que, debido a la falta de una cobertura universal en el sistema de salud, los gastos asociados al tratamiento de enfermedades orales pueden tener un impacto considerable en el presupuesto familiar, llegando a representar aproximadamente un 9,3% del gasto total de salud de bolsillo (Bruzzo y cols., 2018). Esta situación intensifica las disparidades en el acceso y la cobertura. La ausencia de una cobertura adecuada y, por ende, los elevados costos directos, llevan a que una parte significativa de la población posponga la atención dental (Palacio y cols., 2021).

Actualmente, la Constitución vigente declara derecho al acceso en salud, en el cual las personas tienen derecho a elegir el sistema de salud al que deseen acogerse, sea éste estatal o privado (Const., 1980, art. 9, p. 15). Aquí, se aborda la salud centrándose en asegurar el acceso a sistemas y la posibilidad de elegir entre prestadores privados y públicos, ya sea Fonasa, una Isapre, un seguro de salud o no escoger ninguno. Este enfoque ha resultado en una marcada privatización del sistema actual, dando lugar a una estructura financiera fragmentada entre los sectores público y privado, con la población distribuida según su riesgo de enfermedad, ingresos económicos, sexo y edad (Centro de Políticas públicas UC, 2019). En este contexto, la capacidad de elegir se convierte más en una opción disponible para un grupo limitado de la población, influenciada por condiciones materiales y la selección realizada por los prestadores privados (Paraje, 2021).

En definitiva, el Estado debería garantizar el real acceso a la salud oral sin importar el nivel socioeconómico de cada individuo, ya que si se convierte en un derecho fundamental y universal para las personas mayores se potenciaría la red asistencial de salud oral en todo ámbito desde la participación en programas de odontología preventiva en la PM hasta facilitar el acceso a los tratamientos lo máximo posible, independiente del lugar geográfico en el que se encuentre, poniendo como prioridad y eje principal esta etapa de vida, terminando de esta manera con las grandes desigualdades que existen.

Como se mencionó anteriormente, la Constitución de 1980 asegura el acceso libre e igualitario a la salud en acciones de promoción, protección, recuperación y

rehabilitación, sin embargo, es importante destacar que no reconoce explícitamente el derecho a la salud. Desde 1973 en el marco del régimen de dictadura militar, se produjo la privatización de empresas agrícolas, industriales, de servicios domiciliarios, previsión, salud y educación (Vergara, 2005). Sin duda, la Odontología también experimentó un cambio significativo tras la privatización de los derechos sociales durante las políticas neoliberales implementadas durante la dictadura. En ese contexto, la odontología pierde su arraigo en el ámbito público, donde previamente había experimentado un destacado desarrollo en el siglo XX. La exclusión de la Odontología del ámbito estatal refleja su transición hacia un modelo más liberalizado, caracterizado por un sistema de prestación de servicios y una integración total al paradigma neoliberal (Venturini (1995), citado en Dirección de extensión y el Museo Nacional de Odontología (MNO), 2022). Este cambio ha llevado a que el mercado regule la disciplina, convirtiéndola en una práctica más costosa para los sectores populares y de ingresos medios.

A su vez, Chile se rige también por acuerdos internacionales a los cuales se ha suscrito, como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (BCN, 2020). Esta acción implica que el Estado adquiere compromisos legalmente vinculantes, los cuales requieren la instauración de derechos específicos para la población mayor en Chile.

Aquí se destaca el derecho a la salud de las PM, indicando en su artículo 19:

La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. (OEA, 2015, p. 11)

La CIDHPM se erige como una referencia clave para abordar cuestiones relacionadas con las personas mayores desde una perspectiva constitucional, fomentando la transición desde un enfoque asistencialista hacia uno centrado en los derechos.

También, hay otros compromisos adoptados como los de la OMS, enmarcados en los objetivos sanitarios, en su Plan estratégico quinquenal para 2019-2023, establece un «objetivo de los 3.000 millones», que debe alcanzarse para 2023: 1.000 millones más de personas se beneficiarán de la cobertura universal de salud, 1.000 millones más de personas estarán mejor protegidas de emergencias de salud y 1.000 millones más de personas disfrutarán en 2023 de una mejor salud y bienestar que hoy (OMS, 2017). En este sentido, el país se compromete a cumplir y responder a las obligaciones establecidas tanto en su legislación nacional como en los tratados y convenios internacionales suscritos.

La OMS en 1948, declaró que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud es un derecho fundamental de toda persona. Este derecho a la salud abarca la disponibilidad oportuna, aceptable y asequible a servicios de atención sanitaria de calidad suficiente (OMS, 2020).

Esto revela que la salud oral en Chile es de gran trascendencia, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades orales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida.

La orientación de la Política de Salud Bucal se centra en prevenir y promover la salud oral de la población, con especial atención a los grupos más vulnerables. Además, contempla acciones de recuperación en grupos priorizados mediante intervenciones costo-efectivas respaldadas por la mejor evidencia disponible. (División de Prevención y Control de Enfermedades [DIPRECE], 2020).

El Departamento de Salud Oral tiene como perspectiva que la población aprecie y mantenga una salud bucal que contribuya a la mejora de su calidad de vida, fomentando la participación de toda la sociedad. Su misión consiste en integrar la

salud oral de manera efectiva, equitativa y solidaria en las políticas y estrategias de salud del país, priorizando la promoción y la prevención (DIPRECE, 2020).

A pesar de que la constitución, los tratados internacionales y las políticas públicas en salud están a favor de la población chilena, Chile está entre los países con mayor prevalencia de caries no tratadas en dientes permanentes con un 49,5% (OMS, 2022), lo que deja en evidencia que el rol que debe cumplir el Estado en asegurar las condiciones que permitan una vida saludable con una mirada integral no está dando frutos.

#### **4.8 Instituciones de salud en Chile**

Las instituciones, desde una mirada en las ciencias sociales, representan el tipo de estructuras más significativas en el ámbito social, conformando el entramado de la vida social. El creciente reconocimiento de su papel implica comprender que gran parte de la interacción y actividad humanas se rigen por reglas, ya sean explícitas o implícitas. Sin ir más lejos, podemos definir las instituciones como sistemas de reglas sociales establecidas y ampliamente aceptadas que organizan las interacciones sociales. En este contexto, el lenguaje, el dinero, la ley, los sistemas de medidas, las normas de comportamiento en la mesa, las empresas y las políticas públicas (junto con otras organizaciones) se consideran todas instituciones (Hodgson, 2011). Las instituciones representan un conjunto de significados vinculados a las aceptaciones compartidas y se erigen como una manifestación de lo humano, ya que solo pueden existir en el contexto de una red simbólica (Hurtado, 2004).

El origen de cómo existen las instituciones podría explicarse por la teoría de imaginarios. Castoriadis habla sobre este tema, argumentando que el imaginario social caracteriza a las sociedades humanas como una creación única, y aborda el mundo singularmente creado repetidamente por una sociedad como su propio entorno. Y que por lo tanto somos únicos en diversas categorías, tanto individual como colectivamente (Castoriadis, 1975, citado por Miranda, 2014). Estos imaginarios pueden ser valores, instituciones, leyes, símbolos y mitos de un grupo social (Imaginarios: teorías, 2010).

Lo esencial de la creación no es ‘descubrimiento’, sino constitución de lo nuevo; el arte no descubre, constituye; y la relación de lo que constituye con lo ‘real’, relación de verificación. Y, en el plano social, la emergencia de nuevas instituciones y de nuevas formas de vivir, tampoco es un ‘descubrimiento’, es una constitución activa (Castoriadis 2002, p. 278). La imaginación constituye la creación humana, marcada por su carácter indeterminado y propenso al cambio. El cambio social implica discontinuidades radicales que no pueden ser reducidas a causas deterministas ni presentadas como una simple secuencia de eventos (Castoriadis, 2002).

La sociedad existe al plantear la exigencia de significación como universal y total, al postular su mundo de significaciones imaginarias sociales como lo que inaugura e instituye lo histórico-social. Este proceso proviene del imaginario social instituyente, no tienen un referente empírico específico y no son necesariamente explícitas, pero son fundamentales para la formación de los individuos sociales y constituyen el tejido que sostiene la actividad social (Miranda, 2014).

#### **4.7.1 Políticas públicas**

Las políticas públicas se gestan a partir de imaginarios que reflejan procesos económicos, sociales, políticos y culturales. La dinámica histórica de transformación social a menudo involucra la imaginación de necesidades por parte de los ciudadanos, seguida de esfuerzos para institucionalizarlas (Quiero, 2005).

Los órganos y mecanismos institucionales proporcionan a personas y grupos la capacidad de influir en cierta medida en la formulación de políticas que les afectan. Sin embargo, suelen tener funciones consultivas, es decir, se consultan desde la administración, pero no tienen la autoridad para tomar decisiones sobre las políticas públicas a implementar (Montenegro, 2004).

Se han planteado objeciones a la vía institucional de participación, como su influencia limitada al ser consultiva y no decisoria, la posibilidad de inhibir la actividad política independiente, la legitimación de ciertas políticas públicas y su potencial tendencia hacia el paternalismo. Las vías instituyentes pueden

manifestarse de diversas formas, incluyen acciones colectivas que buscan ejercer presión política sobre otros agentes sociales para transformar situaciones percibidas como problemáticas. Estas acciones abarcan desde organizaciones no gubernamentales y movimientos sindicales hasta procesos de participación comunitaria y movilizaciones puntuales con una estructura limitada (Montenegro, 2004).

En relación con las PM, se evidencia la responsabilidad del Estado en la formulación de políticas que promuevan su bienestar. Es imperativo que se involucren activamente en la creación de estas políticas no solo a través de comités consultivos, considerando su condición de grupo prioritario desde la perspectiva de los derechos humanos. Esto se ve institucionalizado a través, de, por ejemplo, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), que busca impulsar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales (Kornfeld, 2011).

Proponiendo una forma distinta en la que se incluye a la PM en la construcción de propuestas de salud oral provocaría un cambio positivo en el acceso oportuno y de calidad, promoviendo la prevención y mantención en salud, impactando en la capacidad de participación en sociedad de la PM generando un envejecimiento saludable. Debería, además, universalizar el derecho a la salud oral, independiente de su capacidad de pago o situación económica, ampliando infraestructuras, dotando de más profesionales y con un enfoque biopsicosocial que haga partícipe a las PM en este proceso.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a los antecedentes mencionados anteriormente y los aspectos conceptuales que nos guiarán, se plantea entonces que entender las diversas dimensiones que influyen en las percepciones del estado de salud oral y su autoestima, moldeadas por las experiencias que han vivido las personas de Vallenar, podría ofrecer una comprensión más profunda de su realidad.

Al realizar un análisis de los aspectos que se relacionan con la salud oral y sus percepciones teniendo como entrada al campo la realidad social, nos encontramos con elementos concretos y experiencias narradas por individuos y grupos, estos discursos requieren interpretación y análisis para su comprensión. Los discursos desempeñan un papel en la conformación de la realidad social y son fundamentales para el desarrollo de políticas públicas, representando dimensiones distintas en el estudio de dicha realidad (Gil y cols., 2002).

En el contexto de la actual transición demográfica, la población de PM adquiere una importancia creciente en la sociedad. Este grupo etario enfrenta desafíos particulares, entre los cuales la salud oral emerge como un factor significativo.

La autoestima, entendida como la evaluación subjetiva y emocional de uno mismo, juega un papel crucial en la calidad de vida de las PM. La influencia de la salud oral en la autoestima adquiere relevancia, ya que problemas dentales pueden impactar la imagen personal y la forma en que los individuos se relacionan socialmente. Además, considerando el envejecimiento de la población y la necesidad de promover un envejecimiento activo y saludable, es esencial comprender la conexión entre la salud oral, la percepción personal y el bienestar psicosocial en la población mayor.

Si contextualizamos todo lo hablado a una pequeña localidad en el norte del país, resulta esencial identificar sus particularidades y proponer políticas públicas locales pertinentes. La esencia radica en percibir el territorio como una construcción social, donde los individuos, mediante sus interacciones, dan forma al significado y la apropiación de un espacio específico, tanto físico como social

(Fernández y cols., 2019). Lo interesante es que estas interacciones pueden variar entre colaboración y conflicto, y el espacio que los actores configuran y asignan valor (dotado de territorialidad) se convierte en un medio de afirmación tanto para ellos como para su identidad (Porto-Gonçalves, 2009). Esta identidad varía según etnicidad, cultura, condiciones biofísicas, infraestructura o es una combinación entre estos factores. Se debe considerar el reconocimiento de los aspectos sociales que impactan en estas comunidades, ya que influyen en la percepción de la salud y en el acceso a los servicios.

Reflexionar sobre la construcción y valoración conjunta de programas preventivos con la población mayor es crucial. Establecer una línea de base al determinar el perfil de salud de la comunidad es esencial desde una perspectiva de salud pública. Los resultados de la investigación permitirán aportar a la construcción de estrategias para la salud oral, prevención y accesibilidad universal, contribuyendo a la reinserción social de las personas mayores a través de programas de salud específicos.

Dicho lo anterior se abren las siguientes interrogantes: ¿cómo y cuáles son las percepciones de la población mayor en Vallenar con respecto a su propia salud oral? ¿Influye su percepción y autoestima debido a su condición de salud oral en su diario vivir en cuanto a su participación social?

Estas preguntas iniciales se buscan responder en la presente investigación, considerando que las PM son una base fundamental en la construcción de la sociedad, reconociendo su experiencia vital y su marginación en los distintos aspectos del diario vivir.

## **6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN<sup>3</sup> Y OBJETIVOS**

### **6.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las percepciones sobre salud oral y cómo inciden en la autoestima de la población mayor de Vallenar?

### **6.2 OBJETIVO GENERAL**

Analizar las percepciones relacionadas a la salud oral y su influencia en la autoestima y aspectos sociales de las personas mayores de la comuna de Vallenar.

### **6.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Examinar las percepciones que se relacionan con la salud oral de la población mayor de la comuna de Vallenar.
2. Explorar el significado que le dan las personas mayores a la vejez y su rol en la sociedad.
3. Indagar cómo incide la salud oral en la autoestima de la población mayor de la comuna de Vallenar.

---

<sup>3</sup> La pregunta de investigación no se enfrenta a dos posibles respuestas en términos de afirmación o negación como la hipótesis. Al formular una pregunta, el investigador reconoce la diversidad de conexiones, disparidades y estados de situación que la investigación podría revelar (Tello, 2011).

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 Diseño metodológico

En esta investigación se analizó e indagó sobre las percepciones que tienen las personas mayores acerca de su salud oral y su relación con la autoestima, en la comuna de Vallenar.

Este estudio se realizó a través de la perspectiva cualitativa para poder dar respuesta a los objetivos de la investigación. Los estudios cualitativos tienen como propósito obtener una comprensión profunda y significativa de las creencias, motivaciones y actividades culturales a través de diferentes diseños de investigación (Corona, 2018). Por lo tanto, con este tipo de estudios el investigador pretende recabar información de carácter subjetivo como sus emociones, valores, motivaciones, creencias, etc, que no pueden ser detectadas por los sentidos (Corona y Maldonado, 2018). Además, se señala: “Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural” (Vasilachis y cols., 2006, p. 24).

Debido a la naturaleza del enfoque cualitativo, este diseño no estableció una estructura rígida e inalterable, sino que actuó como un punto de partida que especifica qué aspectos se investigaron (objetivos), cómo se llevó a cabo el estudio (la estrategia) y qué métodos se utilizaron para recopilar datos (la recolección) (Monje, 2011).

El abordaje del estudio fue de carácter inductivo, ya que no se comenzó de una hipótesis ni de teoría para poner a prueba, sino que en primera instancia se exploró un área de estudio, se describió y finalmente generaron perspectivas teóricas (Hernández y cols., 2014, p.8).

Por último, el alcance del trabajo fue de tipo exploratorio, ya que se puso el enfoque en un fenómeno que no ha sido previamente estudiado, para examinar sus características (Ramos, 2020).

## 7.2 Muestra

Los participantes de esta investigación fueron personas de 60 años o más que viven en la comuna de Vallenar.

Los criterios de inclusión fueron:

- Persona mayor o igual a 60 años.
- Residente de la comuna de Vallenar.
- Interés en participar en la investigación, respondiendo una entrevista de 30 minutos aproximadamente.
- Que firmen el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Presentar alguna condición que impida su participación en la entrevista, como trastornos del lenguaje, alzhéimer u otro tipo de demencia.
- Que se retracten de su derecho de firmar el consentimiento informado.

La muestra con la que se trabajó en un inicio fue el muestreo por conveniencia, es decir, se contactaron las primeras personas que estaban dentro de la red de la investigadora. Este muestreo tiene su origen en consideraciones de tipo práctico, permitiendo la selección de casos accesibles que aceptaron participar voluntariamente, gracias a la accesibilidad y proximidad de los sujetos a la investigadora (Otzen y Manterola, 2017). Los sujetos sociales fueron seleccionados considerando sus características y roles en el contexto social (Martin-Crespo y Salamanca, 2007).

Por último, el grupo de entrevistas se logró a través del método de bola de nieve (Patton, 1988). El paso a paso mencionado anteriormente radicó en que los primeros informantes presentaran a otros a través de sus propios vínculos sociales y contactos, hasta llegar a un número equilibrado de participantes, que tuviera paridad de género y fuera heterogéneo.

Según Taylor y Bogdan (1984), en las entrevistas cualitativas no se conocen de antemano ni el número ni el tipo de informantes, por lo que a medida que se fueron realizando las entrevistas, se llegó a un punto de saturación de información, quedando con un total de 13 entrevistas.

La caracterización de los participantes se presenta en la Tabla 2, el promedio de edad de las entrevistadas mujeres fue de 68 años, mientras que el promedio de los entrevistados hombres fue de 70 años. Se logró entrevistar a 7 mujeres y 6 hombres, buscando aproximarse lo más posible a la paridad de género y representar de manera más fiel a la población de la comuna en cuestión, donde el 51% son mujeres en comparación con el 48% de hombres (BCN, 2021). En el contexto nacional, el 56,6% de la población mayor en Chile son mujeres (Observatorio del Envejecimiento, 2020), mientras que, en esta investigación, el porcentaje de mujeres alcanza el 53%, reflejando una aproximación a la realidad local.

Tabla 2. Caracterización de los entrevistados.

<b>Género</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Edad</b>	<b>Rangos de edades</b>
<b>Femenino</b>	7	61	60-69
		63	
		63	
		64	
		70	70-79
72			
73			
<b>Masculino</b>	6	61	60-69
		67	
		68	
		71	70-79
		72	
78			
<b>Promedio de edad femenino</b>		67	
<b>Promedio de edad masculino</b>		70	

<b>Promedio de edad de ambos grupos</b>	68
---	----

### **7.3 Producción de información**

La técnica de producción de información se hizo a través de entrevistas con pauta semiestructurada, las cuales fueron realizadas y grabadas por la investigadora.

La entrevista ayuda en la creación de situaciones de conversación que facilitan la expresión natural de sus percepciones y significados por parte de las personas sujetas de investigación. Además, permite el desarrollo de una entrevista que facilite la comprensión en profundidad de las experiencias de personas que fueron parte del estudio (Taylor y Bogdan, 1984). En el enfoque cualitativo, las entrevistas semiestructuradas son particularmente convenientes para crear situaciones de conversaciones que permiten al entrevistador profundizar en los temas de interés y obtener información relevante de las experiencias y perspectivas de los participantes (Flick, 2012).

Se preparó un guion temático con preguntas abiertas sobre las dimensiones que se quiso investigar en base a los objetivos específicos (Anexo 1). Esta pauta de preguntas permitió que cada persona pudiera expresar sus opiniones, matizar sus respuestas y si lo estimaba conveniente, desviarse del guion inicial que se propuso.

El grupo de participantes fue contactado de forma previa vía telefónica o presencial para invitarlos a participar en el estudio, contándoles de qué se trata, también se acordó la fecha y lugar de la entrevista.

Al momento de la entrevista se mantuvo atención en todo momento para introducir en las respuestas del informante los temas que son de interés para el estudio, enlazando la conversación de una forma natural, también se explicó el procedimiento de la entrevista y se les hizo entrega, lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 2).

Posteriormente esta grabación fue transcrita, luego se realizó un proceso de codificación y el análisis de información (Taylor y Bogdan, 1984).

#### 7.4 Análisis de la información

La forma de adentrarse en los resultados de la investigación fue a través del análisis del contenido de las entrevistas, se refiere a un conjunto de métodos y procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto. El proceso implica la categorización en dos niveles de complejidad, a saber, descriptivo y exploratorio. Además, se distinguen tres enfoques de análisis: sintáctico (que se enfoca en la estructura del texto, permitiendo la identificación y conteo de palabras y caracteres), semántico (centrado en la interpretación de las palabras y en el análisis de los temas y categorías propuestas) y pragmático (destinado a descubrir las circunstancias en las que tiene lugar la comunicación) (Amezcuca y Gálvez, 2002). Para esta investigación se utilizó en mayor medida el enfoque semántico y pragmático.

Este tipo de análisis posibilita, por ejemplo, la verificación de la existencia de temas, términos o conceptos dentro de un contenido dado. Se interpretó el material de las entrevistas con la ayuda de categorías analíticas destacando y describiendo sus particularidades (Monje, 2011).

En primera instancia, se procedió con la transcripción de cada una de las entrevistas. Seguidamente, se llevó a cabo una minuciosa lectura y relectura del material investigado, con el propósito de identificar y familiarizarse con los temas pertinentes a los objetivos de la investigación. En la etapa de codificación de la información, se seleccionaron las citas que abordaban temáticas similares, asignándoles códigos mediante palabras clave. Para facilitar este proceso, se utilizó como apoyo una herramienta tecnológica, en este caso, el programa ATLAS.ti 9® (Díaz y cols., 2013). Posteriormente, los códigos relacionados con un mismo tópico fueron agrupados, definiéndolos como categorías. En la fase final, se elaboró una representación gráfica en forma de red para visualizar las relaciones entre los códigos y las categorías de manera clara y concisa (Anexo 3). Por último, se describieron los hallazgos y se interpretó la información obtenida.

### **7.5 Aspectos éticos**

Para llevar a cabo esta investigación, a cada persona que aceptó participar en el estudio, se le hizo entrega del respectivo consentimiento informado (Anexo 2), el cual fue leído por la entrevistadora, resolviendo cualquier duda que tuviera el participante. En este se informó de qué trataba la investigación, se dio el correspondiente consentimiento de participar en la investigación de manera voluntaria y que fuera grabada para su posterior análisis. Esto permite captar mucha más información en comparación a que reposara únicamente en la memoria (Taylor y Bogdan, 1984). También, se entregaron los datos de la investigadora por si deseaban contactarla por alguna razón.

El fin del consentimiento es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta sólo cuando ésta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias; y que lo hacen por propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Debe incluir la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si desea participar o no (González, 2002).

Se garantizó la confidencialidad de los informantes mediante la anonimización de sus identidades y no se reveló ningún dato personal en la investigación. Es importante señalar que toda la información derivada de las entrevistas se utilizó exclusivamente para este trabajo.

### **7.6 Precauciones COVID-19**

Las entrevistas fueron llevadas a cabo durante el período de alerta sanitaria por la pandemia de COVID-19, implementándose las medidas de bioseguridad vigentes, tales como uso de respirador tipo KN95 de investigadora y entrevistado, mantención de distancia física de más de un metro entre ambos (MINSAL, 2022), garantizando, de esta manera, la seguridad de todos los participantes.

## 7.7 Criterios de rigurosidad

Para llevar a cabo este estudio, la entrevistadora se preparó con un ciclo de talleres de metodologías cualitativas, específicamente en entrevistas, codificación y análisis de contenido, impartidos por Prof. Bran Montiel, Dra. Marcela Farías, Dra. Valentina Faljreldin y Dra. Alejandra Cornejo, adscritas a la Universidad de Chile, dirigidos a la adquisición de herramientas para llevar a cabo esta investigación.

Se realizó la construcción de la pauta de preguntas en conjunto al equipo de investigadores, y se aplicó una entrevista de prueba, con el refuerzo y retroalimentación correspondiente.

Por último, se llevó a cabo un proceso de triangulación, que, según Hernández es: “el hecho de utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección de datos” (Hernández, 2014, p. 418). La triangulación es una herramienta para elevar la fortaleza y calidad de los estudios cualitativos. Se describen principalmente cuatro tipos de triangulación: de metodología, de datos, de investigadores y de teorías (Benavides y Gómez, 2005). En este estudio se utilizó mayormente la triangulación de investigadores, siendo analizada por los 3 integrantes del equipo investigador. De este modo, mejoramos la calidad y la validez de los datos al incorporar diversas perspectivas sobre el mismo objeto de estudio, eliminando así el sesgo inherente a la visión de un único investigador. Al contar con múltiples puntos de vista, se enriquece la comprensión del tema y se fortalece la solidez de los resultados obtenidos (Aguilar y Barroso, 2015).

## 8. RESULTADOS

Para la etapa de los resultados, se procedió a realizar una lectura rigurosa y en profundidad de la información contenida en las entrevistas, para así codificarlas en base a 27 códigos, los cuales fueron agrupados en 6 categorías, que se relacionaban directamente con los objetivos específicos a investigar. En la Tabla 3 se presentan las categorías propuestas.

Además, se establecieron subcategorías por cada categoría planteada, que se presentan en la tabla 4.

Tabla 3. Objetivos específicos en relación con las categorías propuestas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍA ASOCIADA A OBJETIVO ESPECÍFICO
Examinar las percepciones en salud oral de la población mayor de la comuna de Vallenar.	Definición de percepción en salud oral
	Importancia en salud oral
	Percepciones sobre el sistema de salud pública dental
Explorar el significado que le dan las personas mayores a la vejez y su rol en la sociedad	Entorno social
	Percepciones sociales y estigmas
Indagar cómo incide la salud oral en la autoestima de la población mayor de la comuna de Vallenar.	Bienestar emocional y autoestima

Tabla 4. Categorías y subcategorías propuestas/emergentes para el análisis.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Definición de percepción en salud oral	Infancia en relación con salud oral
	Experiencias en salud oral
Importancia en salud oral	Percepción del estado de salud oral y la importancia que le otorgan
	Conocimientos en salud oral
Percepciones sobre el sistema de salud pública dental	Conocimiento y participación en programas orales de salud pública
	Funcionamiento de la red de salud oral
Entorno social	Relaciones afectivas
	Relaciones sociales
	Relaciones laborales
	Aspecto físico
Percepciones sociales y estigmas	Estigma social asociado a problemas dentales
	Influencia de creencias culturales y sociales
Bienestar emocional y autoestima	Influencia de la salud oral en su autoestima general
	Sentimientos en torno a la percepción de su salud oral

### 8.1 Definición de percepción en salud oral

Las PM de Vallenar describen su percepción de salud oral y las causas del porqué consideran que se encuentra de esa manera. Asocian sus percepciones principalmente a experiencias relacionadas a su salud oral que marcaron su infancia y también a experiencias específicas que sucedieron en alguna atención dental.

### 8.1.1 Infancia en torno a su autopercepción en salud oral

Un grupo de PM tiene una autopercepción sobre su salud oral influida por su niñez, principalmente por el poco acceso a atención dental en su infancia.

*“... porque antes con suerte le decían a uno lávate los dientes o ir al doctor porque era un privilegio ir al dentista. Ahora ya después de edad vine al dentista y para examinarme los dientes cuando empecé a trabajar. Pero antes no tampoco porque cuando una iba al dentista le sacan los dientes o las muelas y no había tratamiento, no había nada de eso, como al acceso que hay ahora, entonces no recuerdo alguna experiencia sobre mi salud oral y menos ir al dentista...” (MD61M)*

Por su parte otras personas mayores hablan acerca de que no tuvieron educación en cuanto a salud oral de pequeños, ya que sus padres no manejaban esos conocimientos, por lo que no era un tema la importancia del cuidado de la boca, lo asocian a la ignorancia por parte de los padres.

*“... Antiguamente no había atención, yo creo que el tiempo también que tenía los padres o la falta de conocimiento de los padres también en cuanto a lo que era la salud dental o la salud oral en esos años, no había esa preocupación, no hubo esa preocupación de llevarnos al dentista, de hacernos ver, de hacernos un chequeo y uno crece con esa misma actitud... pero cambiando el chip cuando uno ya es mamá, ahí ya uno se da cuenta cierto que empiezan a doler las muelas, que ya empieza a perder alguna pieza. Entonces ahí uno cambia el chip con los hijos y recurre al dentista, ahí se lleva una mejor relación. Pero de niño era difícil por cómo le explico... por falta de conocimiento de los padres, falta de tiempo, también ignorancia en la educación de salud oral, de que hay que cepillarse con cepillo y pasta de cierta forma y esas cosas” (JI61F)*

Otro grupo reconoce los malos hábitos, como una dieta cariogénica en su infancia como una de las causas de su percepción de salud oral, ya que desconocían lo dañino que era la azúcar refinada en la dentadura

*“yo desde niño tuve muy mala dentadura, tenía muchas caries en dientes y muelas, ahora no sé si será la genética, pero yo era muy dulcero, bueno para las pastillas y cosas así, pura azúcar eso y no había el hábito de lavarse los dientes me acuerdo cuando era muy niño no como ahora que se les enseña de... de bastante pequeñito, antes no po, me acuerdo que empecé un poco tarde a lavarme los dientes y lo otro era la accesibilidad a la atención dental que era difícil y lo otro era el miedo pánico que uno le tenía al dentista así que todo ese arrastre dejó daños irreparables del principio que después a través del tiempo he intentado repararlo pero creo que no del todo” (HM68M)*

Los malos hábitos de higiene dental también surgen en el discurso de personas, comentando que en su infancia no adquirieron el hábito de limpieza por parte de sus figuras paternas, provocando consecuencias hasta el día de hoy.

*“Yo recuerdo que cuando niña no me lavaba los dientes casi nunca, eh... pocas veces me lavaba, después ya más de adolescente adquirí el hábito del lavado de dientes, porque en mi casa con mi mamá no nos lavábamos los dientes (...) No se hablaba de eso, puede ser donde éramos más pobres” (ET70F)*

También, se reconoce en gran parte de los participantes los pocos recursos socioeconómicos que tenían en su infancia.

*“Nosotros éramos muchos, muchos hermanos viviendo en una casa chiquita, éramos familia de escasos recursos. Así que y yo creo que mis hermanos mayores (nosotras éramos las más chicas), entonces mis hermanos mayores... no sé po, se veían entre ellos creo yo. No tengo noción de que se hablara de dentista, de consultas, no tengo ninguna de esas nociones” (II63F)*

Por consiguiente, también mencionan una falta de educación en el entorno familiar, como una causa del porqué perciben su salud oral de esa manera.

*“... nuestros padres tenían muy poco eh... como estudios, muy poco acceso, entonces ellos no nos inculcaron a nosotros. Ahora nosotros como abuelos le inculcamos a nuestros nietos que se cepillen los dientes y que vayan al dentista,*

*que no coman tantas golosinas. Entonces esto yo creo que a medida que va pasando el tiempo, nosotros tenemos más... no sé po, cómo le podría decir, más flexibilidad a que tengamos el buen uso de la higiene bucal.” (AT64F)*

### **8.1.2 Experiencias en atenciones dentales**

Algunas personas relatan que, ya sea que hayan tenido su primera experiencia odontológica a una edad temprana o más tarde en la vida, experimentaron dolor, miedo y/o trauma en esas ocasiones. Estos sentimientos se convirtieron en un factor determinante que influyó en la formación de una percepción negativa sobre la atención odontológica a lo largo de su vida.

*“Cuando estaba en el liceo me dio un dolor de muela muy grande, muy grande y fui al..., me derivaron al dentista del liceo y era un caballero grande, gordo y empezó a subir la silla, a subir la silla muy arriba, me asusté y más encima el dentista me retó, así que me arranqué \*se ríe\*, me arranqué y se me hinchó mucho la cara y se me “pasmó” como decían antiguamente, y se me... fue terrible, fue terrible. Al final después me tuvieron que sacar la muela, porque mi mamá me llevó al hospital y también me arranqué porque me iban a poner una inyección para la infección” (II63F)*

*“Mi experiencia fue un poquito traumática porque yo tenía varias caries y a los 14 años me hicieron muchas tapaduras (...) entonces me hicieron muchas, muchas tapaduras, pero yo lo quería porque quería tener una dentadura buena porque yo creo que es lo mejor en una persona” (II73F)*

*“Me acuerdo cuando entré ahí me encontré con toda especie de aparatos desconocidos, una tecnología que infundía miedo, el dentista que específicamente no era un odontopediatra, era dentista general, un caballero grandote así, me acuerdo cuando empecé a ver yo los aparatos que tenía, cuando me revisó y empezó a preparar la jeringa... nooo, yo me puse a llorar, así que ahí puso en el informe (que después supe) “No se deja atender” (...) por lo menos no fui el único, había muchos del grupo que fuimos allá como 2 más que tampoco se dejaron atender digamos, por el miedo así que eso me quedó marcado. Y en qué me*

*afectó posteriormente... claro fue mucho tiempo más que yo no haya vuelto al dentista por las mías por lo menos porque en ese tiempo lo llevan a uno del colegio, no existía la cultura de llevarlo uno niño al hospital, sino que solamente había que era como cosa de los adultos. A los niños los llevaban del colegio, pero me acuerdo de que no fue prácticamente hasta la enseñanza media que volví”*  
(HM68M)

*“Sí yo la primera vez que estuve dentista tuve, tuve mucho miedo porque en estos tiempos que yo ya empecé la parte laboral, empecé a arreglarme la parte de la dentadura y cosas así, era muy grande las agujas, entonces... el solo verlo era terrible y me causaba mucho miedo.”* (HZ72M)

En cuanto a la accesibilidad a la atención dental, algunos participantes enfrentan dificultades debido a la extensión temporal de los tratamientos odontológicos. No cuentan con el tiempo necesario para someterse a estos procedimientos, lo que complica su acceso a la atención odontológica.

*“Sí, es difícil poder hacerte un tratamiento con el dentista, a no ser que sea algo de fuerza mayor, pero por ejemplo para un tratamiento en donde vas muchas veces seguidas es prácticamente imposible, porque trabajando todos los días todo el día... y en el consultorio te dan a cualquier hora, no puedes faltar tantas veces al trabajo.”* (JI61F)

Otro grupo comenta que directamente no tenían un buen acceso a la atención odontológica, ya que en ese tiempo en Vallenar no existían consultorios en cada población, solo el hospital atendía. También, se ilustra la experiencia que el determinante social de nivel socioeconómico marcaba el acceso a la atención y educación en cuidados orales.

*“no era buena, porque mis padres tenían menos, habían tenido menos recursos habían estado más alejados aún del asunto salud dental, de dentista, por venir de regiones rurales donde eso estaba muy escaso, simplemente no había. Para ella tener que atenderse con dentista era ir a las ciudades grandes que tuvieran hospitales y ahí obviamente había dentista, no había eso de posta como ahora o*

*Cesfam donde hay boxes dentales, obviamente que no existía, solamente en los hospitales existía. Así que la salud dental no era buena...” (HM68M)*

Para muchos entrevistadas/os, la atención dental marcó drásticamente su percepción, ya que en ese tiempo describen que no se enfocaba en la prevención ni en la preocupación por el usuario, teniendo un enfoque más bien de resolver la causa del dolor en ese instante, sin darle importancia a un tratamiento dental integral. Se reconocen no solo pocas prestaciones, sino que también la solución era principalmente mutilante.

*“En el caso de mis hermanos el dentista solamente cuando iban con algún problema de caries, les decía que tenía que sacarse la pieza, extracción nomás, no había otra cosa, por lo general los dentistas y los consultorios, no sé cómo se llaman ahora, no sé cómo será el sistema de salud dental actualmente, pero hasta hace dos décadas atrás eran solamente extracciones, no se hablaba de tapaduras, menos de tratamiento conductos, ni tampoco de cómo prevenir que siguieran pasando esas enfermedades, esas cosas había que hacerlo en forma particular.” (ET70F)*

## **8.2 Importancia en salud oral**

Al referirse a la importancia de la salud oral en sus vidas, comentan que es relevante en las creencias respecto a su salud oral.

### **8.2.1 Percepción de la importancia y estado de salud oral en las PM**

Los PM de Vallenar valoran profundamente la importancia de la salud oral, basando esta percepción en los factores que consideran fundamentales al evaluar un estado de salud oral óptimo.

Uno de los factores que más se repitió es que consideran de importancia la parte biológica que tiene la salud oral en sus vidas, como en la masticación y posterior formación del bolo alimenticio.

*“... Y bueno para mi es lo más importante tener la boca sana, porque por ahí*

*pasan los alimentos, uno come con la dentadura, muele la comida, la empieza a digerir, es por eso que uno tiene que tener un aseo de todos los días.” (MA78M)*

Por otra parte, se observó la creencia de que las infecciones orales tienen el potencial de afectar la salud general del cuerpo, principalmente a través del sistema digestivo. Los participantes destacan la conexión entre la boca y el estómago como la razón subyacente por la cual las infecciones orales podrían propagarse a otras partes del organismo. Esta comprensión representa un componente esencial en la forma en que las personas mayores perciben la relación entre la salud oral y el bienestar general.

*“Si usted tiene piezas que están, por ejemplo, en este mismo momento que están dañadas, están deterioradas, porque las caries están avanzando bastante en algunas piezas, entonces se quedan residuos de alimentos, de gérmenes. Y aunque usted cepille, porque yo tengo la conducta del cepillo, no uso ceda dental ni otra cosa, solamente el cepillado antes o después de las comidas. Obviamente que me cepillo, pero todo eso influye en la... en la parte de la higiene y en la salud en general, si uno esta con una enfermedad constante (...) repercute en la salud del estómago y en todo eso, por eso me cepillo y trato de darle especial cuidado a mi salud oral.” (MV71M)*

También, y como segundo factor, reconocen que afectan la dimensión social como un factor de importancia, a través de la importancia en el habla y la comunicación frente a personas. Además, lo relacionan a la forma en la que los demás los ven o cómo se sienten consigo mismos. Este tema se hablará en una categoría específicamente más adelante.

*“Y bastante importancia porque la presentación personal de cada persona es, digamos, tener toda su dentadura y usted pueda reír con confianza, hablar con confianza y eso le da un... Digamos que cierto estatus y confianza. Entonces es muy importante, al menos para mí. (LG67M)*

*“Yo... yo creo que es muy importante para la estética tener una buena dentadura, es muy importante también para el habla, y me doy cuenta de eso por mi mamá*

*que ahora bueno ella ya tiene 103 años y no puede usar la placa porque se le soltó, porque también ha disminuido su... no sé po algo en su mandíbula que le queda suelta la placa, entonces no se la quiero poner, no se la puso más y no puede hablar casi, le cuesta mucho pronunciar. Cuando a una persona le faltan dientes creo que tiene problemas para hablar en el caso de mi mamá que le faltan todos sus dientes y yo casi no le entiendo (...) el poder hablar bien, hace que uno se sienta mejor y no tengas problemas de autoestima” (ET70F)*

Además, se destaca que el embarazo se presenta como un factor negativo que afecta la salud bucal, ya que se señala como una causa común de pérdida dental. Según lo expresado por los participantes, atribuyen esta pérdida a que durante el embarazo experimentaron el aflojamiento de los dientes, lo cual eventualmente resultó en su pérdida definitiva.

*“Al tener mi segundo embarazo, como ya tenía tapaduras de los 14 años, entonces, cuando ya llegué a tener a los 26 años en mi segundo embarazo, a mí se me soltaron casi todos los dientes.” (II73F)*

En cuanto al estado de salud oral, a pesar de la importancia que le otorgan los participantes a la salud oral, la mayoría comentan tener actualmente un estado de salud oral de regular a malo. Esto lo asocian a la pérdida de piezas dentarias, dolor dental y a alguna patología sistémica que influye en la salud oral.

*“Bueno yo pienso que no está tan bien como yo querría, cierto, no está mal del todo pero no estoy conforme ¿por qué? Porque me faltan algunas piezas dentales, he perdido unas piezas específicamente muelas, me faltan me parece que 3 piezas, hay otras que he logrado salvar, pero digamos ya cuando era muy tarde...” (HM68M)*

*“Eh... yo creo que está más o menos nomás, porque a veces me duele la muela, me duelen los dientes, pero yo pienso que es por la resequedad que me da en la noche, se me seca mucho la garganta, mucho, mucho la garganta y el paladar...” (II63F)*

*“Bueno, digamos mi salud oral actualmente, es, digamos... regular podríamos*

*decir, debido al problema que yo padezco de diabetes y por lo tanto los resultados de la diabetes se dan en torno a la dentadura en parte, pero la he mantenido y no tengo grandes inconvenientes” (LG67M)*

Un último grupo de entrevistados opinan tener un buen estado de salud, ligado principalmente a que están periódicamente en revisión odontológica.

*“Bueno, hoy día siento que está bien, porque está mejorada o sea se ha ido al dentista. Entonces constantemente estoy revisándome la cuestión de la parte dental, considero que por el momento estoy bien en la parte dental. Yo encuentro que tengo una buena salud oral, controlándome, cuidándome, todo un conjunto” (HZ72M)*

### **8.2.2 Conocimientos en salud oral**

Este aspecto se basó en lo que significa tener una boca saludable. Para ellos, una boca saludable se define en función de diferentes criterios. Algunos lo asocian con tener una dentadura completa y natural, sin caries, mientras que para otros implica tener una dentadura completa pero rehabilitada, ya sea con restauraciones, prótesis o implantes. La percepción de una boca saludable varía según las experiencias y necesidades individuales de cada persona entrevistada.

*“Ya, tener una boca sana para mí es, digamos, tener todos sus molares, su dentadura, eh... Digamos sin picaduras sin tapaduras.” (LG67M)*

Cabe destacar la considerable importancia que las PM asignan al tratamiento rehabilitador protésico, erigiéndose como un elemento fundamental en el conjunto de cuidados de salud que valoran significativamente.

*“Bien yo diría que para empezar es tener todas las piezas, que es bastante difícil pero ahora se está llegando a eso, a tener todas las piezas y si no son originales digamos, por lo menos tenerlas con prótesis fijas, que no haya que estarlas sacando digamos. Eso para mí es una boca sana, no tener caries ni problemas de las encías, que hay harta variedad de enfermedades tengo entendido, no solamente las muelas... pero es eso es para mí una boca sana, que no falte*

*ninguna pieza, no tener nada de caries y tampoco enfermedades en las encías”  
(HM68M)*

Al indagar sobre los conocimientos de enfermedades orales, los participantes expresan una variedad de percepciones sobre estas, las cuales se basan en las áreas afectadas de la cavidad bucal. Por ejemplo, para algunos, la pérdida de dientes no se considera una enfermedad, a pesar de haber experimentado esta condición. Argumentan que no han tenido enfermedades orales, sino simplemente la caída de dientes.

*“La verdad es que enfermedades dentales no he tenido nunca, caídas de piezas sí... porque se me soltaron los dientes” (MA78M)*

En contraste, otros participantes reconocen las enfermedades orales en función de afecciones específicas, como caries, problemas en las encías y cáncer oral.

*“Hay muchas, muchas personas que inclusive se le ha declarado, por ejemplo, un cáncer bucal o al paladar, etc. Entonces todos esos son problemas mayores que no se ven y se necesita tener revisiones a menudo.” (MV71M)*

Estas diferencias en la percepción subrayan la complejidad de cómo las personas mayores conceptualizan y comprenden las enfermedades orales.

Respecto a la solución que les daban a las enfermedades orales que conocían, uno de los aspectos investigados consistió en indagar acerca del conocimiento que los participantes poseían sobre remedios naturales que hubieran escuchado o utilizado en alguna etapa de sus vidas, y que les hubieran resultado efectivos. La mayoría de los participantes poseen conocimientos sobre estos y han utilizado remedios naturales que han aliviado sus molestias específicas.

*“Cuando ya dolía mucho una muela y uno ya tenía un hoyito, me decían, pónete una cabecita de... del asunto del fosforo. Lo hacía porque qué iba hacer si los dolores son terribles, terribles cuando duele, duele (...) incluso algunos hacían hasta bencina, pero yo nunca lo hice.” (HZ72M)*

*“Antiguamente el palito de fósforo, la pólvora esa... También, el clavo de olor y*

*cualquier otro implemento que... que pudiera ser útiles para el dolor nosotros lo utilizábamos” (RP72F)*

Algunos también empleaban elementos naturales en sus rutinas de higiene, como en el cepillado de dientes, por ejemplo.

*“Tenían buena dentadura a pesar de todo, porque uno no tenía cosas para hacerse aseo, así que, del chañar, de la harina que quedaba de las cenizas, uno lo usaba para lavarse. Las cenizas eran antiguamente el dentífrico que se usaba.”  
(HZ72M)*

### **8.3 Percepciones sobre el sistema de salud público dental**

En sus discursos, también se destaca la percepción que tienen sobre el funcionamiento de las instituciones de salud oral, su participación en ellas y cómo estas creencias influyen en su forma de entender su propia salud bucal. Esta perspectiva se erige como un factor determinante en su percepción global de la salud oral.

#### **8.3.1 Conocimiento y participación en programas de salud oral**

La mayoría de los participantes indicó no tener conocimiento ni haber participado en programas de salud oral, al menos no en programas que fueran de su conocimiento.

*“No, no conozco ninguno ni he participado, o sea yo creo que no me han atendido por ningún programa.” (I173F)*

Una entrevistada mencionó haber participado en programas específicos, destacando especialmente el programa 'Más Sonrisas Para Chile', con un resultado que no la dejó conforme.

*“Yo me fui a atender al consultorio porque se me quebró una muela mientras comía pastel de choclo, con una aceituna me rompió el diente. Yo pegué la mascada se metió ahí en el diente y quedó como atascado. Entonces fui al consultorio Estación y de ahí me mandaron al "Más Sonrisas para Chile" y ahí es*

*donde empezó todo mi drama.” (DH63F)*

Cuando se les preguntó sobre el GES (Garantías Explícitas en Salud) para personas mayores de 60 años, la mayoría no estaba familiarizada con este programa. Algunos pensaban que el beneficio se otorgaba a los 65 años, lo que sugiere una falta de claridad en la información proporcionada.

*“No, no he participado porque por el trabajo no me da tiempo, pero sí he escuchado y sé que, al cumplir 65 años, en el consultorio tengo derecho a que me atiendan y me vean, pero no he participado en nada de eso. Solamente lo he sabido por familiares, no del consultorio, que me han dicho algo, nada” (II63F)*

Además, varios participantes expresaron la necesidad de una mayor difusión y divulgación de estos programas para que la comunidad esté mejor informada.

*“Nunca, tampoco vi afiches o pancartas dentro, la verdad no sé cómo atienden a los pacientes o si les avisan si corresponde, también sería bueno que por ejemplo avisen de... de los programas dentales a los que uno puede ser beneficiario sin necesidad de tener que necesariamente ir a pedir hora al dentista o tener que estar en tratamiento dental en ese momento.” (HM68M)*

### **8.3.2 Funcionamiento de instituciones de salud oral pública**

Se ha expresado preocupación acerca de la atención recibida en los servicios públicos, ya que se menciona la dificultad para obtener citas y acceder a la atención médica oportuna. Esta situación representa un desafío significativo para aquellos que dependen de la red pública en su búsqueda de atención médica.

*“Yo la verdad es que me he sentido desvalida en ese aspecto porque encuentro que el sistema de salud público es lento para poder sacar hora, el sistema público es muy lento y el sistema privado demasiado caro. Considero que debería de haber un término medio en cuanto a ese tema porque son muchas, somos muchas las personas que necesitamos a lo mejor un tratamiento eh... y no... cuesta mucho, cuesta mucho las filas por ejemplo en los consultorios están a las 6:00 de la mañana y dan 3 horas y van como 50 personas, entonces considero que*

*debería de hacerse un estudio y mejorar esa parte del sistema y la gente se atendería mucho más por sistema público y su dentadura duraría por más tiempo en boca.” (JI61F)*

Algunos participantes mencionan los costos prohibitivos al intentar acceder a la atención dental privada, lo cual está fuera de su alcance financiero. Por esta razón, no consideran viable la posibilidad de recibir tratamiento por esa vía.

*“yo todavía estoy afligido con el tema de la salud bucal en cuanto a cómo reponerla o a qué sistema optar. Porque no veo, no veo económicamente la salida. No, no, no encuentro cómo solucionarlo (...) porque es demasiado caro para mí, no tengo los recursos para costearme un tratamiento dental particular.”*  
(MV71M)

Otro grupo de personas relata haber perdido la confianza en los servicios públicos debido a experiencias pasadas, lo que los llevó a evitarlos por completo. Perciben que la atención actual podría ser igual o peor que en el pasado.

*“para mejorar la atención, la atención más profesional para que no nos pasen malas experiencias como la que tuve, al final eso lo único que hace es que uno se aleje del sistema público, que al final ellos deberían ayudar a toda la población y en especial a los que somos clase media baja. Yo ya no quiero tener que ver nada con el consultorio, no me da la confianza.” (DH63F)*

Además, hay quienes reconocen que el acceso a la atención pública ha mejorado, pero aun así optan por no utilizar estos servicios debido a la percepción de que son más complicados y burocráticos. De hecho, aseguraron haber preferido realizarse su tratamiento odontológico en otro sistema de salud, específicamente en Perú, tanto por la parte financiera como por el funcionamiento de este.

*“El sistema de salud dental chileno comparado con otro que yo conozca como es el de Perú, pienso que le falta mucho todavía. Bueno ahora estos últimos años ha habido un mayor aumento de profesionales de la salud bucal como los dentistas y además especialidades como no sé po... endodoncia, ortodoncia. Antes no había tanto eso, ni hablar de tratamiento de conducto, eso era algo demasiado lejano.*

*Aun así para evitarme todo el lío engorroso para que me ingresen, prefiero verme particular, como mencioné, en Perú.” (ET70F)*

*“Fui allá a Tacna, me los saqué todos (los dientes) ... Tenía casi 27. Ahí me hice una prótesis, me saqué todos los dientes sueltos y que tenían tapaduras que eran casi todos y me realicé la prótesis.” (I173F)*

#### **8.4 Entornos sociales y su vínculo con la percepción de la salud oral**

En esta sección de la investigación, se profundizó en el análisis de las relaciones en las PM de Vallenar y su vínculo con la salud oral. Se exploran diversos contextos sociales y áreas de sus vidas, incluyendo el ámbito amoroso y laboral, para comprender cómo estas relaciones influyen en la percepción de sí mismos en relación con su salud bucal.

##### **8.4.1 Relaciones sociales y su vínculo con percepciones en salud oral**

Un grupo de participantes ven como una imagen de apoyo y empatía la familia, la consideran una relación positiva, actuando como un amortiguador contra los efectos negativos de tener un estado de salud oral de regular a mala.

*“Bueno, en la familia no se ve tanto eso, yo creo en la mayoría de las familias porque al menos mi familia me acepta como soy, cierto, da igual si me falta el diente de aquí al lado, o tengo los dientes muy desgastados, mis hijos, mi señora, me aceptan y quieren como soy y eso es lo que me deja más tranquilo.” (HM68M)*

Algunos entrevistados mencionan que las personas de su misma condición sociocultural y de salud entienden a alguien que está pasando por alguna afección dental, lo cual hace que no exista un rechazo social por su salud oral.

*“No he tenido... demasiada repercusión en la parte social, como le digo, porque como le digo son problemas que son comunes. Era y es muy común en la actualidad, inclusive he visto personas como yo, con mayor deterioro y se la acepta como tal, simplemente... que efectivamente no tiene una situación económica buena como para adquirir un proceso de mejora. Ni tampoco de las instituciones que corresponden se las ofrecen” (MV71M)*

Respecto a la participación social y aislamiento, un grupo participantes comentan que se han apartado de participar en alguna ocasión social por algún problema dental puntual que afectaba su estado de salud oral.

*“yo hace un poco tiempo atrás, yo me... cómo se llama, por comerme un pedazo de carne me quedé sin un diente, y yo me perdí como 3 o cuatro cosas que eran importantes para mí de ir, ¿por qué? Porque tenía actividades sociales y primero tuve que ir a verme para ponerme el diente, entonces claro que sí afecta, de todas maneras, afecta directamente, no me podía presentar de esa manera a las actividades, siento que iba a ser socialmente mal visto.” (RP72F)*

Al investigar las conductas sociales de los participantes con relación a su salud oral, surgió el tema de una conducta involuntaria al momento de estar con más personas a su alrededor. Este se refiere a llevar sus propias manos a la boca, para que el resto no mirara su dentadura.

*“Me parece que el caso de mi amiga la Rutita que ella... evitaba un poco conversar, otras veces se ponía la mano en la boca para que no se le viera su dentadura, ella igual se sentía mal con su boquita.” (DH63F)*

En el mismo discurso, emergió la utilización de mascarillas, el cual fue como un “salvavidas” durante la pandemia, para poder ocultar su dentadura. Así, evitaban aislarse en situaciones que involucraran a más personas.

*“El incisivo lateral una vez se me... se me quebró, porque tenía una caries oculta que no apareció y de repente una vez se quebró, como es muy cortito, salió toda la pieza así que quedé con el vacío ahí, así que era bastante incómodo andar con eso, con la falta del diente. Por suerte, digo afortunadamente porque justo coincidió con el tiempo de la pandemia COVID, así que había que usar mascarillas, aprovechaba de taparme con la mascarilla mientras fui a arreglarme, obviamente que yo me trato de ir a atender lo más rápido posible” (HM68M).*

#### 8.4.2 Relaciones afectivas y su vínculo con percepciones en salud oral

En el análisis de los resultados, se observa una diversidad de perspectivas sobre cómo la salud oral afecta las relaciones amorosas en personas mayores. Mientras algunos participantes no le dan relevancia a este aspecto en sus interacciones sociales, otros evitan relaciones amorosas debido a la vergüenza vinculada a su salud bucal. La apariencia dental se destaca como un factor crucial, incluso influyendo en la decisión de iniciar o mantener una relación. Se refleja la importancia asignada a la estética dental en el contexto de las relaciones amorosas. Estos resultados destacan la complejidad de cómo la salud oral influye en la vida afectiva de las personas mayores.

Para algunos participantes no fue un tema de relevancia, el estado de su salud oral no les impidió relacionarse de esa manera con otras personas.

*“No, no, porque estos temas son muy comunes en la sociedad chilena, entonces también yo creo que eso no se estigmatiza tanto, al menos no entre nosotros los simples mortales por decirlo así.” (MV71M)*

El estado de su salud oral influye en la forma de relacionarse amorosamente con personas que ellos quieren o estiman, evitando la posibilidad de alguna relación amorosa.

*“Sí yo conozco varias personas que prefieren no eh... no tener vínculos con nadie por lo mismo por su dentadura, que no han tenido a los medios tampoco como para ir a un dentista y se sienten avergonzados porque de verdad llegar a tener... a hacerse un tratamiento dental es carísimo, mi hermano por ejemplo nunca pudo realizarse un buen tratamiento dental y siempre evitó tener relaciones amorosas por lo mismo” (RP72F)*

Por otro lado, la salud oral impacta en la percepción de cómo ven a la persona con la que se relacionan amorosamente, priorizando la buena presencia antes que el sentimiento.

*“No a mí no me ha sucedido, pero con un... un pretendiente, un casi pololo que*

*tenía yo salimos muchas veces, pero me di cuenta de que a él le faltan algunos dientes y no... y lo dejé (...) porque uno cuando es joven busca más una buena postura, algo así” (JI61F)*

Además, surge un relato donde la persona expresaba su preferencia por usar prótesis dental en todo momento, con el objetivo de ocultar su pérdida dental frente a su pareja. Se identifica una preocupación significativa por su apariencia dental, sintiendo la necesidad de ocultar su pérdida dental, especialmente frente a su pareja.

*“tenía una tía que era mayor y que tenía bueno la pareja de ella, el esposo, también eran de la misma edad, personas cercanas a los 70 años, pero dice que ella nunca se sacaba su placa, porque usaba placa, una prótesis removible, pero ella no se la sacaba como se hace tradicionalmente en las noches, de dejarla remojando en agua en un vaso, no lo hacía porque no le gustaba simplemente que su marido la viera sin placa, ella eternamente delante del marido usaba la placa. Ella la limpiaba en el baño, todo eso, pero no se retiraba sus placas ni para dormir” (HM68M)*

#### **8.4.3 Relaciones laborales y su vínculo con percepciones en salud oral**

Se examinó cómo la condición de salud oral influye en el ámbito laboral, analizando diferentes puntos de vista de las personas.

Se describe que la salud oral del entorno de los participantes ha interferido en su capacidad para llevar a cabo sus tareas cotidianas en el trabajo, ya que prestan especial atención a cómo son percibidos por sus colegas en el entorno laboral. Además, les resulta complicado la comunicación verbal entre colegas.

*“Había un jefe de turno mío que también le pasó lo mismo, estuvo un buen tiempo así con un diente fracturado, como un mes mientras le revisaban y le fabricaban una prótesis con una pieza menos. Pero andaba muy achacado, me acuerdo cada vez que hablaba con nosotros se ponía la mano para taparse porque estaba muy preocupado de la estética.” (HM68M)*

*“Me acuerdo que tenía un jefe que le faltaban sus dientecitos, de repente no le entendíamos las ordenes porque al faltarle dentadura las letras no se pronuncian, entonces a veces él nos decía algo y nosotros muchas veces le volvíamos a preguntar que qué nos decías porque no se le entendía. Esa es una de las experiencias que yo siempre recuerdo por el motivo de que no se entiende lo que a veces uno dice cuando le faltan piezas en su salud bucal.” (AT64F)*

#### **8.4.4 Aspecto físico y su relación con percepciones en salud oral**

En lo que respecta a cómo perciben su salud oral y apariencia física, relatan que antiguamente, en su juventud, daban mayor importancia al aspecto de su dentadura. Mientras que ahora, al envejecer, este aspecto ha dejado de ser primordial para ellos, centrándose en cambio en la funcionalidad dental.

*“Bueno sí, tener sarro me molestaba antes pero ahora no, antes se me juntaba mucho sarro, como que me incomodaba, de hecho, yo me la sacaba con un corta uñas, me lo raspaba. Ahora me preocupa más sentir que tengo la boca sana, no me acompleja tanto si tengo sarro, como cuando más joven.” (II63F)*

También, relatan que lo primero que observan sobre el aspecto físico de una persona es la dentadura.

*“Y yo pienso que la dentadura es una presentación personal de la persona, digamos, el hecho de verse mejor o verse peor depende si usted tiene una buena dentadura. Lo primero en lo que uno se fija en las personas es la dentadura, su sonrisa, ya que llama la atención y es importante en el aspecto físico.” (LG67M)*

#### **8.5 Percepciones sociales y estigmas**

Los hallazgos evidencian percepciones negativas, burlas y discriminaciones que afectan la autoimagen de las PM en torno a problemas en salud oral. Se destacan casos de individuos que enfrentan apodos relacionados con la pérdida dental, generando impacto en su participación social y autoestima. Además, se aborda la estigmatización del envejecimiento, considerándolo negativo y algo que debe ser disimulado. Asimismo, se exploran creencias arraigadas sobre los estándares de

belleza dental, donde se asocia una apariencia dental más joven con aspectos positivos y aceptación social. Queda expuesto entonces la complejidad de las interacciones sociales y las percepciones culturales que influyen en la salud oral de este grupo.

### **8.5.1 Estigma social asociado a problemas dentales**

Se exploraron los problemas dentales estigmatizados en la población mayor de Vallenar. Se describe que existen percepciones sociales actualmente relacionadas a bromas, burlas y discriminaciones debido al estado de su salud oral, lo que influye negativamente en su autoimagen.

*“A un compañero de trabajo que se le quebró un incisivo también, que era muy notorio, así que él trataba de ponerse en la boca cuando hablaba, mientras le fabricaban la pieza que le estaban fabricando y lo molestaban mucho por la pronunciación que tenía, porque decía que igual como que se le salía el aire por el diente que le faltaba, así que un día por ejemplo que estaba pidiendo el trabajo un cautín para soldar, y decían que él no decía cautín sino que decía “flautín” porque las palabras, le salían con la F sin querer” (HM68M)*

*“A un colega donde trabajé (...) le faltaban todas las piezas adelante y él nunca hizo los actos, nunca participó en los consejos de profesores, cuando hacía clase también los niños incluso lo dibujaban en el pizarrón sin su dentadura” (JI61F)*

*“Uno trata de... mantenerse bien delante de las otras personas, de la imagen, en fin y que no le... que no le pongan un apodo, por ejemplo, a mí me decían el sindi. Sindi significaba “sin dientes”, porque me faltaban los dientes de adelante. Era muy sutil, pero igual lo captaba y me sentía mal porque aparte que tenían razón también, pues (...) Compañeros de trabajo, amigos ocasionales que de repente se veían (...) antes me daba vergüenza, me hacía sentir mal esos apodos, me incomodaban, a veces hacía como el que no escuchaba” (MV71M)*

A partir de los testimonios, se observa que la mayoría de las bromas y apodos relacionados con problemas de salud oral se originaban en el entorno local, precisamente donde las personas mayores pasan la mayor parte de su tiempo.

Además, abordaron la cuestión de la discriminación laboral basada en la apariencia de la dentadura, donde algunas personas fueron excluidas de oportunidades de empleo debido a su aspecto bucal.

*“Eh la verdad sí, porque como trabajé años en el hospital veía los currículums de las personas eh... muchos se iban al basurero por la presencia de las personas, ya, por ejemplo, si se veía por la apariencia que tenían mala salud dental, le faltaban algunas piezas no se consideraban para los puestos en el hospital”*

*(MA78M)*

Otro hallazgo encontrado fue que destacaron la presencia significativa del estigma asociado al envejecimiento, revelando que la sociedad percibe el proceso de envejecer de manera negativa. Los participantes muestran una preocupación por disimular o retrasar el envejecimiento, reflejando una presión social que favorece la apariencia juvenil.

*“Ahora hoy en día todos se fijan en la dentadura de cada joven, su limpieza, que se vea saludable da la sensación que uno es más joven o que no se le note la edad, como cuando te dicen “ni se te notan los años”, entonces uno se ríe muestra la sonrisa, y demuestra al tiro la preocupación que se tiene por su dentadura.”*

*(DH63F)*

*“Me acuerdo de que habían muchos chistes y tallas al respecto de gente que le faltaban los dientes y que “Aaah está igual que los viejitos”, que tiene que comer solamente papillas porque le faltan los dientes, era como un comentario chistoso.”*

*(HM68M)*

Varios participantes señalaron observar que la juventud tiende a burlarse en mayor medida de los problemas dentales de las personas mayores.

*“La juventud es burlesca, nosotros como personas mayores ellos no han pasado por las cosas, por las necesidades que nosotros vivimos de niños, las carencias... entonces a ellos ahora le arreglan su dentadura, todo, entonces son muy pocos los niños que tienen fea su dentadura. A veces ellos inconscientemente se burlan de las personas adultas”* (AT64F)

### 8.5.2 Influencia de creencias culturales y sociales

Se investigó sobre las creencias arraigadas acerca de los estándares de belleza dental que poseen las personas mayores, y cómo impactan en la percepción de salud oral. Se destaca que asocian un aspecto dental más joven con algo positivo y consideran que se integra de mejor manera en la sociedad.

*“Una dentadura joven es más entradora en una conversación, llama más la atención, da aspecto de que tienes menos edad y restarle años a nuestra edad es algo muy de moda actualmente, está muy bien visto parecer más joven de lo que uno es, con tantas cosas quirúrgicas y cremas, como si tener más edad fuera algo malo... Pasa lo mismo con la dentadura, buscando pastas que blanqueen dientes.”*

(RP72F)

Se descubrió que las personas mayores mantienen la creencia de que cualquier problema dental o enfermedad oral podría llevar a su aislamiento por parte de la sociedad y de quienes les rodean. Consideran necesario poseer una sonrisa "perfecta" para integrarse más plenamente en la sociedad, llegando incluso a mencionar que tener una sonrisa al estilo "Pepsodent" es casi un requisito, especialmente si se aspira a tener presencia en la televisión. Este hallazgo revela cómo las percepciones sobre la salud oral no solo afectan la autoimagen de las personas mayores, sino que también reflejan las presiones sociales y los estándares estéticos que influyen en su sentido de pertenencia y aceptación en la sociedad.

*“Basta ver a la gente que trabaja en comunicaciones por ejemplo televisión, animadores o cualquier persona que esté frente a otros, hay que ver nomas que su dentadura es perfecta, es lo primero parece que hay harta inversión ahí porque ahí no creo que todos tengan una dentadura al 100% natural... pero se ve cuando se ríen y hablan que no se ve ninguna caries, ninguna tapadura, los dientes están perfectos, todas las piezas, lo dientes no tienen ni desgaste... obviamente que ahí hay una inversión, repito, muy grande se nota hasta en el blanqueo de dientes, alargarse dientes, reponer piezas faltantes porque como ellos viven en la comunicación frente a pantallas, ven que la estética dental vende.”* (HM68M)

## 8.6 Bienestar emocional y autoestima

Se exploró la influencia de la salud oral en la autoestima. También, se investigó cómo su salud oral afecta en su bienestar emocional, a través de los sentimientos que experimentaron.

### 8.6.1 Influencia de la salud oral en su autoestima general

Se puede reconocer una relación negativa en la autoimagen personal y un mal estado de salud oral. Esto quiere decir que las personas mayores que tienen una mala percepción de su propia salud oral también han experimentado una baja autoestima en algún momento de sus vidas, debido a sus problemas orales.

*“Sí, en algún momento de mi vida puede ser. Bueno yo abajo tengo la mitad de dentadura real y el resto es pura prótesis. Entonces una vez se me quebró una muela de la parte inferior y justo esa muela era mía natural y no de la prótesis que yo usaba, como esa muela era mía me sentí más (...), no me gustaba reírme, hablar mucho porque sentía que las demás personas les podía causar gracias y se podían reír de mi dentadura. En todo ese tiempo me sentí bajoneada” (II73F)*

*“De todas maneras influye, por más que una sea positiva y le dé lo mismo todo en aspecto físico, influye en tanto que tus hijos te vean así (...). Considero que tengo una baja autoestima, que me falta crearme más el cuento pero que también me falta tener una sonrisa más bonita para eso. Entonces sí cuesta desarrollarse como persona si uno no tiene la dentadura en buen estado.” (AT64F)*

*“Un amigo mío, o sea no amigo conocido, que ahora está más mayor, más grande se le cayeron casi todos los dientes de adelante, la de arriba, la superior y se sentía muy incómodo de primero... ya ahora se ha soltado un poco, pero él tampoco se ha arreglado su dentadura, le ha costado aceptarse, así como es, esto fue de muy joven, tenía como 33 años más o menos, pero le costó mucho aceptarse y al final nunca se arregló sus dientes, de vez en cuando te lo encontrabas bajoneado por eso.” (DH63F)*

### 8.6.2 Sentimientos en torno a la percepción de su salud oral

En cuanto a los sentimientos relacionados a su percepción en salud oral, las personas mayores asocian emociones negativas, como la vergüenza e incomodidad a un mal estado oral.

*“Antes me daba vergüenza, me hacía sentir mal esos apodos, me incomodaban, a veces hacía como el que no escuchaba. Pero ahora estoy preocupado, estoy bastante preocupado, afligido diría que es la palabra. Pero no lo demuestro, por sobre todo delante de la gente que me conoce. No le manifiesto este sentido.”*  
(MV71M)”

Por el contrario, las personas mayores asocian emociones positivas, como la felicidad cuando su estado de salud oral lo perciben como bueno, por ejemplo, cuando tienen una prótesis removible en buen estado.

*“Sé de alguien (mi esposa) que se ha sentido mal por no tener su dentadura, la parte económica que no le alcanzaba para obtener un repuesto, un trabajo dental... entonces cuando después se dieron las oportunidades y se realizó un trabajo dental, tuvo sus prótesis y le cambió la vida, con mucho más ánimo. Ver sonreír a esa persona, no era lo mismo que cuando no tenía su parte dental completa. Le afectó mucho y cuando se hizo su trabajo dental, como dije recién le cambió la vida, la verdad era otra persona, o sea, sonreía bien y era feliz, estaba feliz. Cambia absolutamente la vida, la forma en la que vive, la felicidad que siente”* (LG67H).

## **9. DISCUSIÓN**

En la presente discusión se habla sobre las percepciones de salud oral y su impacto en la autoestima de las personas mayores en la comuna de Vallenar. A través de esta investigación, se logró indagar y explorar las experiencias y opiniones de esta comuna, comprendiendo las conexiones en salud oral y autoestima en el contexto específico de Vallenar, a través de su historia a lo largo de sus vidas, sus experiencias pasadas ocurridas entre la década de los 60 hasta la actualidad.

Los resultados obtenidos brindan una visión enriquecedora de cómo las percepciones de salud oral influyen directamente en la autoimagen y la confianza de las personas mayores.

### **1. Definición de percepción en salud oral**

Las PM de Vallenar construyen su percepción en salud oral en base a las experiencias que ellos recuerdan y que más impactaron en sus vidas, asociándolas especialmente a dos situaciones: experiencias relacionadas a su salud oral que marcaron su infancia y a experiencias que vivieron durante alguna atención dental.

En cuanto a la infancia con relación a su percepción en salud oral, se destaca el poco acceso a la atención dental que tenían en esa época, aproximadamente entre los años 1950 y 1970. Esto se puede explicar por la inexistencia de programas en salud oral en esos tiempos, como GES en niños de 6 años, que empezó a funcionar a fines de 2007 (MINSAL, 2007), u otros programas como el programa de salud oral de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que nace en 1991, el cual otorga una atención pública, gratuita e integral (Espinoza y cols, 2021) a estudiantes de establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados del país, tanto rurales como urbanos, de todos los niveles (JUNAEB, 2016).

Por su parte, el rol del espacio educativo se reflexiona con la primera vez que asistieron a un dentista, pues a través del colegio y, por el profesor que los

examinaba, se decidía si era necesaria o no atención dental, para luego ser derivados al hospital de Vallenar a ser atendidas por un odontólogo general, que configuraba un sentimiento de miedo. Este sentimiento de miedo asociado a la atención es repetitivo en los relatos.

A su vez, relatan que la mayoría no recibieron educación en salud oral en su infancia debido a la falta de conocimientos en este tema por parte de sus padres o cuidador principal. Esto debido a que en esa época no existía una amplia difusión y trabajo primario sobre la importancia de la prevención y promoción de la salud oral. Se encuentra que los primeros reconocimientos sobre este tema surgieron con el informe Lalonde en Canadá a principios de los años 70 (Coviello, 1990). En Chile, la salud oral no fue inicialmente considerada como una prioridad sanitaria en estas estrategias (Salinas y Vio, 2002). Por lo tanto, la promoción y prevención en salud oral no existían en la infancia de los participantes, lo que dificultó la comprensión de la importancia de estos aspectos y tuvo un impacto directo en la salud oral de la población.

También, se observó como un hallazgo significativo la limitada disponibilidad de recursos socioeconómicos que caracterizaba a las familias en esa época. Esto no es únicamente una cuestión del pasado; al contrario, la condición socioeconómica persiste como uno de los principales factores determinante asociado a la mala salud oral (Palomer, 2016; González y cols., 2021). En Chile aún persisten brechas que favorecen a quienes tienen un mayor nivel de educación, a los seguros privados y a los que están en mejor situación económica (Cornejo y cols., 2015). A medida que el nivel socioeconómico aumenta, se observa una mejora en la salud oral, fenómeno conocido como el "gradiente social en salud". Cuando las posibilidades económicas son amplias, se logra una cobertura más efectiva de las necesidades básicas, facilitando el acceso a aspectos vitales como la alimentación y promoviendo una mayor calidad de vida. La disparidad en el entorno y en las interacciones sociales del individuo juega un papel determinante (González, 2021). En este contexto, los determinantes sociales adquieren una importancia preeminente, relegando a un plano secundario factores como la biología humana, el entorno ambiental y los servicios de salud.

La disminución de la salud bucal vinculada a la dependencia muestra una disparidad marcada según el nivel socioeconómico, ya que las visitas al odontólogo son cuatro veces más frecuentes en las clases sociales más acomodadas que en las menos privilegiadas (Pérez y cols., 2017)

Esta limitación, en su mayoría, actuó como una barrera social que les impidió acceder a servicios dentales de mayor calidad, lo que dejó secuelas irreparables en su salud oral y generó una percepción negativa sobre su condición oral. Un estudio de Fernández y cols., (2011), investigó sobre la salud oral en niños y niñas de sectores rurales y urbanos, y de distintos niveles socioeconómicos en el sur de Chile, encontrando que los niños y niñas de bajos recursos socioeconómicos tienen menos acceso a servicios de salud oral y presentan peores condiciones de salud oral en comparación con los de mayores recursos socioeconómicos, lo que puede explicar por qué en el futuro las personas mayores de Vallenar tienen una percepción negativa sobre su salud oral.

Otro estudio, investigó las autopercepciones de calidad de vida relacionadas con la salud oral en personas mayores, en un albergue de Paraguay. Allí, hallaron que aquellos que, debido a limitaciones económicas, no pudieron mantener una buena salud oral, tienden a experimentar repercusiones negativas posteriormente, desarrollando una percepción desfavorable de su salud oral (Díaz y cols., 2015).

La experiencia investigativa nos presenta que las personas mayores, ya sea que hayan tenido su primer encuentro con el dentista en su infancia o más adelante en la vida, narran experiencias marcadas por el dolor, el miedo o el trauma. Estos sentimientos se transformaron en elementos cruciales que moldearon una percepción desfavorable hacia la atención odontológica a lo largo de su trayectoria. En relación con este tópico, Henríquez y Cartes (2016), concluyen que la percepción negativa al dentista está asociado al temor, al dolor y al modo en que se maneja este dolor, lo que podría explicar por qué las personas mayores de Vallenar tienen una percepción negativa hacia la atención dental debido a experiencias iniciales en el dentista relacionadas con dolor.

En lo que respecta a la posibilidad de acceder a la atención dental, existe una

barrera que se refiere a la duración prolongada de los tratamientos odontológicos. Las personas carecen del tiempo suficiente para someterse a estos procedimientos, lo que dificulta su acceso a la atención odontológica. Según una investigación que indagó sobre los factores de deserción de tratamientos dentales en una clínica odontológica Universitaria en Colombia (Osorio y cols., 2015), uno de los principales motivos por los que los pacientes abandonaron el tratamiento, fue la falta de tiempo para asistir a las consultas. Este mismo fenómeno se observa también en la comuna de Vallenar.

Otra barrera descrita fue la dificultad para un acceso adecuado a la atención odontológica en esa época. En Vallenar, no había consultorios dentales en cada comunidad; la única opción disponible era el hospital, que era el único lugar donde podían recibir atención odontológica. Esta limitación geográfica dificultaba significativamente su capacidad para acceder a servicios dentales regulares, lo que generaba un obstáculo considerable en términos de atención bucal para estos individuos.

También, se describe que el enfoque que se daba en las atenciones dentales no se centraba en la prevención ni en la preocupación por el bienestar del usuario. Más bien, se orientaba hacia la resolución inmediata del dolor sin considerar la importancia de un tratamiento dental integral. En ese contexto, el sistema se concentraba en aliviar el dolor del momento, sin abordar las necesidades dentales de manera integral. Se relata que los procedimientos mayormente se enfocaban en exodoncias y restauraciones, sin tener una visión preventiva o de promoción. Carmona (1945) señala que la ausencia de prácticas preventivas está relacionado con la priorización de tratamientos más urgentes, esto debido al enorme déficit de dentistas en comparación a la necesidad de tratamiento y población que tenían a cargo en esa época.

## **2. Importancia en salud oral.**

Respecto a la importancia en salud oral, se determina que la salud oral es muy importancia en la vida de las personas mayores en Vallenar, principalmente por factores que no solo influyen en el área de salud oral, sino que también en el resto

del cuerpo y en distintos aspectos de su vida cotidiana. Investigaciones mencionan que la salud oral es muy importante en la calidad de vida, ya que la boca desempeña diversas funciones esenciales tanto desde un punto de vista biológico como social. Estas funciones incluyen hablar, comer y sonreír, y pueden tener un impacto significativo en la autoestima, las actividades diarias y el bienestar de una persona (Durán y cols., 2016).

A pesar de la gran relevancia que se menciona, la percepción respecto al estado de salud oral de esas personas es predominantemente de regular a mala. Esto se debe mayormente a la presencia de dolor bucal, pérdidas dentales y enfermedades sistémicas que afectan la salud oral. La mala percepción en salud oral es algo que predomina en las personas mayores (Dho y cols., 2022). En Chile, un porcentaje de personas mayores tiene una percepción de salud bucal mala o muy mala (ENS, 2016). Además, el ser persona mayor genera una peor percepción de la propia salud, esto está asociado a una imagen negativa de la vejez (Cox, 2017; Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, 2019).

Otro punto que se relaciona con lo anterior es el significado en salud oral, en el cual destaca la percepción de una boca saludable. Esta se asocia a una dentadura completa, ya sea de manera natural o rehabilitada de alguna forma. De manera opuesta, se relacionan enfermedades orales como caries, enfermedades periodontales, pérdida dental, halitosis y cáncer oral a un significado de mala salud oral. La percepción que las PM de esta investigación tienen sobre la salud oral se alinea con la definición de salud establecida por la OMS (1946). Según esta perspectiva, el dolor, las preocupaciones estéticas, los problemas que afectan la funcionalidad o la interacción social impactan en el bienestar físico, mental y social. Estos son precisamente los aspectos a los que se refieren al describir qué elementos no son coherentes con un estado de salud (OMS, 1946).

Las personas tienen conocimientos sobre diferentes remedios caseros que provienen de distintos contextos y fuentes de información. Estos remedios han sido utilizados y aún se conservan como recursos para tratar enfermedades. A lo largo del tiempo, estos conocimientos han sido transmitidos y se consideran efectivos para resolver ciertas enfermedades dentales. Esto se condice con

estudios que indagaron sobre esto, el cual concluyeron que los remedios naturales son ampliamente utilizados y forman parte significativa de las prácticas populares relacionadas con la salud. La percepción personal de la salud, un elemento subjetivo relacionado con "envejecer satisfactoriamente", está notablemente vinculada a la toma de menos medicamentos (Gri y cols., 1999).

### **3. Percepciones sobre el sistema de salud público dental**

Respecto al conocimiento de la existencia del GES odontológico de 60 años, las PM no tienen conocimientos sobre su existencia, ni en qué consiste ni su cobertura. Esto se condice con otro estudio que llegó a la misma conclusión, las PM carecen de conocimiento acerca de la existencia del sistema GES en sí mismo y desconocen la presencia de un programa dental dentro del GES dirigido a personas de 60 años (Leiva, 2021).

Existe una notable falta de información y conocimiento sobre el funcionamiento de las instituciones de salud dental, lo que se traduce en una escasa participación en programas de salud oral. Solo algunas mujeres aseguran haber participado en algún programa público de salud dental al menos una vez. Entre los programas mencionados con mayor frecuencia se encuentra el de Atención Odontológica Integral para embarazadas, el que ven como obligatorio. Esta percepción se refuerza con la baja cobertura del GES de 60 años, que solo abarca al 22,8% de la población mayor (Danke y cols., 2022). La poca participación podría ser explicada ya que, a los 60 años, muchas personas siguen siendo activas en el ámbito laboral, impulsadas por las pensiones reducidas y el elevado costo de vida. Esto genera una incompatibilidad entre el horario de atención odontológica y las horas de trabajo (Valenzuela, 2015). Otros factores que ejercen influencia incluyen un nivel educativo e ingresos elevados, que son indicadores de un mayor uso de servicios dentales, así como residir en áreas urbanas (Kiyak y cols., 2005).

En la misma línea, existe la tendencia a asociar el beneficio de Atención Odontológica para personas de 60 años con la edad de jubilación (65 años). Esto puede deberse a la creencia errónea de que, al recibir otros programas de salud a los 65 años, también obtienen automáticamente atención odontológica, vinculando

el GES odontológico de 60 años a los 65 años y asumiendo que todo viene en conjunto. Es relevante señalar que uno de los GES que se implementa a partir de los 65 años es "Ayudas técnicas para personas de 65 años y más" (MINSAL, 2021), el cual brinda rehabilitación a personas de 65 años y más que necesitan ayudas técnicas debido a limitaciones funcionales para desplazarse y/o dificultades en las actividades diarias (Superintendencia de Salud, 2018). Existen otros GES que se otorgan desde los 65 años, como Endoprótesis total de cadera en personas de 65 y más años; Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más; Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono; Vicios de refracción en personas de 65 años y más (problemas a la visión) (Superintendencia de Salud, 2018). En vista de la confusión existente y considerando que la mayoría de los programas GES se destinan a las PM a partir de los 65 años, sería beneficioso extender la aplicación del GES a los 60 y a los 65 años. Es necesaria la implementación de mejoras y la ampliación de cobertura de salud oral integral a toda la población mayor (Quezada, 2011) o hasta los 65 años (Vega y cols., 2022). Esto permitiría que, al buscar atención en otros programas, las personas fueran derivadas al odontólogo, asegurando así el tratamiento integral que tienen derecho a recibir.

Se cree que la única opción de atención dental real es recurrir a servicios privados. Esto se debe, en parte, a la dificultad para conseguir citas en el sistema público y a malas experiencias pasadas en ese ámbito. Sin embargo, muchos no pueden acceder a la atención privada debido a los altos costos asociados, teniendo que verse obligados a aceptar la pérdida de sus dientes en lugar de recibir tratamiento para abordar el problema y aplicar medidas preventivas (Henríquez y Velásquez, 2016). La imposibilidad económica de los pacientes para costear sus tratamientos odontológicos los lleva a una situación extrema en la que su salud bucal se deteriora considerablemente (Henríquez y Velásquez, 2016).

A pesar de que existen estudios que demuestran que la pobreza monetaria<sup>4</sup> y la

---

<sup>4</sup> La pobreza monetaria se podría definir cuando las personas viven en hogares cuyo gasto per cápita resulta insuficiente para cubrir tanto la adquisición de una canasta básica de alimentos como otros elementos esenciales, como vivienda, vestimenta, educación, salud, transporte,

pobreza monetaria extrema en Chile han mejorado y que el acceso a salud ha ido en aumento (González y Villalobos, 2021), queda claro que aún hay mucho trabajo por hacer, especialmente en el ámbito de la salud oral. Además, al considerar el concepto de determinantes sociales de la salud y la pobreza multidimensional, comprendemos que los ingresos no son el único factor determinante para la salud de una persona (Cabieses y cols., 2017). Se menciona en investigaciones que los costos pueden ser un factor determinante en la decisión de buscar atención dental (Kiyak y Reichmuth, 2005).

Esta percepción negativa sobre el funcionamiento del sistema de salud público y los elevados costos en el sector privado lleva a otro grupo de personas a considerar la opción de buscar tratamiento dental en el extranjero, específicamente en Tacna, Perú. Se hace énfasis que tanto los servicios como los costos en el extranjero son percibidos como de mejor calidad que los ofrecidos en nuestro país, como se muestra en la figura 1. Esto se puede explicar ya que, en Tacna, se ofrecen tratamientos dentales a bajo costo en pesos chilenos, alrededor de 3000 CLP, siendo una opción para recibir un tratamiento dental que en Chile no se podría costear. La rapidez de atención debido a la gran cantidad de especialistas también es un punto que se destaca (Labrín, 2014).

---

entre otros. Por otro lado, la pobreza monetaria extrema se refiere a aquellos individuos que forman parte de hogares cuyos gastos per cápita caen por debajo del costo de la canasta básica de alimentos (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).



#### **4. Entornos sociales y su vínculo con la percepción de la salud oral**

En esta investigación se estudiaron si las relaciones sociales tenían alguna incidencia en la percepción de salud oral de las personas mayores de Vallenar. Esta sección se dividió en tres grupos de análisis: ámbito social, relaciones afectivas y relaciones laborales. En la figura 2 se puede observar un resumen de las relaciones entre códigos de estas categorías.

En el contexto social, las personas mayores se sienten cómodas y seguras al interactuar con familiares y personas de su misma clase socioeconómica y cultural. No experimentan rechazo ni buscan aislarse; por el contrario, se integran en relaciones donde existe un vínculo de confianza sólido y bien establecido, como ocurre en el ámbito familiar. Esto podría tener base debido a que consideran a la familia como un grupo colaborativo. Barros y Muñoz (2001), consideran que en las familias donde se intercambian apoyos que brindan respaldo a sus miembros, se establecen vínculos de solidaridad y responsabilidad mutua entre los miembros de la familia, lo que les brinda la certeza de poder contar unos con otros en momentos de necesidad. Esta conexión les proporciona una sensación de respaldo, confianza y seguridad mutua.

Siguiendo el ámbito de relaciones sociales, se observó que las PM tienden a aislarse o a abstenerse de participar en actividades sociales cuando enfrentan problemas dentales que consideran notorios o desfavorables. Esto se ve reflejado también en un estudio que encontró que la pérdida dental, especialmente cuando afecta la estética personal, tiene consecuencias significativas, directamente vinculadas a la disminución de la autoestima y la insatisfacción con la apariencia física. Esto lleva a evitar el contacto social, limitar las salidas de casa y minimizar la interacción verbal, evidenciando síntomas de ansiedad y timidez. La persona puede experimentar la sensación de incomodar a los demás debido a la ausencia de piezas dentales, generando temor a ofender y, como resultado, propiciando el distanciamiento y el aislamiento (Rojas y cols., 2017).

Por el contrario, en eventos sociales con mayor cantidad de personas buscan el aislamiento de manera inconsciente y por esta misma razón han creado conductas

involuntarias para no sentirse discriminados ni aislados, como taparse la boca para ocultar su sonrisa o estado de salud oral. El uso de la mascarilla para estas personas significó una herramienta que les facilitó poder desenvolverse en alguna situación pública. Esto podría ser exclusivo del contexto actual de la pandemia de COVID-19, ya que es posible que, bajo otras circunstancias, no hubieran identificado esta ventaja en su utilización.

Con respecto a las relaciones amorosas, las personas mayores le dieron una mayor importancia en su juventud, siendo un factor clave la estética personal de la persona con la cual se relacionaban o cómo esta podía percibirlo según su estado de salud oral. En consecuencia, hay personas que evitan relacionarse de manera sentimental con otra persona, debido a la mala percepción de su salud oral, dejando de lado sus sentimientos o lazos afectivos por no aceptarse. Experiencia similar encontraron Rojas y cols. (2017) quienes, en el ámbito amoroso, encontraron como un desafío significativo el besar a otra persona, especialmente al inicio de sus relaciones amorosas, cuando no existe conciencia acerca de su discapacidad oral.

Se presentó otro hallazgo en donde preferían utilizar su prótesis todo el día, inclusive en la noche, con tal de no ser vista/o por su cónyuge, a pesar de las consecuencias que ese hábito pudiera causarle. Existen diversos estudios que refieren que las personas mayores prefieren evitar que los vean sin sus prótesis, lo cual evidencia la gran importancia que otorgan a su apariencia y cómo la pérdida de dientes puede afectarla. Este comportamiento contradice la creencia común de que las personas mayores tienen menos interés en la estética en comparación con otros grupos de edad (Alkhatib y cols., 2005; Jiménez y cols., 2021; Johansson y cols., 2022).

El último punto de análisis se centra en las relaciones laborales y cómo afectan a las personas mayores. La comunicación verbal es esencial para transmitir ideas, colaborar eficientemente y coordinar tareas en el entorno laboral. Sin embargo, las personas mayores, debido a problemas en su salud oral, enfrentan dificultades para expresarse claramente con sus colegas en el lugar de trabajo, lo que incide en su capacidad para seguir instrucciones de manera adecuada. En un estudio

realizado en España, se investigó si existía relación entre el estado de salud oral y relaciones de trabajadores, encontrándose una relación entre la ausencia de piezas dentales y manera de hablar, forma de reír, relaciones personales y laborales (Campos y Jiménez, 2021).

Respecto a la discriminación en el ámbito laboral, algunas mujeres mayores manifestaron haber experimentado discriminación al buscar empleo debido a la pérdida dental. Sin embargo, después de someterse a rehabilitación con prótesis removible, lograron conseguir trabajo. Estudios a nivel internacional indican que mujeres percibidas como menos atractivas participan en menor medida en el mercado laboral, los empleadores tienden a asociar la belleza física con la inteligencia, habilidades sociales y buena salud. La baja participación laboral de las mujeres podría estar relacionada, incluso, con la falta de una buena salud dental, ya que, según algunas percepciones, la ausencia de dientes puede afectar las oportunidades laborales (Rojas y cols., 2017). La sonrisa de una mujer puede influir en sus relaciones sociales y productividad, impactando sus posibilidades en el ámbito laboral. En grupos de discusión, se sugiere que algunas mujeres pueden autoexcluirse del mercado laboral debido a problemas dentales, como la falta de dientes o el mal aliento, limitándose a trabajos nocturnos o evitando roles que impliquen atención al público (Palomer, 2016).

Considerando lo expuesto, surge la interrogante de si esta situación se experimenta de igual manera entre los hombres o si está más vinculada a las mujeres, especialmente a aquellas de mayor edad. Cabe destacar que las mujeres mayores de 65 años tienen un promedio de 8 dientes, mientras que los hombres cuentan con un promedio de 12. Además, el 10% de las mujeres mayores de 65 años son desdentadas totales (Borgeat, 2022).

## 5. Percepciones sociales y estigmas

Se reconocen diferentes percepciones sociales de manera negativa que podemos describir como burlas, bromas y discriminación, que las personas mayores experimentaron o vivieron a lo largo de su vida, por el estado de su salud oral. Esto ocurre en diferentes ámbitos sociales, pero se enfoca mayormente en el trabajo, entre sus iguales o del mismo rango.

Existen estigmas marcados por la sociedad que afectan directamente al envejecimiento y a las personas mayores. El envejecimiento tiene una connotación negativa, por lo que hay que tratar de disimularlo o aparentar lo contrario lo más posible, haciendo creer a las personas mayores que demostrar físicamente el pasar de los años, es algo que se debe evitar. El estigma asociado a la vejez es de naturaleza cultural y, por lo tanto, se integra en la sociedad. Los hallazgos de la presente investigación reflejan la coherencia con investigaciones previas sobre estereotipos relacionados con la vejez, las cuales indican que la percepción social hacia las personas mayores tiende a ser mayormente negativa (Dulcey y Ardila, 1976).

Por otro lado, el aparentar físicamente juventud tiene una connotación positiva, lo que va de la mano con una mayor facilidad de integración social. Además, refieren a la apariencia dental como una señal de capital humano, al posicionarlo como un requisito para situaciones como aparecer en televisión (Rojas y cols., 2017).

Tener una dentadura completa, dientes alineados y blanqueados, representan a alguien más joven. Mientras que, a la falta dentaria, se le denomina como “viejito o abuelito”. Incluso utilizan elementos para que su dentadura luzca más juvenil, como es el uso de pasta dentales blanqueadoras con la creencia que la dentadura es la presentación personal de la persona. Este estigma se evidencia en la necesidad de mantener una dentadura saludable y estéticamente atractiva como un medio para parecer más joven. La idea de que envejecer es algo que debe ser ocultado sugiere una influencia profunda de las normas sociales y culturales que valoran la juventud y estigmatizan el proceso natural del envejecimiento. Este fenómeno no solo impacta la percepción de la salud oral, sino que también revela

cómo las creencias culturales influyen en la construcción de la identidad y la autoestima de las PM.

Respecto a lo anterior, la percepción de la apariencia corporal está fuertemente influenciada por estigmas. Una percepción de buen estado de salud oral está ligado a características específicas como una sonrisa con dientes alineados y blancos. Estos atributos suelen asociarse a personas jóvenes y se promueven como estándares ideales de salud oral en diversas campañas publicitarias de productos dentales (McKenzie-Green y cols., 2009). Los estándares culturales occidentales de salud tienden a centrarse en características juveniles, como han señalado Donnelly y MacEntee (2012). Esta tendencia se refleja en los relatos de las personas mayores participantes.

Se identificó la percepción de la necesidad de tener una sonrisa "perfecta" para lograr una integración más completa en la sociedad, llegando a considerarla casi como un requisito. Esto subraya cómo las concepciones sobre la salud oral no solo impactan la autoimagen de las personas mayores, sino que también evidencian las presiones sociales y los estándares estéticos que influyen en su sentido de pertenencia y aceptación en la sociedad. La búsqueda de una sonrisa estéticamente agradable no solo se relaciona con la salud bucal individual, sino que también refleja la importancia atribuida a la apariencia en el contexto social. En la sociedad contemporánea, la salud bucal se percibe como un requisito fundamental, especialmente en una comunidad que sigue estándares rigurosos de belleza, influenciados por factores como la edad, género, cultura y condiciones socioeconómicas (Rúa, 2020). En este contexto, Lukez y cols. (2015, p. 275) sostiene que "la estabilidad emocional, el dominio, la ansiedad y la autoestima se desarrollan en interacción con la estética facial y bucal", permitiendo al individuo desempeñar su papel en la sociedad.

Figura 2. Resumen de la sección “Conocer el significado que le dan las PM a la vejez y su rol en la sociedad”.



Nota: En color naranja se observa el OE2, el cual está asociado a las categorías que lo componen como entorno y estigmas sociales, éstas últimas están relacionadas con los conceptos y códigos más frecuentes y de relevancia para la investigación.

## 6. Bienestar emocional y autoestima

Las personas mayores establecen una conexión directa entre su autoestima y bienestar emocional con la salud de su boca. En otras palabras, si tienen una percepción negativa de su salud bucal, se asocia con una autoestima baja, desencadenando emociones adversas como incomodidad, vergüenza y sensación de aislamiento. En contraste, un buen estado de salud oral o una percepción positiva de su bienestar oral se relaciona con emociones favorables como alegría, felicidad y satisfacción. Rojas y cols. (2017) encontró una relación similar, en que las consecuencias predominantes frente a la pérdida dental, especialmente cuando afecta la estética personal, están directamente vinculadas a la disminución de la autoestima.

Otro estudio encontró que una educación baja, el desempleo, la localidad en donde viven y la pérdida dental debido a caries o enfermedad periodontal, se relaciona con bajos niveles de autoestima, por lo que vivir con una mala salud oral sin la posibilidad de tratarla o remediarla dejaría una marca duradera en el bienestar del individuo a lo largo de su vida (Rúa, 2020).

Otro punto por destacar son las emociones que envuelven a las PM en torno a su salud oral, emergieron la vergüenza, la incomodidad, el malestar, la insatisfacción, el auto rechazo, como características que los hacen sentir su salud oral.

La incomodidad al comer frente a otras personas debido a problemas dentales genera un impacto significativo en la vida de quienes lo experimentan. Esta situación no solo afecta la esfera física al limitar la elección de alimentos y la capacidad de disfrutar de las comidas, sino que también tiene repercusiones en el aspecto social y emocional.

En los diversos enfoques planteados para establecer una conexión entre el estado de salud oral y el desarrollo de un síndrome geriátrico como la fragilidad, se destacan los factores psicosociales, se sugiere que el deterioro de la salud oral podría estar asociado con aspectos como la autoestima, la depresión y el aislamiento social, lo que, a su vez, podría contribuir al desarrollo de la fragilidad

(Albala y cols., 2017; Cademartori y cols., 2018). Respecto a esto, una investigación encontró como resultados que las PM no se sienten cómodas al comer en público y experimentan vergüenza (Díaz y cols., 2012), lo que, como se mencionó anteriormente, puede conducir al aislamiento social. Esta restricción en la vida social puede afectar la salud mental, provocando depresión, demencia e incluso la muerte (Vicente y Sánchez, 2020), contribuyendo al deterioro de la autoestima y generando un círculo vicioso de evitación de situaciones sociales. En última instancia, esta incomodidad puede tener consecuencias más amplias en la calidad de vida general y en la percepción de uno mismo.

En términos de emociones positivas, se resaltó especialmente la satisfacción, como se muestra en la figura 3, principalmente al experimentar una rehabilitación completa, es decir, después de haber concluido un tratamiento integral. En relación con este tema, algunos autores señalan que la utilización de prótesis removibles es de gran importancia, ya que posibilita la restauración tanto de la estética como de la funcionalidad, contribuyendo así a la integración social y fortaleciendo la autoimagen (Papadaki y Anastassiadou, 2012).

Aldea (2023), evidenció que PM frágiles presentan indicadores de salud oral más desfavorables y tienen un acceso más limitado a la atención odontológica en comparación con sus pares robustos. Asimismo, considerando que la fragilidad es un síndrome geriátrico dinámico y reversible (Gill y cols., 2006), intervenir con un tratamiento para contrarrestar la fragilidad podría potencialmente restablecer los indicadores positivos de salud oral. En este contexto, la ausencia de síntomas de fragilidad en una persona robusta sugiere que esta tendría mayores posibilidades de aprovechar los servicios odontológicos, contribuyendo así a la mejora de su salud bucal (Niesten y cols., 2013). Por lo tanto, la implementación de tratamientos integrales apropiados podría contribuir a la robustez de las personas mayores.

A modo de cierre se puede concluir que, en Chile, según el Plan Nacional de Salud Integral para las PM (2021), la población experimenta, en promedio, una década final de vida caracterizada por prácticas poco saludables. Por ende, nos enfrentamos a un desafío que va más allá de la cantidad y se centra en mejorar la calidad de vida durante esos años. Esta ambiciosa meta demanda una

colaboración coordinada entre diversos actores a nivel nacional (MINSAL, 2021).

En síntesis, las políticas públicas promovidas por SENAMA y MINSAL deberían prioritariamente incorporar la atención odontológica integral como un componente esencial e impostergable para impulsar el desarrollo de personas mayores más autónomas y favorecer un envejecimiento activo y saludable. Esta investigación resalta la importancia crítica de la autopercepción de la salud oral, evidenciando su impacto significativo en diversos aspectos de la vida, incluyendo entornos sociales, autoimagen, autoestima y la salud general, con implicaciones en síndromes geriátricos.

Por ende, proporcionar tratamientos orales integrales a la comunidad podría ser beneficioso para contrarrestar la fragilidad, fortaleciendo a las personas mayores y contribuyendo al aumento de su autoestima y confianza en sus capacidades. Además, esto podría mejorar sus relaciones sociales, ya sea en el ámbito afectivo, familiar o laboral, facilitando una reintegración beneficiosa en la sociedad como agentes de relevancia. Asimismo, la implementación de políticas públicas más accesibles y comunitarias sería fundamental para que las personas mayores participen activamente en los programas odontológicos existentes. No obstante, queda evidente que estos programas aún no son suficientes, y se sugiere la extensión del GES hasta los 65 años para ampliar la cobertura en atención odontológica.



## 10. CONCLUSIONES

A través de este estudio, se demuestra la importancia que tiene la percepción en las personas mayores, ya que como pudimos observar ésta se basa en múltiples dimensiones que rodean al individuo, principalmente por tales experiencias enriquecedoras que han vivido a lo largo de estas últimas décadas.

A lo largo de esta investigación, se pudo conocer cómo afecta la percepción en salud oral en la autoestima de las personas mayores. Se pudo concluir que efectivamente existe una relación entre una mala percepción en salud oral y una baja autoestima en las personas. Este hallazgo es de importancia para comprender la complejidad de la salud oral en esta comuna. Esta conexión profunda entre la percepción de la salud oral y la autoestima resalta la importancia no solo de la salud bucal en sí misma, sino también de su impacto en el bienestar emocional y mental de los individuos.

Esta conexión destaca la necesidad de intervenciones de salud pública y servicios de atención médica que aborden no solo los problemas dentales tangibles, sino también las percepciones y las emociones asociadas. Las intervenciones deben ser integrales, considerando tanto la salud física como la mental de las personas mayores. Como se mencionó anteriormente, factores psicosociales como son la autoestima, la depresión y el aislamiento social están relacionados con el desarrollo de fragilidad, y esta se asocia a tener indicadores de salud oral desfavorables. La posibilidad de revertir y prevenir la fragilidad a través de un envejecimiento activo y saludable impactaría positivamente en la salud oral, contribuyendo a la posibilidad de acceder y aprovechar los servicios odontológicos, tal como lo hacen las personas robustas. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben trabajar en conjunto para proporcionar un enfoque que no solo trate las afecciones dentro de la boca, sino que también fomente la confianza y la autoestima en aquellos que enfrentan problemas dentales.

Deberían proponerse programas que brinden apoyo emocional y social a las personas mayores con problemas dentales. Apoyarlos a aceptarse a sí mismos, sin importar el estado de su salud oral, puede mejorar significativamente su

calidad de vida. Este respaldo no solo contribuiría a un envejecimiento activo, sino que también podría desempeñar un papel crucial en la prevención temprana de la fragilidad, promoviendo así un bienestar sostenible a medida que avanzan en la etapa de la vejez.

Además, es crucial educar a la sociedad y crear conciencia para combatir los prejuicios relacionados con problemas dentales, promoviendo una cultura de aceptación y comprensión. También, puede ser de ayuda la existencia de talleres educativos dirigidos a cualquier persona sin importar edad, género o cualquier condición, en el que se promuevan la ruptura de estigmas asociados al envejecimiento y a la vez promuevan los aspectos positivos de la senescencia, para lograr que el envejecimiento sea visto como parte de un proceso biológico natural y que no tiene nada de malo representar físicamente la edad que uno tiene, ya sea en la apariencia física general como en la boca.

Como se mencionó más arriba, se podrían guiar la implantación de programas educativos con una visión de concientización en la comunidad para fomentar la aceptación personal y reducir los estigmas asociados con problemas dentales en la vejez, contribuyendo así a mejorar la salud mental de las PM que viven en aislamiento social, en soledad o con depresión.

Este conocimiento puede guiar a las autoridades locales y a los profesionales de la salud en la implementación de políticas y servicios que no solo se centren en los tratamientos dentales, sino que también consideren el bienestar psicológico de los habitantes mayores de la comuna.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es relevante mencionar que se encontró una escasez de literatura académica. La falta de investigaciones previas y publicaciones relacionadas a las dimensiones estudiadas dificultó la comparación con hallazgos anteriores en el ámbito académico.

Además, es esencial tener en cuenta que los participantes entrevistados tienen un promedio de edad de 68 años. Esto plantea una posible limitación en la extrapolación de los resultados a personas de mayor edad. Sería beneficioso

incluir participantes de un rango etario más amplio en futuros estudios para obtener una comprensión más representativa de las percepciones sobre la salud oral y la autoestima en distintos grupos etarios dentro de la comunidad de Vallenar, contribuyendo a un análisis más matizado de las relaciones entre salud oral y autoestima, permitiendo así abordar de manera más precisa las necesidades de la población en diferentes etapas del proceso de envejecimiento.

Para finalizar, resaltar la participación de las comunidades en investigaciones es de gran importancia en el área de la salud, ya que involucra uno de los aspectos más importantes para las personas, las investigaciones cualitativas permiten la adaptación del sistema a las realidades específicas de cada comunidad para abordar sus percepciones y creencias. Nadie comprende mejor los desafíos y problemas que enfrentan las comunidades que los propios miembros que las integran, abarcando desde jóvenes hasta personas mayores. Reconociendo a la sociedad como un conjunto interconectado, la participación de sus miembros emerge como un recurso invaluable para abordar de manera efectiva las diversas situaciones que puedan surgir. Este enfoque inclusivo y participativo promueve la toma de decisiones informadas y orientadas a las necesidades reales de las comunidades, potenciando así el impacto positivo de las intervenciones. En la actualidad, el respeto hacia las personas de mayor edad debería reflejarse a través de la responsabilidad entre política, agentes sociales, profesionales de la salud y las propias familias.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Internacional de Energía. (2019). Indicadores OCDE Desigualdad, coeficiente de Gini y transferencias sociales. *Boletín económico Social Trimestral*, 4 - 5.

Aguilar, S., y Barroso, J. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, (47), 73-88.

Aguilar, D. (2020). Significados del cuerpo y la salud en el contexto de los estilos de vida modernos. *Universidad Autónoma de la Ciudad de México*. (1), 61-77. [10.26439/persona2020.n023\(1\).4833](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(1).4833)

Albala, C. (2020). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.12.001>

Albala, C., Lera, L., Sanchez, H., Angel, B., Márquez y cols. (2017). Frequency of frailty and its association with cognitive status and survival in older Chileans. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 995-1001. <https://doi.org/10.2147/CIA.S136906>

Aldea, P. (2023). *Fragilidad en personas mayores chilenas y estado de salud oral*. Tesis de pregrado. Universidad de Chile. Repositorio Universidad de Chile.

Alkhatib, M., Holt, R., y Bedi, R. (2005). Age and perception of dental appearance and tooth colour. *Gerodontology*, 22(1), 32-36. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1741-2358.2004.00045.x>.

Amezcu a, M., y Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española De Salud Pública*, 76(5), 423 - 436. <https://doi.org/0.1590/s1135-57272002000500005>

Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A., y Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. *Ultima década*, 15(27), 75-91. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362007000200005>

- Ayús, R., y Eroza, E. (2007). El cuerpo y las ciencias sociales. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 2(4). <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2007.4.217>
- Barros, C., y Muñoz M. (2001). Relaciones e Intercambios Familiares del Adulto Mayor. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.
- Benavides, M., y Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 118-124.
- Bennadi, D., y Reddy, C. V. (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive y Community Dentistry*, 3(1), 1–6. [doi.org/10.4103/2231-0762.115700](https://doi.org/10.4103/2231-0762.115700)
- Berger P. y Luckmann, T. (1967). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2020). Tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile sobre Derechos Humanos, p. 13.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2021). *Vallenar Reporte Comunal 2021*. <https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/reporpdf.html?anno=2021&idcom=3301>
- Biblioteca Del Congreso Nacional. (2017). Vallenar Reporte comunal. [https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas\\_v.html?anno=2017yidcom=3301](https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2017yidcom=3301)
- Bonet, J. (1997). *Sé amigo de ti mismo. Manual de autoestima*. Editorial SAL TERRAE.
- Borgeat, M. (2022). *Análisis de las desigualdades sociales en caries y pérdida dentaria en adultos en Chile*. Tesis para optar al grado de Doctorado, Universidad de Chile. Repositorio Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/192288>
- Branden, N. (1ª ed). (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Editorial Paidós.

Bruzzo, S., Henríquez, J. y Velasco, C. (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada desagregada. Centro de Estudios Públicos: Puntos de Referencia (478), 1-18.

Cabieses, B., Pedrero, V., Oyarte, M., Sirlopú, D., Alfaro Inzunza, J., y cols. (2017). Pobreza Multidimensional, Salud Auto-percibida y Acceso a Salud en Chile: Generando Conocimiento Crítico para la Acción en Red en Salud Pública. In. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11447/1633>

Cademartori, M. G., Gastal, M. T., Nascimento, G. G., Demarco, F. F. y Corrêa, M. B. (2018). Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 22(8), 2685-2702. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2611-y>

Campos, M., Jiménez, D. (2021). Influencia del estado dental en la confianza y relaciones de trabajadores de una industria petroquímica. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*; 30(4): 467-474

Carbajal, Á. (2013). Manual de Nutrición y Dietética. Universidad Complutense de Madrid.

Carmona, I. (1945). *La salud dental pública y su relación con la población infantil chilena*. Santiago.

Carmona, S. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 3(8), 393-401

Carrasco, S. (2022). *Cobertura de los Programas Odontológicos en personas mayores en los Servicios Nacionales de Salud en los años 2018 y 2019*. Tesis de pregrado, Universidad de Chile. Repositorio Universidad de Chile.

Castoriadis, C. 2002. *La Institución Imaginaria de la Sociedad. El imaginario social y la institución*. Vol. 2. Buenos Aires: Tusquets Editores.

Centro de Información de Recursos Naturales. (2022). Características demográficas y socioeconómicas de la comuna de Vallenar. [https://www.sitrural.cl/wp-content/uploads/2022/04/Vallenar\\_demografica.pdf](https://www.sitrural.cl/wp-content/uploads/2022/04/Vallenar_demografica.pdf)

Centro de Políticas Públicas UC. (2019). *Reforma al sistema privado de salud. Observatorio Legislativo*, N° 40, 1-19.

Cid, C. (2011). Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. *Temas de la agenda pública*. (49). ISSN 0718-9745

Constitución Política de la República de Chile [Const.]. (1980). *Artículo 9 [Capítulo I]*. Santiago. Recuperado de: [https://cdn.digital.gob.cl/filer\\_public/ae/40/ae401a45-7e46-4ab7-b9d3-1f7cc5afa9d6/constitucion-politica-de-la-republica.pdf](https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/ae/40/ae401a45-7e46-4ab7-b9d3-1f7cc5afa9d6/constitucion-politica-de-la-republica.pdf)

Contreras, Z. (2000). Factores determinantes que inciden en la calidad de vida en adultos mayores que residen en condiciones de pobreza. Tesis. Universidad de Costa Rica

Cornejo, M., Paraje, G., Vásquez, F., Pérez, G., Palència, L., y Borrell, C. (2015). Changes in socioeconomic inequalities in the use of dental care following major healthcare reform in Chile, 2004-2009. *International journal of environmental research and public health*, 12(3), 2823–2836. <https://doi.org/10.3390/ijerph120302823>

Corona, J. L. (2018). Investigación cualitativa: fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos. *Vivat Academia. Revista de Comunicación*, (144), 69-76. doi: <http://doi.org/10.15178/va.2018.144.69-76>.

Corona, J., y Maldonado, J. (2018). Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana De Investigaciones Biomédicas*, 37(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002018000400022](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000400022)

Coviello, J. (1990). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la práctica clínica*. (3 era ed.): Wolters Kluwer.

Danke, K., Werlinger, F., Jara, G., Gamonal, J. (2022). Salud oral integral para adultos de 60 años: un análisis territorial de su cobertura a 12 años de su implementación. *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol 25(2) 163-173. Doi: <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.67020>

Defensoría Salud. (2022). *No va más: Isapres deben rebajar el precio de sus planes*. Recuperado de: <https://defensoriasalud.cl/2022/02/01/no-va-mas-isapres-deben-rebajar-el-precio-de-sus-planes/>

Dent, E., Kowal, P. y Hoogendijk, E. O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Internal Medicine*, 31, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.007>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2019). Listado establecimientos del departamento de estadísticas e información de salud. Recuperado el 11 de Julio del 2022, desde <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/Listado-establecimientos-DEIS.pdf>

Dho, M. S., Tutuy, J. E., Dho, M. T., Olivera, P. B., y Peláez, A. N. (2022). Percepción de la salud bucal en adultos mayores de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Odontología Sanmarquina*, 25(2), e22679. <https://doi.org/10.15381/os.v25i2.22679>

Díaz, C., Pérez, N., Ferreria, M., Sanabria, D., Torres, C., Araujo, A., Fernández, B., Fleitas, D., Real, C., Godoy, J., y Páez, E. (2015). Autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores residentes en albergues estatales del área metropolitana, Paraguay. *Revista Odontológica Latinoamericana*, 7(1), 23-31.

Díaz, S., Arrieta, K., y Ramos, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 9-16. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>

Dirección de Extensión y Museo Nacional de Odontología (MNO), Facultad de Odontología U. de Chile. (2022). El derrotero de la Fiesta del Cepillo de Dientes.

Recuperado de: <https://odontologia.uchile.cl/noticias/190092/el-derrotero-de-la-fiesta-del-cepillo--de--dientes>.

División de Desarrollo Institucional. (2020). Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita.

División de Prevención y Control de Enfermedades. (2020) Salud Bucal en Adultos y Adultos Mayores. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/>

Donnelly, L., y MacEntee, M. (2012). Social interactions, body image and oral health among institutionalised frail elders: an unexplored relationship. *Gerodontology*, 29(2), e28-e33. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00523.x>

Dulcey, E., Ardila, R. (1976). Actitudes hacia los ancianos. *Rev Latino Psico.*, 8, 57-67.

Dulcey, E., Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 34(1-2), 17-27.

Durán D., Moya P., Aubert J., Becerra A, Lara A., y Monsalves M. (2016). Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con desarrollos extremos en Chile. *CES Odontología*, 29(1), 05-12.

Encuesta Nacional de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados*. Santiago: Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)

Espinoza, G., Pineda, P., Atala, C., Muñoz, P., Muñoz, S., Weits, A., Hernandez, B., Castillo, J., y Zaror, C. (2021). Prevalencia y Severidad de Caries Dental en los Niños Beneficiarios del Programa de Salud Oral Asociados a Escuelas de

Chile. *International journal of odontostomatology*, 15(1), 166-174. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000100166>

Esquivel, R., y Jiménez, J. (2012). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM*, 2(69), 69-75. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2019). América Latina envejece a pasos de gigante. Recuperado de <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasos-de-gigante/#:~:text=Si%20en%20este%20momento%2C%20el,ser%C3%A1%20mayor%20de%2060%20a%C3%B1os.>

Fernández B., Almuiña M., Alonso O., y Blanco B., (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 77-81. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032001000200001&lng=es&tyng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200001&lng=es&tyng=es)

Fernández C., Núñez L., y Díaz N. (2011). Determinantes de salud oral en población de 12 años. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 4(3), 117-121. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072011000300007>

Fernández, J., Fernández, M., Soloaga, I. (2019). *Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe*, Documentos de Proyectos (LC/TS.2019/65, LC/MEX/TS.2019/16), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Fried, L., Tangen, C., Walston, J. (2001). Frailty in older adults: Evidence for phenotype. *J Gerontol*, 56A (3), 146-56.

García, J., Hernández, C. (2022). Estereotipos de Belleza y Discriminación: Un análisis desde la perspectiva de género. *Revista de psicología de la universidad autónoma del estado de México*. 11(27). 41-66.

Gil Nebot, M., Estrada, C., Pires, ML., Aguirre, M. (2002). La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 76(5), 451-459.

Gil, J. y Schmidt, S. (2002). *Análisis de Redes. Aplicaciones en Ciencias Sociales*. México: Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas.

Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Allore, H. G. y Han, L. (2006). Transitions between frailty states among community-living older persons. *Archives of Internal Medicine*, 166(4), 418-423. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.418>

Gómez, A. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*. 19(6). 70-74.

González, L., y Villalobos, C. (2021). Salud y Pobreza en Chile de Post-Transición: ¿Qué nos dicen los indicadores de pobreza sobre la salud de la población? *Revista médica de Chile*, 149(5), 779-789. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000500779>

González, M. (2002). Ética y formación universitaria. *Revista Iberoamericana De Educación*, 29, 85-103. Recuperado de <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/20984/rie29a04.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González, Rosa., Vázquez, J., Rosales, S., Rodríguez, S., y Solar, O. (2021). Determinantes sociales en la salud bucal de adultos mayores. Municipio Plaza de la Revolución. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(3), e3575. Epub 16 de junio de 2021. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2021000300017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000300017&lng=es&tlng=es).

Gri, E., Vásquez, F., Barroso, A., Cantero, M., Monjo, M., Juncosa, S., Planes, A., & Ribas, A. (1999). Consumo de medicamentos y remedios naturales en la población anciana de un área rural. *Atención Primaria*, 23(8), 455–460.

Henríquez, B., y Cartes, R. (2016). Percepciones de la población respecto al cirujano dentista. *Odontoestomatología*, 18(27).

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (4.ª ed.). México: Mc Graw Hill.

Hodgson, G. M., (2011). ¿Qué son las instituciones? *Revista CS*, (8), 17-53.

Hurtado, D., (2004). Reflexiones sobre la Teoría de Imaginarios: Una posibilidad de comprensión desde lo instituido y la imaginación radical. *Cinta de Moebio*, (21), 0.

Ibáñez, T. (2001). Psicología social construccionista. Selección de textos Bernardo Jiménez. México: Universidad de Guadalajara.

Imaginarios: teorías [Imaginaries: theories]. (2010). *Gaceta sanitaria*, 24(5), 433. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.005>

Instituto de Previsión Social. (2022). Conozca el nuevo monto de la Pensión Garantizada Universal (PGU). Recuperado de <https://ips.gob.cl/noticias/conozca-el-nuevo-monto-de-la-pension-garantizada-universal-pgu>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2015). Actualización de las proyecciones de población 2002-2020 INE. Recuperado de: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion/2019/11/29/a-2035-un-82-de-las-comunas-contar%C3%A1-con-una-poblaci%C3%B3n-mayor-a-65-a%C3%B1os-que-superar%C3%A1-a-la-menor-de-15>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Censo de Población y Vivienda 2017. Disponible en <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda/censo-de-poblacion-y-vivienda>

Instituto Nacional de Estadística. (2018). "Estimaciones y Proyecciones de la población de Chile 1992-2050, Total País, Metodología y principales resultados". Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas, Subdepartamento de Demografía.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2022). "Envejecimiento en Chile: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población". Santiago, Chile: Instituto Nacional de estadísticas.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). Perú: Perfil de la Pobreza por dominios geográficos, 2004-2015. Capítulo III. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1370/cap03.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1370/cap03.pdf)

Jiménez, Z., Grau, I. B., Maresma, R., Justo, M., y Terry, E. (2021). Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos mayores. *MediSur*, 19, 115-122

Johansson, A., Omar, R., Carlsson, G. E., Sannevik, J., Mastrovito, B., y cols. (2022). Satisfaction with dental appearance in two cohorts of 75-year-olds examined in 2007 and 2017: A repeated cross-sectional study. *J Oral Rehabil*, 49(11), 1060-1068. <http://dx.doi.org/10.1111/joor.13361>.

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2016). *Salud Oral*. Recuperado de <https://www.junaeb.cl/salud-oral/>

Kiyak, H., Reichmuth, M. (2005) Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J Dent Educ*. 69(9). 975-86. <http://dx.doi.org/10.1002/j.0022-0337.2005.69.9.tb03994.x>

Kornfeld, M. (2011). Experiencias en el desarrollo de institucionalidad en personas mayores. Chile. SENAMA.

Labrín, S. (2014). El hospital peruano que cautiva a los pacientes chilenos. *La Tercera*. Periódico en línea.

Laplace, B., Legrá, S., Fernández, J., Quiñones, D., Piña, L., y Castellanos, L. (2013). Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico*, 17(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008)

Leiton, Z., y Ordóñez, Y. (2003). *Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales*. [Ebook]. Lima: Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social (MIMDES). Recuperado de [https://www.academia.edu/30102916/Autocuidado\\_de\\_la\\_salud\\_para\\_el\\_adulto\\_mayor\\_Manual\\_de\\_informaci%C3%B3n\\_para\\_profesionales](https://www.academia.edu/30102916/Autocuidado_de_la_salud_para_el_adulto_mayor_Manual_de_informaci%C3%B3n_para_profesionales)

Leiva, M. (2021). *Percepción de actores sociales relevantes respecto de las políticas de salud oral para personas mayores en Chile*. Tesis de pregrado, Universidad de Chile. Repositorio Universidad de Chile.

León, S., y Giacaman, R. (2016). Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. *Revista Médica De Chile*, 144(4). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400011>

Lukez A, Pavlic A, Trinajstic Zrinski M, Spalj S. (2015). The unique contribution of elements of smile aesthetics to psychosocial well-being. *J Oral Rehabil [Internet]*, 42(4), 275–81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25339622>

Martín-Crespo, M., y Salamanca, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación: Revista Científica De Enfermería*, 27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7779030>

Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers. Revista de Sociología*, 73, 127.

Martínez, B., Hernández, N., Díaz, D., Arencibia, L., y Morejón, A. (2020). Envejecimiento y caídas. Su impacto social. *Revista Médica Electrónica*, 42(4), 1-12. Recuperado de <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3639>

Mejía, A., Pastrana, J., y Mejía, J. (2011). La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. XII CONGRESO INTERNACIONAL DE TEORÍA DE LA EDUCACIÓN. Recuperado de <https://www.cite2011.com/wp-content/Comunicaciones/A+R/103.pdf>

Milla, S., Morant, A., Gálvez, M., Aliaga, E., Añaños, L., Bernal, A. (2023). Principales síndromes geriátricos. *Revista Sanitaria de Investigación*.

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Adultos mayores. Síntesis de resultados. CASEN. Recuperado de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados\\_Adulto\\_Mayores\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf)

Ministerio de Salud. (2015a). Salud Bucal. Recuperado de <https://www.minsal.cl/salud-bucal/>

Ministerio de Salud. (2015b). Más Sonrisas Para Chile. Recuperado de <https://www.minsal.cl/mas-sonrisas-para-chile/#:~:text=Permite%20a%20las%20mujeres%20acceder,radiograf%C3%ADas%20y%20reemplazo%20por%20piezas>

Ministerio de Salud. (2015c). Garantías explícitas en salud - Salud Bucal. Recuperado de <https://www.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-salud-bucal>

Ministerio de Salud. (2017). *Informe final de Evaluación. Evaluación Programas Gubernamentales (EPG)*. dipres.gob.cl. Recuperado de [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163116\\_informe\\_final.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163116_informe_final.pdf)

Ministerio de Salud. (2018). Salud Bucal en Adultos y Adultos Mayores. Recuperado de <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-a-la-comunidad-salud-bucal/salud-bucal-en-adultos-y-adultos-mayores/>

Ministerio de Salud. (2019). *Orientaciones técnico-administrativas para la ejecución del programa ges odontológico 2019*. Recuperado de

<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-GES-Odontol%C3%B3gico-2019.pdf>

Ministerio de salud. (2020). Estudio de brechas de médicos y odontólogos generales y especialistas en el sector público de salud período 2020-2030. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/INFORME-ESTUDIO-BRECHAS-MEDICOS-Y-ODONTOLOGOS.pdf>

Ministerio de Salud. (2021). Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030. Santiago.

Ministerio de salud. (2022). Plan seguimos cuidándonos, paso a paso. Extraído de: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/04/2022.04.12\\_Plan-Seguimos-Cuida%CC%81ndonos-Paso-a-Paso.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/04/2022.04.12_Plan-Seguimos-Cuida%CC%81ndonos-Paso-a-Paso.pdf) (Recuperado el 27 de octubre del 2023)

Miranda, E. (2014). *El imaginario social bajo la perspectiva de Cornelius Castoriadis y su proyección en las representaciones culturales de Cartagena de Indias*. Universidad de Cartagena.

Monje, C. (2011). Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa Guía didáctica. Neiva, Colombia: Universidad Surcolombiana Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Programa de Comunicación Social y Periodismo.

Montaña, M. (2010). Fragilidad y otros síndromes geriátricos. *Residente*. 5(2). 66 - 78

Montenegro, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Capítulo V. La investigación acción participativa. 135-166.

Morales, A., Jara, G., Werlinger, F., Cabello, R., Espinoza, I., Giacaman, R. et al. (2020). Sinopsis de la Situación de Salud Oral en Chile - Parte II: Diagnósticos Poblacionales de Salud Oral. *Int. j interdiscip. dent.*; 13(2): 88-94. <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000200088>

Nielsen, D., van Mourik, K. y Van der Sanden, W. (2013). The impact of frailty on oral care behavior of older people: A qualitative study. *BMC Oral Health*, 13(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-13-61>

Observatorio del Envejecimiento (2023). *Personas Mayores en la Constitución. Oportunidades y expectativas ante un nuevo proceso*, Año 4, v22. Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Compañía de Seguros Confuturo.

Observatorio del Envejecimiento. (2020). *Mujeres y Envejecimiento: Brechas y desafíos*. Año 1, v2. Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Compañía de Seguros Confuturo.

Observatorio del Envejecimiento. (2021). *Edadismo: Imagen social de la vejez y discriminación por edad*. Año 2, v11. Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Compañía de Seguros Confuturo.

Oddone, M. (2001). “*Caracterización psicosocial de la vejez*”. Informe sobre tercera edad en Argentina. Buenos Aires: Secretaría de Acción social y tercera edad. 281-315.

Organización de Naciones Unidas. (2019). *Perspectivas de la población mundial*. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>

Organización de Naciones Unidas. (2021). *Envejecimiento | Naciones Unidas*. Recuperado el 20 de Julio de 2022, desde <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, adoptada el 15 de junio de 2015 [en línea]. [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Official records of the world health organization. No. 2*. Paper presented at the International health conference., New York.

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Official Records of the World Health Organization*. [Ebook] (2a ed.). New York: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf;jsessionid=B8A375C54C2DAF6851503FE97369EA41?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=B8A375C54C2DAF6851503FE97369EA41?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (1989). *La salud de las personas de edad. Informe del comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 779*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

Organización Mundial de la salud. (2017). *Delegados de la Asamblea Mundial de la Salud acuerdan un nuevo plan estratégico de trabajo para los próximos cinco años*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/23-5-2018-delegados-asamblea-mundial-salud-acuerdan-nuevo-plan-estrategico-trabajo-para>

Organización mundial de la Salud. (2019). *Oral health*. Recuperado de: [https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1)

Organización Mundial de la salud. (2020). *Documentos básicos: cuadragésima novena edición (con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de mayo de 2019)* Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-sp.pdf#page=1](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=1)

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la salud. (2021b). *Informe Mundial sobre el Edadismo*. Doi: [doi.org/10.37774/9789275324455](https://doi.org/10.37774/9789275324455)

Organización Mundial de la Salud. (2022). Chile. Oral Health Country Profile. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/oral-health/oral-health-chl-2022-country-profile.pdf>

Ortiz, J., y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia Y Enfermería*, 15(1), 25 - 31. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>

Osorio, N., Carrillo, Y., y Rodríguez, J. (2015). Factores que influyen en la deserción al tratamiento odontológico en pacientes de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena durante el periodo 2014-I. *International Journal of Science Dentistry*.

Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Palacio, R., Palavecino, P., Undurraga, A. (2021). Elementos clave para avanzar hacia una cobertura universal en salud oral en Chile. *Temas de la agenda pública*. (144). ISSN 0718-9745

Palloni, A., Pinto, G., y Pelaez, M. (2002). Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *International Journal Of Epidemiology*, 31(4), 762 - 771. <https://doi.org/10.1093/ije/31.4.762>

Palomer, L. (2016). Inequidades en salud bucal: Factores que determinan su realidad en Chile. *Acta bioethica*, 22(2), 315-319. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200018>

Papadaki, E., y Anastassiadou, V. (2012). Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. 29(2), e721-e727. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00550.x>.

Paraje, G. (2021). La Constitución y el sistema de salud. Recuperado de <https://www.diarioconstitucional.cl/articulos/la-constitucion-y-el-sistema-de-salud/>

Patton, M. (1988) How to use qualitative methods in evaluation. California: Sage

Pérez, B., Gonzáles, W., Ortiz, C., Cuevas, M., y Gutiérrez, I. (2019). Characterization of self-esteem and oral hygiene in the elderly, Santiago de Cuba 2017. *Revista Información Científica*, 98(5), 566-576. Epub 29 de octubre de 2019. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332019000500566&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000500566&lng=es&tlng=en).

Pérez, F., Cartes, R., Durá, J., y Mora, F. (2017). Estado de salud oral y calidad de vida en pacientes dependientes moderados y severos, CESFAM Boca Sur, Chile. *Revista Médica Electrónica*, 39(5), 1073-1083. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500007&lng=es&tlng=es).

Porto-Gonçalves, C. (2009), “De saberes y de territorios: diversidad y emancipación a partir de la experiencia latinoamericana”, *Polis: Revista de la Universidad Bolivariana*, 8(22). 121 – 136.

Quezada, C. (2011). *Perfil de salud oral y satisfacción en adultos mayores beneficiados y no beneficiados con las GES, salud oral integral 60 años, en Valparaíso*. Tesis de pregrado. Universidad de Valparaíso.

Quiero, K., (2005). Los Imaginarios Sociales de la Reforma de la Salud en Chile (1990-2003). *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, (12), 1-18.

Ramos, C. (2020). Alcances de una Investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1–6. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>

Red de Protección Social. (2023). *Pensión Garantizada Universal*. [https://www.reddeproteccion.cl/fichas/pension\\_garantizada\\_universal](https://www.reddeproteccion.cl/fichas/pension_garantizada_universal)

Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, Unidad de Redes Transdisciplinarias, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. (2019). Policy paper “Salud oral en personas mayores: un desafío

multidimensional para Chile". *Policy paper N°2. Serie Envejecimiento*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

Rodrigues, H. L., Jr, Scelza, M. F., Boaventura, G. T., Custódio, S. M., Moreira, E. A., y Oliveira, D. (2012). Relation between oral health and nutritional condition in the elderly. *Journal of applied oral science: revista FOB*, 20(1), 38–44. <https://doi.org/10.1590/s1678-77572012000100008>

Rodríguez, M. (2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica*. 8(10), 31-39. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/4089>

Rojas, P., Mazzini, M., Romero, K. (2017). Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Dominio de las Ciencias Médicas*. 3(2), 702-718

Rúa, G. (2020). *Relación entre edentulismo y autoestima en consultantes adultos que acuden al servicio odontológico de centros y puestos de salud pertenecientes a la ESE Alejandro Próspero Reverend, Santa Marta 2019*. Tesis. Universidad del Norte, Barranquilla.

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 13, 71-78.

Salinas, J., y Vio, F. (2002). Promoción de la salud en Chile. *Revista chilena de nutrición.*, 29, 164-173. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002029100001>.

Sargent-Cox, K. (2017). Ageism: we are our own worst enemy. *International psychogeriatrics*, 29(1), 1-8.

Secretaría Regional Ministerial de Salud. (2010). *Diagnóstico de Salud Regional de Atacama con enfoques de determinantes sociales de salud*. Tercera región de Atacama. Recuperado de <http://info.seremisaludatacama.cl/documents/epidemiologia/Diagnosticos%20de%20salud/Dg%20Regional%20EDSS.pdf>

Servicio de Salud Metropolitano Norte. (2016). *Programa de atención odontológica integral beneficia a 146 hombres de escasos recursos del SSMN*. <https://www.ssmn.cl/noticia.php?id=275>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2017). *Quinta Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile: Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional*. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Sibilia, P. (2017) El cuerpo viejo como una imagen con fallas: la moral de la piel lisa y la censura mediática de la vejez. En: Costa, F. y Rodríguez, P. La salud inalcanzable. Biopolítica molecular y medicalización de la vida cotidiana. Buenos Aires: EUDEBA

Sistema Nacional de Información Municipal. (2021). Municipal. Población Inscrita Validada en Servicios de Salud Municipal (FONASA) en Vallenar. Recuperado de [http://datos.sinim.gov.cl/datos\\_municipales.php](http://datos.sinim.gov.cl/datos_municipales.php)

Subsecretaría de Previsión Social. (2015). Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas. AUGE-GES. <http://surl.li/nqgjy>

Subsecretaría de Previsión social. (2016). *Sistema de pensiones*.

Superintendencia de Salud de Chile. (2008). Producto y Precios en el Sistema Isapre. Recuperado de [https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-4719\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-4719_recurso_1.pdf)

Superintendencia de salud de Chile. (2018). Superintendencia de Salud invita a adultos mayores a conocer beneficios que entrega el AUGE/GES. <https://www.supersalud.gob.cl/prensa/672/w3-article-17604.html>

Superintendencia de Salud de Chile. (2021a). Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile - Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile. Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html#>

Superintendencia de Salud de Chile. (2021b). Departamento de Políticas Públicas en Salud. <https://www.supersalud.gob.cl/664/w3-article-21056.html>

Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Tello, C. (2011). El objeto de estudio en ciencias sociales: entre la pregunta y la hipótesis. *Cinta moebio*, 42: pp. 225 - 242.

Thumala, D., Arnold, M., Massad, C., Herrera, F. (2015) Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile. Santiago: SENAMA – FACSO U. de Chile. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Tijoux, M., y Riveros, J. (2019). Cuerpos inmigrantes, cuerpos ideales. El racismo y la educación en la construcción de la identidad. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 45(3), 397 - 405. doi: 10.4067/S0718-07052019000300397

Troncoso, C., Amaya, A., (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev. Fac. Med.* 65: 329-32. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>

Tsakos G. (2011). Inequalities in oral health of the elderly: rising to the public health challenge? *J Dent Res.* 90(6): 689-690.

Ulloa, O., Martínez, L., Hernández, K., y Fernández, L. (2019). Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(3), 30-39. Epub 03 de diciembre de 2019. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212019000300030&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000300030&lng=es&tlng=es).

Valenzuela, M. J. (2015). Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años? *Revista Chilena De Salud Pública*, 19(2), p. 181–187. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.36782>

- Valles, A. (2022). *La Investigación Descriptiva con Enfoque Cualitativo en Educación* [Ebook] (1era. ed.). Lima: Facultad de Educación PUCP. Recuperado de <https://files.pucp.education/facultad/educacion/wp-content/uploads/2022/04/28145648/GUIA-INVESTIGACION-DESCRIPTIVA-20221.pdf>
- Varela, M., Torruco, U., Díaz, L., y Martínez, M., (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7),162-167. ISSN: 2007-865X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Vargas, L., (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
- Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A., Chernobilsky, L., Giménez, V., Mallimaci, F., y Mendizábal, N. y cols. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa* (1era ed.). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Vega, C., Campodónica, C., Moraga, E., González, R. (2022). *Estrategias de cobertura en atención dental para el adulto mayor, en el sistema de salud de Chile, comparado con la realidad de Estados Unidos*. Tesis de magíster. Universidad Andrés Bello.
- Velázquez, B., Cárdenas, Á., Sánchez, S. (2018). Salud oral y fragilidad en adultos mayores. *Casos y revisiones de salud*. 1(0), 49-55.
- Vergara, J. (2005). El Mito de las Privatizaciones. *Polisemia*, 45–67. <https://doi.org/10.26620/uniminuto.polisemia.1.1.2005.45-67>
- Vicente, A. y Sánchez, A. (2020) La soledad y el aislamiento social en las personas mayores, *Studia Zamorensia*, XIX(19), pp. 15–32.
- Vigarello, G. (2009) Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días. Buenos Aires: Nueva Visión
- Xiao, J., Alkhers, N., Kopycka-Kedzierawski, D. T., Billings, R. J., Wu, T. T., y cols. (2019). Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A

Systematic Review and Meta-Analysis. *Caries Res*, 53(4), 411-421.  
doi:10.1159/000495187.

## 12. ANEXO I. Consentimiento informado



Trabajo de investigación para optar al título de cirujano dentista

“Análisis de las percepciones de salud oral y su influencia en la autoestima de personas mayores de la comuna de Vallenar”.

### Consentimiento informado

El consentimiento tiene como propósito explicar a los participantes el rol que tendrán dentro de la investigación.

El estudio se llamará **“Análisis de las percepciones de salud oral y su influencia en la autoestima de personas mayores de la comuna de Vallenar”** y está siendo realizada por Milenka Muñoz Iribarren como investigación para optar al título de cirujano dentista, esta investigación está bajo la tutela de Dra. Marcela Farías Vergara.

El propósito general de esta investigación es conocer, analizar y reflexionar la percepción que tienen las personas mayores acerca de su salud oral y en relación con su autoestima, en la comuna de Vallenar.

La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria, la información obtenida será utilizada solo con el fin de indagar, conocer y analizar los datos en esta investigación.

Si accede a participar de forma voluntaria en la entrevista, esta tendrá una duración de aproximadamente 30 minutos, la entrevista será grabada en todo momento, para luego transcribir la información que sea necesaria para la investigación. La información recabada será únicamente utilizada y de acceso solo para el tutor de la investigación como para la estudiante. Los datos personales obtenidos serán de total confidencialidad, ya que el estudio no busca información personal, sino lo que se preguntará y hablará en la entrevista. Si el entrevistado se siente incómodo o no quiere responder alguna pregunta, está en todo su derecho

de comunicarlo o no responder.

Ante cualquier duda, consulta, sugerencia o reclamo comunicarse con la Dra. Marcela Farías Vergara, tutora a cargo de la investigación, que pertenece al Departamento de Patología y Medicina oral, cuyo contacto es [mfarias@odontologia.uchile.cl](mailto:mfarias@odontologia.uchile.cl). También, se puede comunicar directamente con la investigadora cuyo contacto es +56990397215 y correo electrónico [milenka.andrea@gmail.com](mailto:milenka.andrea@gmail.com).

Agradecemos de antemano su participación, una copia de este documento será entregada al participante, éste podrá solicitar información en cualquier momento a los contactos mencionados anteriormente.

La persona que suscribe acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado.

---

Nombre del Participante

Firma del Participante

---

Fecha y lugar de emisión

---

Firma Estudiante Tesista

### 13. ANEXO II. Pauta de preguntas para entrevista semiestructurada

1. Preguntas de acercamiento, introducción al tema e identificación del entrevistado		
- Para conocerlo un poco más hablemos de usted, ¿cuál es su edad?, ¿cuál es su estado civil? ¿cuántos años lleva viviendo en Vallenar, con quién vive, a qué se dedica? (Hacer estas preguntas mientras uno conversa)		
- Solo si desea, cuénteme sobre alguna experiencia que ha tenido con su salud bucal		
2. Preguntas asociadas con los objetivos específicos		
Objetivo específico	Dimensiones	Preguntas
Examinar las percepciones en salud oral de la población mayor de la comuna de Vallenar.	Definición de percepción en salud oral	¿Me podría comentar cómo encuentra que está su salud oral actualmente y por qué cree que es así? *Difícil acceso, problemas socioeconómicos, poca educación, etc.
		¿Cómo ha sido la relación con su salud bucal desde la infancia a la fecha? ¿Podría comentarme alguna experiencia que recuerde?
		¿Cuáles son sus recuerdos en torno a su primer cepillo de dientes? ¿Tiene recuerdos de quién le enseñó a cepillarse?
		¿Podría comentarme sus primeras experiencias en el dentista y si eso le influyó posteriormente en su relación con asistir al dentista? *A qué edad fue, qué se le realizó, etc.
		¿Cuánta importancia le da usted a su salud oral? ¿Por qué razones?

		¿Podría usted contarme cómo era la salud dental en el entorno familiar en el que creció?
	Importancia en salud oral	¿Qué es para usted tener una boca sana?
		¿Conoce o ha escuchado acerca de algún programa de salud oral para su edad? ¿Ha participado en alguno de ellos?
	Percepción sobre el funcionamiento del sistema de salud pública dental	¿Podría contarme si alguna vez usted ha sentido que su sistema de salud no dio solución a algún problema dental que haya tenido?
Conocer el significado que le dan las personas mayores a la vejez en la sociedad	Entorno social	¿Se ha sentido alguna vez discriminado en algún lugar (familia, amigos, cercanos, etc)? Ir abriendo la pregunta: ¿dónde, ¿cómo, ¿cuándo, ¿qué sentiste, ¿qué recuerdas de eso, ¿qué te trajo, ¿cuál es tu percepción? Ej. Bromas, risas, mala mirada o algún halago
		¿Podría comentarme alguna experiencia en que se haya visto aislado o usted haya evitado el contacto con personas debido a su condición de salud oral?
		¿Podría compartir conmigo algún momento en que su dentadura haya influido en sus relaciones amorosas?

		¿Me podría compartir alguna experiencia en que su salud oral haya influido en el ámbito laboral, por ejemplo, para encontrar trabajo, relacionarse con el resto, hacer amigos, comunicarse, haber recibido burlas?
		Si desea, ¿podría comentarme algún momento en que su aspecto físico o estético se vio afectado por su salud oral?
	Percepciones sociales y estigmas	Según su experiencia, ¿considera que tener una dentadura de aspecto más joven es necesario para encajar en la sociedad? *Ejemplo tener dientes blanqueados
Indagar cómo incide la salud oral en la autoestima de la población mayor de la comuna de Vallenar.	Bienestar emocional y autoestima	<p>¿Podría comentarme la forma en que su salud oral influyó a lo largo de su vida en su motivación frente a la vida o en su capacidad de hacer cosas, realizar tareas, etc? (autoestima)</p> <p>¿Podría comentarme algún momento en que su dentadura haya influido en sentirse valorado por las personas que lo rodean?</p> <p>Según usted, ¿considera que su salud oral ha afectado en otro ámbito de su vida? ¿De qué manera? Puede ser para bien o para mal.</p>

