



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO**

**RELACIÓN ENTRE CREENCIAS EN SALUD BUCAL Y PRÁCTICAS DE HIGIENE
ORAL REALIZADAS POR CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES
DEPENDIENTES PERTENECIENTES A LA COMUNA DE PROVIDENCIA.**

Daniela Carolina Araya Cabello

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

**TUTOR PRINCIPAL
Prof. Dra. Iris Espinoza Santander**

**TUTORES ASOCIADOS
Dra. Constanza Garrido Urrutia
Dra. Daniela Muñoz López**

**Adscrito a PRI ODO n° 12/010: “ Nivel de higiene bucal en adultos mayores
dependientes y prácticas para la salud bucal realizadas por sus cuidadores”**

**Santiago - Chile
2013**

AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras de tesis Dra. Iris Espinoza, Dra. Constanza Garrido y Dra. Daniela Muñoz por su apoyo, guía y buena disposición en todo momento a enseñar y hacer posible el desarrollo de este estudio.

Al Dr. Fernando Romo por haber concretado el proyecto de investigación: “Nivel de higiene bucal en adultos mayores dependientes y prácticas para la salud bucal realizadas por sus cuidadores”, por su constante apoyo y dedicación.

Al Dr. Héctor Palomo Rebolledo, Director del CESFAM H. Alessandri por permitir el desarrollo de ésta investigación.

A la Sra. Nancy Campano, E.U. y a la Sra. Darinka Medics, E.U, por su elemental gestión y cooperación para llevar a cabo éste estudio.

A mis padres Rodolfo Araya y Ximena Cabello y a mis hermanos Ignacio Araya y Pablo Araya por su incondicional apoyo durante el transcurso de mi formación profesional, por sus consejos y por su amor constante.

A mi amigo y pareja Pablo Loyola, por ser un pilar fundamental para lograr el desarrollo de esta tesis, por ayudarme, enseñarme y por acompañarme en todo momento.

Principalmente a Dios, porque sin Él nada sería posible.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	
1. Transición demográfica en el mundo y en Chile	4
2. La funcionalidad y salud en el adulto mayor	5
3. Adulto mayor y la dependencia	7
4. Dependencia en Chile	9
5. Cuidadores de adultos mayores dependientes en Chile	10
6. Importancia de la salud bucal e higiene oral en adulto mayor dependiente	12
7. Rol del cuidador en la higiene oral	16
8. Creencias en salud bucal	19
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	27
MATERIALES Y MÉTODOS	28
1. Tipo de estudio	28
2. Diseño de la investigación	28
2.1 Población en estudio	28
2.2 Muestra del estudio	29
2.3 Criterios de inclusión y exclusión	29
3. Elaboración de instrumento de medición	30
4. Contexto del estudio	32
5. Reclutamiento y consentimiento informado	33
5.1 Aplicación de ficha de prácticas de higiene oral	34
5.2 Aplicación de cuestionario al cuidador	34
5.3 Entrega de material educativo	35
6. Consideraciones éticas	36

7. Análisis estadístico	36
RESULTADOS	38
1. Caracterización de la muestra	38
2. Cuidado bucal del adulto mayor dependiente	41
3. Prácticas de higiene oral observadas	44
4. Creencias en salud bucal de los cuidadores	49
5. Relación entre creencias en salud bucal y prácticas de higiene	50
DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	61
SUGERENCIAS	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	70
Anexo 1: Índice de Katz	
Anexo 2: Actas de consentimientos informados	
Anexo 3: Ficha de observación de prácticas de higiene oral	
Anexo 4: Cuestionario al cuidador	
Anexo 5: Video explicativo	
Anexo 6: Tríptico “Higiene bucal en adultos mayores dependientes”	

RESUMEN

Introducción: Actualmente Chile es un país envejecido, y el porcentaje de población de adultos mayores de 60 años está en aumento. Un 24,1% de ellos es dependiente y necesitan ayuda de sus cuidadores, para realizar la higiene oral. El objetivo de este estudio fue describir y asociar las creencias en salud bucal de los cuidadores con las prácticas de higiene oral que realizan en adultos mayores dependientes que están a su cargo.

Materiales y Métodos: Para evaluar las creencias en salud bucal, se utilizó el cuestionario, validado en Chile, Dental Coping Beliefs Scale en español (DCBS-Sp) y a su vez se diseñó una ficha de observación de las prácticas de higiene oral en el adulto mayor. Se utilizó una muestra de 75 cuidadores, seleccionados a través de una aleatorización simple, pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia.

Resultados: 45 (60,0%) cuidadores eran formales y 30 (40,0%) eran informales; y la mayoría de los cuidadores informales correspondían a un familiar del adulto mayor dependiente. Las prácticas de enjuagarse la boca con agua, cepillado de dientes y uso de pasta dental de adulto, corresponden a las más extendidas entre los cuidadores de adultos mayores dependientes. Mejores creencias en salud bucal de los cuidadores se asocian con adecuadas prácticas de higiene oral como explicar al adulto mayor dependiente que le realizarán la higiene oral y la mayor frecuencia con la que ellos la realizan. Para otras prácticas en higiene oral no se encontraron diferencias significativas en relación a las creencias en salud bucal.

Conclusiones: Se encontró que las prácticas de limpieza interproximal son escasas. Mejores creencias en salud bucal se encontraron en aquellos cuidadores que le explican al adulto mayor dependientes mientras realizan la higiene oral y en aquellos que realizan una o más veces al día. Se encontraron resultados desfavorables en creencias en salud, de los cuidadores, en las dimensiones de locus de control externo y creencias para el cuidado de la salud bucal. Se sugiere realizar intervenciones educativas a los cuidadores, para mejorar dichos resultados.

INTRODUCCIÓN

Nuestro país cursa un proceso de transición demográfica, experimentado un envejecimiento poblacional acelerado (1-5). Esto trae como consecuencia el aumento del número de personas mayores de 60 años con comorbilidad de patologías crónicas no transmisibles (1-11) y degenerativas, como también el aumento de discapacidad, limitaciones funcionales y cognitivas (11). Gran parte de la comorbilidad de patologías, que presentan los adultos mayores, los hacen más vulnerables a la dependencia y más propensos a la necesidad de ayuda en el diario vivir (5-8).

Se entiende por dependencia a la dificultad o incapacidad que padece una persona y que la obliga a solicitar ayuda a un tercero, para poder realizar sus actividades cotidianas, como por ejemplo vestirse, trasladarse, comer, entre otras (11).

Los adultos mayores dependientes en numerosas ocasiones requieren la ayuda de sus cuidadores para realizar actividades de autocuidado como la higiene oral, en comparación con adultos mayores autovalentes o frágiles (14-16). A pesar de lo anterior, se ha visto que sus necesidades de asistencia en higiene oral, muchas veces son desatendidas y en general los cuidadores tienen una formación limitada en la higiene oral (17-21).

Por otra parte, se ha encontrado que los adultos mayores dependientes, frecuentemente presentan problemas de salud bucal, los que aumentan su malestar, aislamiento, angustia y afectan la calidad de vida. A su vez, podría asociarse a un aumento de desnutrición, riesgo de enfermedad cardiovascular y otras complicaciones sistémicas (19,21-34).

Se ha estudiado actitudes y percepciones hacia la salud bucal y educación en higiene oral de los cuidadores, sin embargo, se ha observado que los intentos de programas educativos no siempre logran resultados satisfactorios (19). Una posible explicación de ello es la existencia de una brecha entre el conocimiento en

salud bucal y el comportamiento como prácticas de higiene oral, debido a la influencia de las actitudes y percepciones de los cuidadores hacia el cuidado bucal de las personas que están a su cargo (19).

En nuestro país se han realizado escasos estudios sobre las creencias en salud bucal de los cuidadores y no se ha analizado si esto influye en las prácticas de cuidado bucal en adultos mayores dependientes. Por ello, se realizó el presente estudio, cuyo objetivo fue describir y asociar las creencias en salud bucal de los cuidadores con las prácticas de higiene oral que realizan en adultos mayores dependientes a su cargo, pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia.

MARCO TEÓRICO

1. Transición demográfica en el mundo y en Chile

La transición demográfica es un fenómeno a nivel mundial, que se describe como el paso de una población con alta fecundidad y mortalidad a una población de baja fecundidad y mortalidad, cuyo resultado se refleja en el aumento de la esperanza de vida y en el aumento del número de personas mayores de 60 años (1). Es así que en el siglo XX, en el mundo, este fenómeno llevó a que prácticamente se duplicara el número de personas mayores de 60 años, pasando de 400 millones de personas, en los años 50, a 700 millones de personas, en los años 90. Se estima que para el año 2025 existirán, en el mundo, aproximadamente 1.200 millones de ancianos (2). Si bien, el proceso de transición demográfica es a escala global, éste difiere de un país a otro, siendo así que en América sólo algunos países como Argentina, Brasil, Chile, Canadá, Cuba, Estados Unidos, Jamaica, Puerto Rico y Uruguay, entre otros, cursan un estado de transición demográfica avanzada, definida por una natalidad y mortalidad moderada o baja, con un crecimiento natural bajo el 1% (2,3).

Por lo mismo, nuestro país experimenta un envejecimiento poblacional acelerado (4-5). En la década del 70 las personas mayores de 60 años representaban solamente a un 8% de la población de Chile (5), mientras que, en el CENSO del 2002 se reportó que el 11,4% de la población corresponde a éste grupo etáreo, lo que equivale a 1.717.478 de personas en calidad de adulto mayor (6), y se proyecta que para el año 2025 representarán el 20% de las personas del país, convirtiéndose Chile en el país más envejecido de América Latina (7). A su vez, la esperanza de vida al nacer también ha mostrado un aumento sustancial, siendo así que entre los años 1969-1970 el promedio de esperanza de vida era de 61,53 años, a diferencia con el año 2009, en donde la esperanza de vida era 78,4 años (8).

Los efectos más previsibles del envejecimiento poblacional son el crecimiento de la población con patologías crónicas de salud, limitaciones funcionales y

cognitivas, cambios físicos y una mayor prevalencia de discapacidad (9-13). De hecho, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), determinó que el 37,5%, de los adultos mayores, tiene una enfermedad crónica, el 22% posee dos enfermedades crónicas y el 0,4% de las personas mayores tiene seis enfermedades crónicas (36). Gran parte de la comorbilidad de patologías crónicas que padecen los adultos mayores los vuelven más vulnerables a la dependencia y más propensos a la necesidad de ayuda en el diario vivir (7,11).

2. La funcionalidad y salud en el adulto mayor

Gracias a la Primera y Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, celebrada en Viena (1982) y en Madrid (2002), respectivamente, es que el concepto de vejez se ha comprendido como una etapa de vida activa, en el que se puede lograr la total autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. Por lo tanto, la organización Panamericana de la Salud (OPS) define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino en términos de mantenimiento de la capacidad funcional (10).

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como el indicador más representativo de este grupo etéreo, el estado de independencia funcional (10,13). Es así que, la salud ya no puede ser medida sólo en términos de la presencia o ausencia de enfermedad, pues se debe valorar, también, el grado de conservación de la capacidad funcional (12). Por ello, el objetivo primordial del enfoque geriátrico es la mantención y mejoría de dicha funcionalidad (13).

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) (37), para mantener el cuerpo y subsistir independientemente (10), a esto también se le conoce como los *niveles básicos de funcionalidad*, y la capacidad de una persona para realizar estas acciones, que

mantiene al individuo independiente y cumpliendo con su rol social (36).

La pérdida de la funcionalidad puede ser la intersección común de diversas patologías (13). Por lo tanto, la alteración de la funcionalidad puede ser un indicador de las consecuencias de una enfermedad sistémica que padece un paciente, y el reconocimiento de la alteración de la funcionalidad permite identificar la enfermedad y así establecer un diagnóstico, un plan de tratamiento y un plan de cuidado del adulto mayor (37).

Para evaluar los niveles de funcionalidad en los adultos mayores, se utilizan instrumentos cuyo objetivo es determinar las AVD que pueden realizar de manera independiente (36). Las AVD se clasifican en tres grupos:

- a) **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**: Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de: *autocuidado* (bañarse, vestirse, ir al baño y comer), *funcionamiento básico físico* (desplazarse dentro del hogar) y *mental* (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas) (37). Algunos índices utilizados para medir las ABVD son el índice de Katz, el índice de Barthel, la escala de observación de AVD de Montorio (EO-AVD), escala de ejecución de AVD o PADL, entre otros (38).

- b) **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)**: Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como usar el teléfono, acordarse de tomar los medicamentos, subir las escaleras, tomar el metro o un taxi, cocinar, realizar actividades domésticas básicas (lavar los platos, hacer la cama), ir al médico, hacer tramites y administrar el propio dinero,

entre otras (37). Algunos de los instrumentos que miden las AIVD son la escala de Lowton y Brody y el cuestionario de actividad funcional (FAQ) de Pfeffer, de acuerdo el artículo de De Lucas (38).

- c) **Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD):** Son aquellas actividades que permiten al adulto mayor desarrollar un papel social (38). Corresponden a actividades como aficiones, acudir a actos religiosos, asistir a reuniones de comunidad con vecinos, etc (39). Para evaluar las AAVD existe la escala de salud funcional de Rosow y Breslau, y la escala física de AAVD de Siu y Reuben, de acuerdo al artículo de De Lucas (38).

En general, la pérdida de los niveles de funcionalidad sigue un patrón jerárquico, es decir, primero se pierden las actividades más avanzadas, luego las instrumentales y finalmente las básicas (13).

3. Adulto mayor y la dependencia

Existen varios instrumentos para evaluar los niveles de funcionalidad en los adultos mayores, con el propósito de determinar las actividades de la vida diaria (AVD) que pueden realizar de manera independiente (36). En Chile, a partir del año 2003, se creó un instrumento predictor de la pérdida de funcionalidad llamado “Escala de Evaluación Funcional del Adulto Mayor, EFAM-Chile”, y se aplica actualmente una vez al año a toda persona mayor de 60 años autovalente o frágil, durante el Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), la cual corresponde a una de las garantías GES (40-41). El EFAM-Chile permite diferenciar los adultos mayores autovalentes de los dependientes, y adultos mayores autovalentes con o sin riesgo de enfermar (40), con el objetivo de detectar aquellos adultos mayores que estén en riesgo de perder funcionalidad a mediano y largo plazo (13).

De esta forma, a partir del resultado del EFAM-Chile, se clasifica al adulto mayor en los siguientes grupos (36):

- a) **Adulto mayor sano o autovalente:** aquel adulto mayor capaz de realizar actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, las que permiten integrarse activamente al medio. Además, el SENAMA lo define como un adulto mayor capaz de valerse por sí mismo, lo cual le permite ser autónomo y, por ende, tener un envejecimiento activo (13).
- b) **Adulto mayor frágil:** aquel adulto mayor con susceptibilidad aumentada a la discapacidad, es decir, con alguna patología crónica (42).
- c) **Adulto mayor dependiente:** aquel adulto mayor que presenta alguna restricción física o funcional que limita o impide el desempeño de las ABVD (42).

Se entiende por dependencia a la dificultad o incapacidad que padece una persona y que la obliga a solicitar ayuda de un tercero, para poder realizar sus actividades cotidianas. La OMS define la dependencia como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” (11).

Aquellos pacientes mayores de 60 años que luego de ser evaluados, a través, el EFAM-Chile y que resulten ser dependientes se les aplica otro instrumento, el índice de Katz (43) (Anexo 1), con el objetivo de determinar el grado de dependencia que presente el adulto mayor. Éste índice evalúa seis funciones: bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse, continencia urinaria y comer.

Los niveles de dependencia, según el índice de Katz, son los siguientes:

- a) **Dependencia leve:** aquella persona que no necesita ayuda (pero sí supervisión o guía) o necesita ayuda solo para un componente de las ABVD.

- b) **Dependencia moderada**: aquella persona que requiere asistencia para más de un componente de las ABVD, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.
- c) **Dependencia severa o postración permanente**: aquella persona que requiere apoyo, guía y supervisión total de las ABVD.

4. **Dependencia en Chile**

El SENAMA, a través, del Primer Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores, determinó que el 24,1% de las personas mayores en Chile era dependiente, lo que equivale a 405.539 personas mayores de 60 años. El 53,1% de este grupo etáreo era dependiente severo, el 21% era dependiente moderado y el 27,6% era dependiente leve (36). Además, se reportó que existen muchas más mujeres dependientes que hombres en ésta situación. De hecho, 2 de cada 3 personas mayores con dependencia son mujeres (36).

Éste estudio, también, reveló que tanto la prevalencia, de adultos mayores dependientes, como el grado de severidad de la dependencia, aumenta a medida que aumenta la edad de los adultos mayores (36).

Se encontró que la Región de los Lagos es la región que presenta mayor prevalencia de dependencia con un 37,2%. Por otro lado, la región con menor prevalencia de dependencia en las personas mayores es la Región de Magallanes con un 12,3%. La región Metropolitana presenta un 21,1% de dependencia en los adultos mayores, situándose por debajo del promedio de las regiones del país (36).

5. Cuidadores de adultos mayores dependientes en Chile

Cuando la dependencia del adulto mayor es manifiesta, inevitablemente se necesitan los cuidados de un tercero, por lo que se involucran dos actores: la persona dependiente y quien la cuida (44). Se entiende por cuidador a aquella persona que asiste o cuida a otra, afectada de cualquier tipo de discapacidad o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (44).

El **cuidador informal** es aquel cuidador que no es remunerado y posee un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Habitualmente corresponde a un familiar, amigo o vecino (45).

El **cuidador formal** es toda aquella persona que cuida en forma directa a otra persona, recibiendo un pago por su trabajo. Idealmente los cuidadores formales están capacitados, a través, de cursos técnicos-empíricos de formación para otorgar atención preventiva, asistencial y educativa (45).

Todas aquellas actividades, que realizan los cuidadores, con el propósito de que las personas mayores dependientes puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible, se conocen como cuidados a largo plazo. Por lo tanto, los cuidados a largo plazo se refieren a brindar apoyo al adulto mayor para realizar las AVD durante un prolongado período de tiempo (46). En nuestro país, existen básicamente dos tipos de cuidados a largo plazo (47):

- a) **Cuidados informales a largo plazo**: el cual se concreta en el ámbito de la familia, de la comunidad y hogar de cada adulto mayor dependiente. Este tipo de cuidado también es conocido como *cuidados domiciliarios*. Cabe destacar, que a su vez, existen cuidadores domiciliarios formales, quienes corresponden a personas remuneradas por la familia, para brindar dichos cuidados, en el domicilio del paciente (47).

- b) **Cuidados formales a largo plazo**: corresponden a los que se brindan en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM), en donde, los pacientes se encuentran institucionalizados u hospitalizados socialmente (47).

En Chile, el SENAMA reveló que el 92,2% de los cuidadores domiciliarios de adultos mayores dependientes corresponden a familiares (7). Además, reportó que la mayor proporción de cuidadores corresponde a un hijo(a) con un 36,1%, seguido por esposo(a) con un 27,9% y en tercer lugar se encuentra los yernos o nueras con un 13,3%. Un 7% de los cuidadores no corresponde a un familiar; y el mayor porcentaje de los cuidadores corresponden a mujeres (85,6%) (36).

Debido a que la mayoría de los cuidadores domiciliarios corresponden a familiares, en el año 2006 como iniciativa presidencial, se implementó el “Programa de apoyo al cuidado de personas postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de autonomía” para brindar apoyo a las familias quienes cuidan a aquellas personas (46). Efectuándose éste programa en distintas comunas a lo largo de todo el país, con los objetivos de mejorar la calidad del cuidado, aliviar y capacitar permanentemente a la familia que cuida, a través, de apoyo monetario, con el fin de impedir la institucionalización de la persona postrada, discapacitada severa o con pérdida de autonomía (48). Las municipalidades, que cuentan con este programa, tienen la facultad de reconocer a aquellos cuidadores familiares de postrados quienes cumplan los requisitos necesarios para acceder al estipendio (cuidar a un postrado/a permanente según índice de Katz, el cual debe estar inscrito/a en el programa de postrados de atención domiciliaria de atención primaria de salud (APS), que cuente con un familiar o cuidador responsable capacitado por el equipo de salud y por último que sea beneficiario/a clasificado como pobre no indigente o indigente) (48). Además, cada comuna deberá informar mensualmente al servicio de salud y al ministerio de salud, la población bajo control de postrados y con pérdida de autonomía, los ingresos y egresos, población con estipendio vigente y población excluida por no cumplimientos de criterios de inclusión y número de cuidadores capacitados (48).

6. Importancia de la salud bucal e higiene oral en adulto mayor dependiente

Diversos estudios han encontrado que los problemas de salud bucal son frecuentes, en adultos mayores dependientes (14-17,35), a su vez, se han reportado bajos niveles de higiene oral y protésico, lo cual se asocia con patologías orales como: caries coronal, caries radicular, gingivitis, periodontitis, halitosis, estomatitis subprotésica y otras infecciones bucales (18-21).

Por otro lado, la retención de placa bacteriana es un problema, entre personas adultas mayores, que se ve agravado por restauraciones existentes, falta de dientes, resección gingival y uso de prótesis removibles (18). Además, se sabe que las enfermedades bucales como caries dental, gingivitis y periodontitis, entre otras, pueden ser bien prevenidas y controladas, a través, de la combinación de técnicas de higiene oral y limpieza dental profesional (22).

La falta de una adecuada higiene oral, entre los adultos mayores dependientes, repercute no solo a nivel de la salud bucal, como se dijo anteriormente, sino que también influye en el estado de salud general, de hecho, la evidencia científica indica una asociación entre el aumento de las infecciones bucales y complicaciones de la salud general (25-34).

La mala higiene oral se presenta con mayor frecuencia, en adultos mayores dependientes, lo que puede aumentar la morbilidad y mortalidad de éste grupo etáreo (20). Es así que, condiciones higiénicas deficientes de la cavidad bucal se asocian con (24):

- a) **Infecciones respiratorias:** Se sugiere que una mala higiene oral predispone al desarrollo de infecciones respiratorias, en adultos mayores que requieren de cuidados, quienes están más susceptibles a desarrollarlas (24-26). Se plantea que enfermedades del tracto respiratorio bajo como la bronquitis crónica, enfisema pulmonar, neumonía por aspiración y

enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en adultos mayores dependientes, puede deberse a la presencia de periodontopatógenos en sacos periodontales y placa dental (24-25). Se cree que estas infecciones pueden iniciarse como una contaminación del epitelio respiratorio por microorganismos presentes en forma de aerosol o por aspiración de bacterias desde secreciones bucodentales o a partir de un reservorio de potenciales patógenos respiratorios depositados en prótesis dentales removibles con pobres condiciones higiénicas (20).

Por lo mismo, se plantea que el cuidado de la salud bucal desempeña un papel importante en la prevención de infecciones respiratorias, en adultos mayores dependientes (26). En una reciente revisión sistemática se llegó a la conclusión que una adecuada salud bucal disminuye la cantidad de patógenos en las vías respiratorias bajas, sugiriendo una reducción en la neumonía por aspiración y en otras infecciones respiratorias (26).

- b) **Enfermedad Cardiovascular:** Las enfermedades cardiovasculares (ECV) tienen una etiología compleja determinada por factores de riesgo, que son a su vez asociadas al componente genético y factores ambientales.

En los últimos años, varios estudios han asociado una mala higiene oral y enfermedad periodontal crónica como un posible factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (24,27-30). Varios estudios se han centrado en los probables mecanismos, a través de la cual, la enfermedad periodontal puede contribuir en la patogénesis de la ECV. Los mecanismos propuestos son a través de (29):

- i. La inducción de la agregación plaquetaria provocada por determinadas bacterias bucales.
- ii. La liberación de grandes cantidades de mediadores pro-inflamatorios, que es consecuencia de la respuesta del huésped ante el estímulo de bacterias bucales.
- iii. El efecto en el endotelio de los productos bacterianos e inflamatorios concentrados en el suero como consecuencia de

una bacteremia.

También, se han planteado tres posibles vías de diseminación de las bacterias, de la enfermedad periodontal, que puede ser responsable de la consecuente ECV (29):

- i. Propagación metastásica de la infección de la cavidad oral como resultado de una bacteremia transitoria.
- ii. Afectación metastásica pulmonar mediante la circulación de toxinas microbianas orales.
- iii. Inflamación metastásica derivada de una respuesta inmune a microorganismos orales.

A pesar, de que varios estudios reportan una asociación entre enfermedad periodontal y ECV, aún existe controversia, pero se propone la enfermedad periodontal crónica como un posible marcador de riesgo de ECV. Sin embargo, se necesita más evidencia sobre el tema para determinar una real asociación entre ambas enfermedades y qué tipo de enfermedad cardiovascular se relaciona con enfermedad periodontal (24, 27-30).

- c) **Diabetes Mellitus:** diversos estudios han planteado una interrelación entre enfermedad periodontal y diabetes mellitus (24). Es así que, la diabetes mellitus se asocia con un aumento de la aparición y progresión de la periodontitis (31-32); y a su vez, se cree que la enfermedad periodontal puede tener efectos adversos en el control de la glicemia y complicaciones de la diabetes (31-32).

Se ha visto que la persistencia de la hiperglicemia, en la diabetes, provoca la glicosilación y oxidación de proteínas y lípidos, formándose consecuentemente, los productos de glicosilación avanzada (AGE), los cuales, se acumulan en el plasma y diversos tejidos. En la superficie celular de numerosas células del cuerpo como: monocitos, fibroblastos, células endoteliales y podocitos, entre otros, se encuentran los receptores de AGE

(RAGE) lo que genera un aumento de la respuesta inflamatoria. Así, por ejemplo, la interacción AGE-RAGE induce a los monocitos a secretar citoquinas proinflamatorias lo cual incrementa la persistencia de la inflamación y destrucción del tejido periodontal. Además, se ha visto que la diabetes influye negativamente en la reparación ósea, pues AGE disminuye la producción de matriz extracelular, inhibe la diferenciación de los osteoblastos e induce la apoptosis de fibroblastos y osteoblastos, retardando la reparación de heridas y reparación del hueso alveolar reabsorbido, en la enfermedad periodontal (31-32).

Actualmente, se ha planteado un posible rol de la enfermedad periodontal sobre el control glicémico de la diabetes, pero los mecanismos que expliquen dicha asociación aún deben seguir estudiándose (31-32). Una de las hipótesis que se postulan es que infecciones periodontales crónicas, donde participan principalmente bacterias Gram-negativas (*P.gingivalis*, *T.Forsythensis* y *P.Intermedia*) genera un aumento de mediadores de la inflamación como PCR, IL6 y fibrinógeno en el plasma, lo cual, aumenta la resistencia a la insulina y afecta el control de la glicemia empeorando la condición diabética de los pacientes que la padecen (31-32).

- d) **Mal Nutrición:** la mala higiene oral y pobre salud bucal se asocia con enfermedades sistémicas, como se dijo anteriormente, las cuales pueden comprometer las habilidades para masticar y comer, lo que repercute en el estado nutricional (24). Además, se ha visto en estudios que hay adultos mayores que presentan una capacidad masticatoria disminuida por el estado de salud bucal que presentan, debido al poco número de dientes naturales que poseen o a la ausencia de ellos (33-34). De hecho, se ha demostrado de manera consistente que existe una reducción de la eficiencia masticatoria con un menor número de dientes o con dientes naturales y prótesis parcial removible en comparación con el mismo número de dientes naturales. Asimismo, una disminución de la eficiencia

masticatoria se asocia con una menor capacidad de digerir los alimentos (34).

Esta alteración lleva a las personas a seleccionar una dieta que puedan masticar con comodidad, la cual, se caracteriza por ser una dieta baja en frutas y verduras, reduciendo así la ingesta de polisacáridos sin almidón, micronutrientes y nutrientes esenciales. También, se ha demostrado que la falta de dientes, en adultos mayores, se traduce en una reducción de la ingesta dietética total (34).

- e) **Calidad de vida:** Se ha visto que la calidad de vida se ve afectada por el estado de la dentición e higiene oral, ya que sus consecuencias como la pérdida de dientes, dolor, incomodidad, infección de la mucosa bucal y condiciones de xerostomía (en relación al uso de múltiples medicamentos) pueden aumentar el malestar, de los adultos mayores dependientes, deteriorar su autoestima, aumentar el aislamiento y la angustia (14-15,17, 34-35).

Por lo tanto, la higiene oral es igualmente importante, tanto para la salud bucal del adulto mayor como para la salud general y la calidad de vida que éstos posean.

7. Rol del cuidador en la higiene oral

Los adultos mayores dependientes requieren la ayuda de los cuidadores, para realizar las ABVD y por lo mismo pueden ser incapaces de realizar actividades de autocuidado como la higiene oral (16), en comparación, con adultos mayores autovalentes y frágiles (14-15). Además, como se dijo anteriormente, uno de los problemas de los adultos mayores dependientes, es la pobre higiene oral que presentan, debido en gran parte a la incapacidad que tienen para realizar la limpieza de la cavidad bucal de manera apropiada (22), por la disminución de la destreza manual, visión inadecuada y otras condiciones debilitantes (18).

La capacidad de realizar el autocuidado de la higiene oral disminuye con el tiempo, aún más cuando se van perdiendo los niveles básicos de funcionalidad, y con ello su habilidad para realizar ABVD, por ende, el rol del cuidador en la mantención de la salud bucal, del adulto mayor dependiente, adquiere cada vez más importancia, pues, tienen un papel fundamental en la mantención de la higiene oral y en enseñar a los pacientes la importancia de la misma.

A pesar de la significativa función que los cuidadores deben desempeñar para el cuidado de la salud bucal, existe un gran número de evidencia que indica que las necesidades de asistencia en higiene oral, en adultos mayores dependientes, muchas veces son desatendidas por sus cuidadores (17-18,21,35,49). Además, se ha reportado que los cuidadores carecen de conocimientos apropiados, entrenamiento y habilidades para llevar a cabo el cuidado de la salud bucal en éste grupo etáreo (18-22,46).

En nuestro país, aquellos cuidadores de familiares que pertenecen al “Programa de apoyo al cuidado de personas postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de autonomía”, reciben capacitación para el adecuado cuidado de estas personas. A su vez, se han desarrollado guías y manuales para los cuidados de adultos mayores dependientes, dirigido a los cuidadores. Una primera versión de ello es el manual “En Buenas Manos” (50) del año 2006, pero el cual, no contempla como llevar a cabo una correcta higiene y cuidado bucal. Posteriormente, en el año 2009 se implementó el “Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía” (44), en donde, si se expone sobre los beneficios del cuidado de la cavidad bucal, lavado de dientes, uso de hilo dental y cuidado de prótesis dental removible (44).

Esta situación pone en manifiesto que recientemente se está dando importancia a los beneficios de la higiene oral y la salud bucal, los cuales, por mucho tiempo han sido poco valorado y no han sido considerado como un componente de la salud general o como parte del bien estar de las personas ni como determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores dependientes. De esta manera, los adultos mayores dependientes, rara vez reciben más que

tratamientos de emergencias dentales, como dolor dental e incomodidad, y el concepto de odontología preventiva para éste grupo etáreo, es algo nuevo (24).

En Chile, Garrido et. al (16) en el año 2010, realizó un estudio sobre las prácticas de cuidado bucal y creencias en salud bucal de los cuidadores de adultos mayores dependientes, cuya muestra incluyó cuidadores formales e informales, en donde reportaron que sólo un 43,6% de los cuidadores, de la muestra, ha recibido instrucción para el cuidado bucal del adulto mayor postrado. Con respecto a la frecuencia de cepillado, brindada por los cuidadores, se informó que el 52,4% de los cuidadores formales realiza el cepillado dental de manera ocasional, mientras que el 33,3% y el 38,9% de los cuidadores informales lo realiza ocasionalmente y una vez al día, respectivamente. Además, encontró que entre un 24% y 44% de los cuidadores formales e informales, respectivamente, realizan el cepillado de dientes con cepillo duro, práctica que es inadecuada. No obstante, también se encontraron prácticas apropiadas para el cuidado bucal, siendo así que, el uso de cepillo interproximal se reportó entre un 9,5% y 0%; el uso de seda dental entre un 4,8% y 22%; y el uso de enjuague bucal entre 24% y 33% de los cuidadores formales e informales, respectivamente.

Igualmente, en un estudio en Suecia realizado por Forsell et al. (19), sobre actitudes y percepciones hacia las tareas de higiene oral entre cuidadores formales, reportó que el 83% de los cuidadores no tenían un suficiente conocimiento para llevar a cabo el cuidado oral diario del adulto mayor dependiente.

Asimismo, Reed et al.(51), en EE.UU llevo a cabo un estudio sobre promoción de salud bucal entre adultos mayores y su cuidado en un hogar de ancianos, donde se les aplicó a los cuidadores formales, un cuestionario de conocimientos de higiene oral; se encontró que casi la mitad de las preguntas fueron contestadas incorrectamente por aproximadamente la mitad de los cuidadores. Sin embargo, se observó una mejoría en los conocimientos de higiene oral, de los cuidadores, posteriormente a la implementación de talleres educativos. Luego de ello, se aplicó nuevamente el cuestionario de conocimientos de higiene bucal y sólo se

encontró que una pregunta fue respondida incorrectamente. De esto, los investigadores concluyeron que luego de los talleres de educación otorgados, hubo un aumento significativo en el conocimiento de la higiene oral, pero recalcan que aún es poco claro que con mayor conocimiento se logre un cambio en el comportamiento de los cuidadores para un mejor cuidado de la salud bucal de los adultos mayores.

8. Creencias en salud bucal

Las teorías y creencias son la base de nuestra construcción, interpretación, organización y conducción de la vida. En algunos contextos, como la religión y la política, las influencias de las teorías y creencias son claras, pero en la educación sanitaria y la salud son mucho menos evidentes (52). Por lo mismo, ya desde los años 50 hasta hoy, se ha tratado de explicar y entender los comportamientos de cuidado de la salud general y oral, mediante teorías psicosociales (53).

Las teorías ofrecen explicaciones sobre hechos observables de una manera sistemática. La investigación sobre el comportamiento de las personas para el cuidado de su propia salud, ha explorado la eficacia y aplicabilidad de los diferentes modelos de salud en la modificación del comportamiento de la salud bucal (54).

Por mucho tiempo, la comunidad médica le prestó poca atención a la percepción individual de la salud y enfermedad, y sólo a partir de la década de 1950 se empezó a discutir de la importancia de que las personas participen de su propia salud (54). A partir de ello, se desarrollaron varios modelos teóricos en el ámbito de la psicología de la salud como los son el Modelo de creencias en salud, Modelo transteórico y etapas de cambio, Teoría de la acción razonada, Auto-eficacia, Locus de control y Sentido de coherencia, los cuales corresponden a modelos que se centran en los individuos quienes asumen la responsabilidad de su propia salud (53-55). A continuación se describe cada uno de los modelos nombrados para entender los comportamientos en salud bucal:

a) Modelo de creencias en salud

Esta teoría explica la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad, lo cual dependerá de (53-55):

1. La información que tenga sobre su salud
2. Creencia que es susceptible a una enfermedad
3. Percibir una condición que amenace su salud
4. Estar convencido que el tratamiento para dicha enfermedad es efectivo
5. Percibir poca dificultad para realizar cambios de conductas favorables a la salud

Cada uno de estos pasos son consecutivos y dependen de la creencia anterior.

Una limitación de esta teoría es que la información por sí solo no suele ser suficiente para lograr cambios de conductas de salud (54).

b) Modelos transteórico y etapas del cambio

Esta teoría mide la disposición del individuo a adoptar una nueva conducta de salud. Afirma que los individuos se mueven en un continuo predecible de cambio, y cada paso tiene características distintas (54-55):

1. Precontemplación: el individuo no tiene intención de cambiar en el corto plazo.
2. Contemplación: el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo (de aquí a 6 meses).
3. Preparación: el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato (dentro del próximo mes).
4. Acción: El sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero éste cambio no está bien establecido.
5. Mantenimiento: se ha cambiado la conducta por más de seis meses y

se está involucrando activamente para sostenerla.

6. Terminación: el individuo se siente como si el comportamiento anterior nunca existió, y por tanto, es muy poco probable que vuelva a la anterior conducta.

Las personas se mueven a través de estas etapas y cuando un individuo cree que el cambio de comportamiento es posible y cree en su capacidad de lograrlo, el paso a una etapa más avanzada es probable (54).

c) Teoría de la acción razonada

Esta teoría hace hincapié en la importancia de las actitudes e intenciones de cambiar un comportamiento, en donde, la intención es el determinante más importante de la conducta (54-55). Dos son los procesos cognitivos para desarrollar conductas saludables:

1. Creer en lo que otras personas significativas piensan, a lo que se llama *creencias normativas*.
2. Motivación personal para cambiar su comportamiento, a lo que se llama *creencias conductuales*.

Otras variables externas influyen en las actitudes y comportamiento, por lo tanto, se procesan en el contexto de significación. De acuerdo a ésta teoría, las personas toman decisiones racionales sobre la base de sus conocimientos, valores personales y actitudes. Por lo tanto, la intención de una persona para llevar a cabo una determinada acción es el predictor más inmediato y más relevante de llevar a cabo dicha acción (54-55).

La limitación de ésta teoría es que las intenciones sólo predicen el comportamiento si son estables. Cuando se enfrentan con un obstáculo inesperado, la persona puede cambiar sus intenciones y se niega llevar a cabo el cambio previsto originalmente (54).

d) Auto-eficacia

Corresponde a una teoría social-cognitiva que intenta dar cuenta de la adquisición de conductas nuevas por parte del individuo (54). La auto-eficacia se ha definido como el juicio del individuo respecto de su propia capacidad para manejar situaciones específicas (53). Una alta auto-eficacia significa que el individuo se cree capaz de realizar ciertas acciones que afectarán a los resultados (54). Ésta auto-eficacia puede verse influenciada por (53):

1. Experiencia exitosa en la práctica de una conducta. De ésta forma, una conducta saludable produce resultados exitosos y éste éxito lleva a repetir dicha conducta exitosa (54).
2. El aprendizaje vicario, lo cual corresponde a la observación de experiencias de personas significativas para el individuo.
3. La persuasión verbal, es decir, refuerzo verbal proporcionado por una persona relevante para el sujeto.

La auto-eficacia ha sido un indicador preciso de los comportamientos de salud bucal, tanto en estudios de corte transversal y longitudinal, pero una limitante de ésta teoría es que aquella conducta favorable a la salud oral adoptada por el individuo, es por un período a corto plazo (54).

e) Locus de control

Esta teoría se refiere a la percepción del control sobre problemas de salud, estableciéndose así dos conceptos (53-55):

1. Locus de control interno: se produce cuando la persona piensa que sus acciones personales son determinantes de su propio estado de salud.
2. Locus de control externo: se produce cuando el individuo piensa que sus decisiones de salud y estado de salud es el resultado del control de terceros o factores externos como el azar, suerte, Dios o el destino, entre otros.

De esta forma, una persona con locus de control interno se siente capaz de modificar su accionar hacia una favorable conducta de salud bucal, a diferencia de una persona con locus de control externo.

Investigaciones en odontología sobre el locus de control señalan que esta teoría puede predecir la salud dental en niños. De hecho, se ha visto que niños, hijos de madres con un locus de control externo, tienen mayores probabilidades de desarrollar caries (53-55). Sin embargo, otras investigaciones han encontrado escasa asociación entre el locus de control interno de las madres y el estado de salud oral de sus hijos (53-55).

Esta teoría se sigue perfeccionando para su uso en diferentes poblaciones y condiciones (53-55).

f) Sentido de coherencia

Su origen se basa en la teoría Salutogénica, la cual define a la salud en términos de un continuo entre salud y enfermedad, y busca explicar los factores que promueven la salud en vez de aquellos asociados con la modificación del riesgo de sufrir determinadas enfermedades (53-55).

El sentido de coherencia es un constructo que intenta dar cuenta la relación entre el estrés y la salud. El individuo dispone de un sentimiento duradero de confianza en que (53):

1. Estímulos internos y externos son predecibles y explicables.
2. Dispone de recursos necesarios para resolver las demandas que se desprenden de tales estímulos.
3. Estas demandas pueden ser entendidas como desafíos personales y que necesitan esfuerzos para ser resueltos.

Por tanto, el sentido de coherencia se relaciona con el auto-estima y con

la percepción de control sobre los eventos vitales. Por ende, mientras más fuerte el sentido de coherencia de una persona, más adecuadamente puede manejar eventos estresores y más fácilmente podrá mantener su salud (53).

9. Creencias en salud bucal en los cuidadores

Distintas investigaciones han estudiado las actitudes y percepciones hacia la salud bucal y educación en higiene oral de los cuidadores, en hogares de ancianos, pero los intentos de programas educativos no siempre logran resultados satisfactorios (19). Una posible explicación de ello es la existencia de una brecha entre el conocimiento y comportamiento, bajo la influencia de las actitudes y percepciones de los cuidadores hacia el cuidado bucal (19).

En Brasil, se realizaron dos estudios cualitativos, sobre las perspectivas de los cuidadores en el cuidado bucal en adultos mayores dependientes residentes de hogares, en donde, Guimaraes et al. (56) concluyó que para los cuidadores la salud bucal no representa una prioridad ante el cuidado de la salud en general y que la higiene oral era descuidada porque demanda tiempo. A su vez, Unfer et al. (49) encontró que el conocimiento sobre cuidado bucal y las prácticas de higiene en adultos mayores que los cuidadores realizaban, no eran concordantes, ya que hallaron factores que limitan la adecuada ayuda en cuidado bucal de los pacientes, a pesar de presentar un conocimiento adecuado sobre salud bucal. Ambos estudios cualitativos tienen como ventaja obtener percepciones de los cuidadores y abordar temas que están relacionados con el cuidado bucal del adulto mayor dependiente.

Por otra parte, en Suecia, Forsell et al. (19), estudió las percepciones y actitudes de los cuidadores hacia las tareas de higiene oral entre adultos mayores residentes en asilos de ancianos, para lo cual aplicaron un cuestionario, el cual tenía como objetivo aclarar actitudes y percepciones de los cuidadores. Ellos reportaron que los cuidadores consideraban la tarea de higiene oral diaria como “desagradable” y creían tener el tiempo suficiente para realizarlo, pero a pesar de ello se vio que a menudo la higiene oral de los residentes era insuficiente. Una

posible explicación que plantearon los autores a esta controversial realidad, fue que los cuidadores al considerar las prácticas de higiene oral “desagradables”, evitan tanto como sea posible, acortar el tiempo real dedicado a ella. La razón principal por la que los cuidadores encontraban desagradable la tarea de la higiene oral era la falta de voluntad de los residentes, lo cual, se redujo posteriormente a la implementación de instrucción y educación en higiene oral.

Para comprender el comportamiento en el cuidado de la salud bucal de los individuos, Wolf et al. (57) en EE.UU, desarrolló un cuestionario llamado Dental Coping Beliefs Scale (DCBS) con el fin de medir y objetivar cambios en las creencias en salud bucal del individuo después de intervenciones educativas individuales. Posteriormente, el DCBS fue modificado por Wårdh et al.(58), en Suecia, creando el cuestionario Nursing DCBS dirigido a personas que están a cargo o supervisan el cuidado bucal de otra persona con el objetivo de medir la prioridad y responsabilidad que asignan los cuidadores al cuidado de la salud bucal de los individuos a su cargo, en distintos contextos de cuidado (hospitalizados, discapacitados, dependientes institucionalizados y domiciliarios).

El cuestionario nursing DCBS está constituido por 28 ítems distribuidos en forma aleatoria y que representan 4 dimensiones, con el fin de medir distintas variables psicológicas que influyen en las conductas de salud bucal que tienen los cuidadores, constituidas por: Locus de Control Interno, Locus de Control Externo, Auto-eficacia y Creencias para el cuidado de la salud bucal (58).

En nuestro país, un primer acercamiento a las creencias en salud bucal y prácticas de cuidado oral de cuidadores de adultos mayores dependientes, fue el estudio realizado por Garrido et. al (16) en cuidadores formales e informales, quienes tradujeron y validaron el cuestionario Nursing DCBS (59) para medir creencias en salud bucal en cuidadores de habla hispana. Esta investigación encontró, a través del cuestionario DCBS-Sp, que la dimensión de Locus de Control Interno reveló valores promedios favorables a la salud bucal. No obstante, la dimensión de Locus de control Externo y la dimensión de creencia en salud oral mostraron puntuaciones promedio desfavorables. Con respecto a la dimensión de

Auto-eficacia, los ítems relacionados con la percepción de los cuidadores sobre su propio conocimiento mostraron valores desfavorables, sin embargo, los ítems relacionados con la percepción de la capacidad para responder a programas educativos mostraron valores favorables. Con estos resultados, los autores de este estudio, concluyeron que a pesar de que los cuidadores pueden creer que una determinada acción puede tener consecuencias en la salud de la persona que cuidan (locus de control interno), no estaban seguros de sus capacidades o conocimientos para realizar esa acción (auto-eficacia) y tienden a sobreestimar la incidencia de factores externos sobre la salud (locus de control externo). Sin embargo, los cuidadores creyeron que podían responder de manera favorable a programas educativos que pueden modificar aquellas creencias en salud oral negativas.

Dado la importancia del rol que desempeñan los cuidadores de adultos mayores dependientes, en el cuidado de la salud bucal y a la falta de concordancia entre los conocimientos, actitudes y creencias en salud, la presente investigación ha estudiado la relación entre las creencias en salud bucal de los cuidadores y prácticas de higiene oral que ellos desempeñan como parte de la rutina de higiene diaria en el adulto mayor, lo cual nos permitirá ser una herramienta de conocimiento para desarrollar a futuro mejores estrategias educativas, preventivas y de promoción de salud bucal, dirigidos a cuidadores domiciliarios.

HIPÓTESIS

Mejores creencias en salud bucal de los cuidadores se relacionan con mejores prácticas de higiene oral a los adultos mayores dependientes pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios, de la comuna de Providencia.

OBJETIVO GENERAL

Relacionar las creencias en salud bucal de los cuidadores de adultos mayores dependientes pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia, con las prácticas de higiene oral que realizan en adultos mayores dependientes a su cargo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar prácticas de higiene oral, observadas y relatadas, realizadas por los cuidadores a adultos mayores dependientes pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia.
2. Identificar motivos que dificultan el cuidado bucal en los adultos mayores dependientes, según sus cuidadores, pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia.
3. Evaluar creencias en salud bucal de cuidadores de pacientes adultos mayores dependientes pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia, a través del cuestionario DCBS-Sp (57).
4. Analizar la relación entre creencias en salud bucal de los cuidadores y las prácticas de higiene oral realizadas: retiro de prótesis durante la noche, explicar al adulto mayor que le realizaran la higiene oral, cepillado dental y frecuencia de cuidado bucal.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

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

2. Diseño de investigación

2.1 Población en Estudio

La población en estudio correspondió a cuidadores formales e informales de adultos mayores dependientes, pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia.

La población de estudio seleccionada se debe a que la comuna de Providencia es la que posee el mayor porcentaje de población de adultos mayores a nivel nacional, con un 21,51%, según el CENSO 2002 (6), además, de esta comuna posee el Programa de Cuidados Domiciliarios.

La comuna de Providencia se subdivide en cinco sectores, siendo el CESFAM Hernán Alessandri, el encargado de la atención domiciliaria de los pacientes pertenecientes los sectores 1, 2 y 3 y el CESFAM El Aguilucho, de los pacientes pertenecientes al sector 4 y 5.

La población total estimada para Mayo del 2012 de individuos pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia corresponde a 337 personas, de las cuales 321 son personas de 60 o más años.

2.2 Muestra del Estudio

La muestra correspondió a 68 adultos mayores dependientes y sus cuidadores, formales e informales, pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia. Debido a que este estudio forma parte del Proyecto “Nivel de higiene bucal en adultos mayores dependientes y prácticas para la salud bucal realizadas por sus cuidadores”, el cálculo del tamaño de la muestra se estimó a partir de la prevalencia de un 33% de desdentados totales, según Encuesta Nacional de Salud del 2003 (ENS) en adultos de 65 años y más (60), con un 10% de precisión sobre una población finita de 321 adultos mayores dependientes (según información del Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia) y con un nivel de confianza de 95%. Se agregó un 10% al tamaño de muestra obtenida, lo que corresponde a 7 cuidadores más, por posibles deserciones en la participación de la investigación. Resultando un $n=75$ cuidadores de adultos mayores dependientes.

Se realizó un muestreo aleatorio simple para seleccionar a los adultos mayores dependientes a visitar según lista entregada por el Programa de Cuidados domiciliarios de la comuna de providencia.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

Se incluyeron a los cuidadores domiciliarios, formales e informales, pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la Comuna de Providencia, que aceptaron participar del estudio vía telefónica y que posteriormente firmaron el consentimiento informado (anexo 2).

-Cuidador Domiciliario Formal: Persona que proporciona los servicios necesarios para el cuidado de otros, en sus actividades cotidianas, recibiendo un pago por su trabajo.

-Cuidador Domiciliario Informal: Persona que proporciona los servicios necesarios para el cuidado de otros, en sus actividades cotidianas y no es remunerado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a todos aquellos cuidadores, formales e informales, que tenían a su cargo a una persona dependiente menor de 60 años.

3. Elaboración de Instrumento de Medición

Se desarrolló, para el presente estudio, una ficha de observación de prácticas de higiene oral que realiza el cuidador al adulto mayor dependiente y un cuestionario dirigido al cuidador.

I.- FICHA DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS DE HIGIENE ORAL

Las observaciones de las prácticas de higiene oral fueron realizadas por un único examinador. Ésta ficha se estructuró en dos secciones (anexo 3):

1) Observación de práctica de higiene oral en el adulto mayor:

La primera sección se subdivide en dos partes, la inicial consta de observaciones acerca de las acciones que realiza el cuidador para efectuar la higiene oral al adulto mayor. Se presta atención si el cuidador le solicita al adulto que se enjuague, a la realización del cepillado de dientes y lengua, si utiliza limpiador lingual, si higieniza espacios interproximales, si hace uso de pasta dental, uso de gasa o algodón húmedo. También, se registró la posición en que realiza la higiene bucal,

duración y si existe resistencia por parte del adulto mayor dependiente.

La segunda parte corresponde a la observación de los elementos utilizados en la higiene oral, para ello se registró el tipo de cepillo, pasta dental utilizada, cepillo interproximal, seda, limpiador lingual, gasa o algodón húmedo y enjuagatorio bucal.

2) Observación de higiene y cuidado de los aparatos protésicos

Se identificaron las prácticas de higiene y cuidado de los aparatos protésicos que el cuidador realiza, en el caso de aquellos adultos mayores dependientes portadores de prótesis removibles, observando si éstos fueron retirados de la boca para limpiarlos, si el cepillo era el mismo cepillo que fue utilizado en la boca del paciente, uso de pasta dental, si coloca los aparatos removibles en un vaso de agua y cloro, y se le preguntó al cuidador si retira las prótesis de la boca del adulto mayor durante la noche y si permite que el adulto mayor duerma con ellas puestas.

II.- CUESTIONARIO AL CUIDADOR

El cuestionario corresponde a una modificación del cuestionario realizado por Garrido et al. (16), que incluyó el cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores de habla hispana (DCBS-Sp). Este cuestionario constó de tres segmentos (anexo 4):

1) Identificación del Cuidador:

Establece 6 preguntas cerradas acerca de la edad, género, comuna, sistema de salud, nivel de estudios del cuidador, si es cuidador formal o informal. Y una pregunta abierta sobre el tiempo que lleva cuidando a adultos mayores dependientes, la cual fue codificada posteriormente a la aplicación del cuestionario.

2) Cuidado bucal del adulto mayor dependiente

Establece 4 segmentos, el primero conformado por preguntas abiertas a cerca si el cuidador ha recibido entrenamiento para el cuidado bucal y lugar donde lo ha recibido; y si fue suficiente, estas preguntas fueron codificadas posteriormente a la aplicación del cuestionario. Luego, se establecen los otros tres con preguntas cerradas sobre si el cuidador ha debido realizar la higiene del adulto mayor, la frecuencia con la que la ha realizado y los motivos que dificultan el cuidado bucal del adulto mayor. Se establecieron 8 posibles motivos que dificultan el cuidado bucal del adulto mayor, a partir de los resultados obtenidos de los estudios de Guimaraes et al. (56), Unfer et al. (49) y Garrido et al. (16).

3) Creencias en salud bucal de los cuidadores

Se aplicó el cuestionario DCBS-sp para cuidadores traducido al español y validado por Garrido et al. (59), el cual está compuesto por 28 ítems que representan cuatro dimensiones: locus de control interno, locus de control externo, autoeficacia y creencias para el cuidado de la salud bucal.

4. Contexto del estudio

El presente estudio se desarrolló a partir del proyecto de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, titulado: “Nivel de higiene bucal en adultos mayores dependientes y prácticas para la salud bucal realizadas por sus cuidadores”, desarrollado por la Clínica Integral del Adulto. Para dicho proyecto, se creó un consentimiento informado para el adulto mayor dependiente (ver anexo 2), el cual también, fue firmado previo a la aplicación de la ficha de observación de práctica de higiene oral en el adulto mayor. En aquellos casos en que el adulto mayor dependiente fue incapaz de firmar el consentimiento informado, su tutor representante fue quién aceptó en participar en la investigación. Con la finalidad de resguardar al adulto mayor durante este

estudio, se solicitó la presencia de un testigo externo a los investigadores que acompañe al adulto mayor en el entendimiento de esta investigación.

5. Reclutamiento y consentimiento informado

Los cuidadores de adultos mayores dependientes, fueron contactados vía telefónica y se les invitó a participar en el estudio, para lo cual se les explicó en qué consistía. Para obtener la muestra de 75, se llamarón un total de 190 domicilios registrados en el programa, en varias ocasiones no fue posible contactar a los cuidadores debido a que:

- 27 domicilios tenían la línea de teléfono fuera de servicio
- 17 domicilios no contestaron el llamado telefónico
- 6 domicilios tenían el número de teléfono inexistente
- 5 tenían el número equivocado

De quienes contestaron el llamado, en:

- 14 oportunidades el adulto mayor dependiente había fallecido
- 4 casos el adulto mayor se encontraba viviendo fuera de Santiago o fuera de la comuna de Providencia
- 1 ocasión el adulto mayor dependiente no tenía cuidador y en otra el adulto mayor no podía abrir la boca.
- 38 oportunidades el cuidador decidió no participar de esta investigación.
- 2 veces contestaron, los cuidadores participar en la investigación, pero al realizar la visita domiciliaria finalmente el adulto mayor no firmó el consentimiento informado.

La selección de la muestra siempre se realizó en forma aleatoria hasta completar $n=75$.

Finalmente, los 75 cuidadores que aceptaron participar de la investigación fueron visitados en los respectivos domicilios de los adultos mayores dependientes, con la certificación del CESFAM Hernán Alessandri y CESFAM Aguilucho. En la visita nuevamente se les explicó a los cuidadores en qué consistía el estudio, cada uno leyó el consentimiento informado y lo firmó previo a la aplicación de la ficha de observación de prácticas de higiene oral en el adulto mayor y a la aplicación del cuestionario, al igual que el adulto mayor dependiente o su tutor representante quien firmó el consentimiento informado.

5.1 Aplicación de ficha de observación de prácticas de higiene oral

A los 75 cuidadores, formales e informales, de adultos mayores dependientes se les solicitó que realizaran la higiene oral que usualmente efectúan en el adulto mayor y, también, la higiene y cuidado de los aparatos protésicos de manera rutinaria, se les recalcó que no relataran la acción, si no que lo realizaran. Además, se les pidió a los cuidadores que llevaran a cabo estas acciones en el lugar habitual donde las conciben.

Cada cuidador contó con 10 minutos, aproximadamente, para desarrollar dicha actividad. Mientras, el examinador relleno la ficha de observación de las prácticas de higiene oral.

5.2 Aplicación de cuestionario al cuidador

Los 75 cuidadores, formales e informales, fueron entrevistados de manera personal durante la visita domiciliaria. El cuestionario fue administrado por un único examinador, se llevó a cabo en una habitación tranquila de la casa y se evitaron distracciones al advertir a los demás familiares acerca de la realización de

la encuesta. Debido a que muchos cuidadores eran adultos mayores y presentaban dificultades visuales, el examinador fue leyendo en voz alta las preguntas del cuestionario. La duración aproximada de la entrevista fue de 15 minutos.

5.3 Entrega de material educativo

Al finalizar, tanto la aplicación de la ficha de observación de prácticas de higiene oral como la encuesta, se expuso a los cuidadores un video demostrativo de cómo efectuar la higiene oral y el cuidado de los aparatos protésicos (ver anexo 5). Posterior a ello, se resolvieron dudas y se les demostró cómo realizarlo en el adulto mayor dependiente a quien cuidan. Además, para reforzar el conocimiento y aprendizaje de los cuidadores se les entregó el tríptico educativo titulado: “Higiene Bucal en el adulto mayor dependiente” (ver anexo 6), conjuntamente se hizo entrega de un kit de higiene oral donado por Oral B®, que consistió en un cepillo suave, una seda dental y 2 pastas dentales (ver Figura N°1).

Figura 1, Kit de Higiene oral donado por Oral B®.



6. Consideraciones éticas

El presente estudio se enmarca dentro del proyecto de investigación titulado: “Nivel de higiene bucal en adultos mayores dependientes y prácticas para la salud bucal realizadas por sus cuidadores”, desarrollado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Dicho proyecto, fue sometido a la aprobación por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Además, cuenta con la certificación y aceptación del CESFAM Hernán Alessandri y CESFAM El Aguilucho de la comuna de Providencia.

7. Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron codificados y tabulados para ser analizados estadísticamente mediante el software STATA ® versión 9.0.

Los datos obtenidos fueron presentados en tablas, gráficos de frecuencias, resumidos en porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Para los resultados del cuestionario DCBS-Sp, aplicado a los cuidadores, se determinó la existencia a una distribución normal de los puntajes finales y puntajes por dimensión obtenidos por cada cuidador, mediante el Test Shapiro-Wilk.

Se calculó el promedio y la desviación estándar para puntaje total del cuestionario DCBS-Sp y para el puntaje de cada dimensión.

Para la relación entre las prácticas de higiene oral observadas y relatadas, por el cuidador, con el cuestionario DCBS-Sp, se seleccionaron las siguientes prácticas consideradas como adecuadas para el cuidado de la salud bucal:

- El cuidador le explica al adulto mayor dependiente que realizará la higiene bucal.
- El cuidador cepilla los dientes al adulto mayor dependiente (en el caso que el adulto mayor posea piezas dentarias).
- El cuidador permite que el adulto mayor dependiente duerma con los aparatos protésicos (en el caso que el adulto mayor utilice prótesis dentales).
- Frecuencia con que el cuidador realiza la higiene bucal al adulto mayor dependiente a quien cuida.

Para el análisis de la relación entre creencias en salud bucal de los cuidadores y prácticas de higiene oral realizada y relatada por ellos, se utilizó la prueba t Student o Signo del Rango, con un intervalo de confianza de un 95% ($p < 0,05$). Además, se obtuvo las diferencias entre el promedio total y por dimensión del cuestionario DCBS-Sp con las prácticas de higiene oral realizada o relatada por los cuidadores.

RESULTADOS

1. Caracterización de la muestra en estudio

Las características de la muestra de cuidadores de adultos mayores dependientes, se observa en la Tabla 1. Estos fueron predominantemente mujeres, con educación media (incompleta o completa) y cuidadores formales, es decir, que reciben remuneración pagada por los familiares. El tiempo que los cuidadores llevan atendiendo a un adulto mayor dependiente mayoritariamente fue de 5 años o más, con un rango entre 1 mes y 30 años y un promedio de 98,4 meses (DS 88,6). La edad promedio de los cuidadores fue 57,2 (DS 14,7) años, con un rango entre 25 años y 92 años.

Tabla 1. Las características de la muestra de cuidadores de adulto mayor dependientes.

	n (%)
Sexo	
Mujer	71(94,7)
Hombre	4(5,3)
Nivel educacional	
Básica (incompleta/completa)	16(21,3)
Media (Incompleta/completa)	33(44,0)
Universitaria/Técnico(Incompleta/Completa)	26(34,7)
Tipo de previsión en salud	
ISAPRE	7(9,3)
FONASA	68(90,7)
Tipo de cuidador	
Formal	45(60,0)
Informal	30(40,0)
Tiempo que cuida al adulto mayor	
1 año o menos	11(14,7)
Entre 2 y 4 años	18(24,0)
5 años o más	46(61,3)

Como se observa en la Tabla 2, dentro del grupo de cuidadores informales, estos fueron predominantemente hijos, en segundo lugar el esposo, y luego otros familiares (yerno, nuera, nieto, cuñada, sobrino), y por último personas no familiares (amiga, arrendataria).

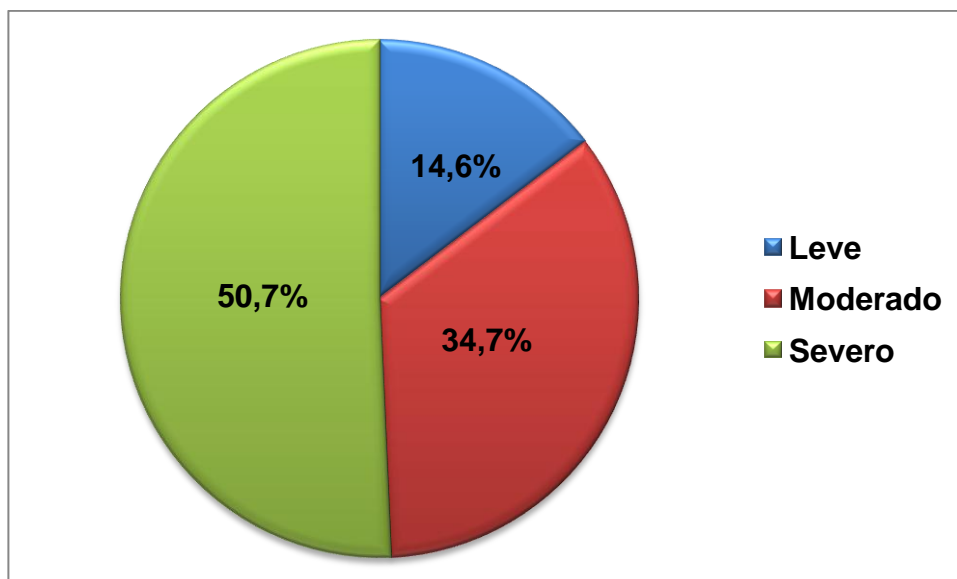
Tabla 2 Relación del adulto mayor con el cuidador informal

Relación con el cuidador	n (%)
Esposo	7(23,3)
Hijo(a)	12(40,0)
Otro familiar	8(26,7)
Otro no familiar	3(10,0)

Dentro del grupo de los cuidadores informales, sólo 5 (16,7%) recibían estipendio del Programa de Cuidados Domiciliarios.

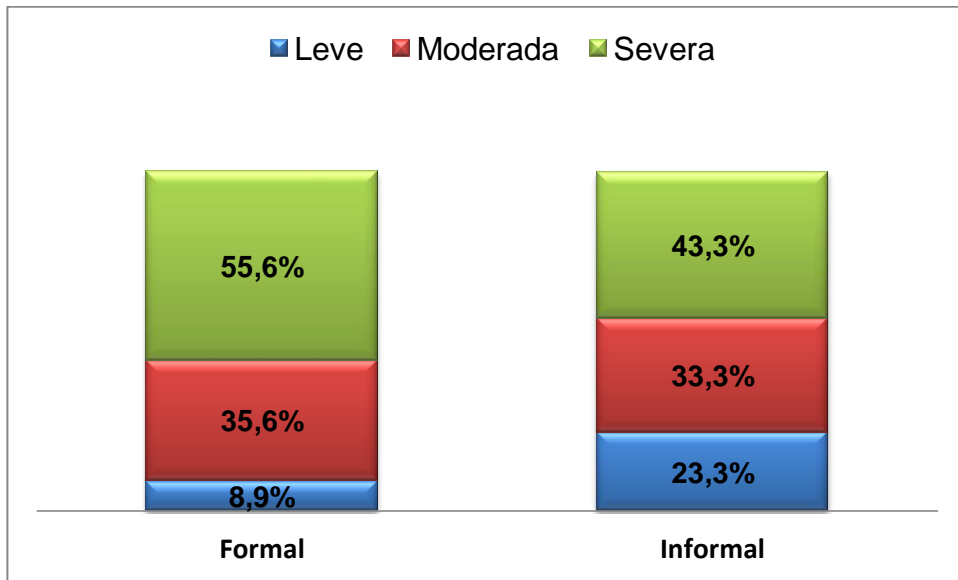
En relación a las características de los adultos mayores dependientes 38 de ellos eran dependientes severos, 26 dependientes moderados y 11 dependientes leves (figura 2).

Figura 2. Nivel de dependencia de los adultos mayores dependientes atendidos por cuidadores formales e informales



Como se muestra en la figura 3, más de la mitad de los cuidadores formales tienen a su cargo a un adulto mayor dependiente severo, a diferencia de los cuidadores informales quienes cuidan a un 56,6% de adultos mayores dependientes leves y moderados.

Figura 3. Grado de dependencia de los adultos mayores en cada grupo de cuidadores (formales e informales)



2. Cuidado bucal del adulto mayor dependiente

Con respecto a la instrucción en higiene oral de los cuidadores, se observa en la Tabla 3 que la mayoría de ellos, formales e informales, no ha recibido enseñanza para realizar la higiene oral del adulto mayor dependiente.

Tabla 3 Instrucción de higiene oral de los cuidadores

Ha recibido enseñanza para cuidado bucal	n (%)
Si	20(26,6)
No	55(73,3)

Se observa en la Tabla 4, que más de la mitad de los cuidadores que han recibido enseñanza en higiene oral para el adulto mayor dependiente (n= 20), relatan haberlo aprendido en algún centro de salud familiar de Providencia y encuentran que fue suficiente la instrucción en higiene oral, entregada. Sólo 3 de ellos tienen dudas de cómo efectuar una adecuada higiene oral para el adulto mayor dependiente.

Tabla 4. Lugar de enseñanza de higiene oral y conformidad del aprendizaje

	n (%)
Lugar donde el cuidador recibió enseñanza (entre quienes la han recibido)	
Consultorio de Providencia	11(55,0)
Dentista particular	3(15,0)
Hospital	4(20,0)
Instituto Técnico	1(5,0)
Enfermera	1(5,0)
El cuidador considera que fue suficiente lo que le enseñaron	
Si	17(85,0)
No	3(15,0)
Cantidad de cuidadores con dudas	
Si	17(85,0)
No	3(15,0)

En la Tabla 5, se observa que la mayoría de los cuidadores alguna vez ha realizado la higiene oral en el adulto mayor dependiente.

Tabla 5. Cuidadores que realizan higiene oral en el adulto mayor dependiente.

Cuidadores que han realizado alguna vez la higiene oral del adulto mayor	n(%)
Si	43(57,3)
No	32(42,7)

En la Tabla 6, se presenta la frecuencia con la que los cuidadores relatan efectuar la higiene oral al adulto mayor dependiente. De los cuidadores que relatan realizar la higiene oral, el mayor porcentaje de ellos declara efectuarlo más de una vez al día (40,0%). En un caso, el cuidador relató haber realizado la higiene oral hace más de dos años atrás, por lo cual la frecuencia habitual con lo que lo realiza es nunca.

Tabla 6. Frecuencia con la que el cuidador realiza la higiene oral en el adulto mayor dependiente.

Frecuencia con la que realiza la higiene oral en el adulto mayor	n (%)
Más de una vez al día	30(40,0)
Una vez al día	5(6,7)
No todos los días pero más de una vez a la semana	5(6,7)
Una vez a la semana	2(2,7)
Nunca	33(44,0)

Un 82,7% de los cuidadores, formales e informales, declara tener dificultad en el cuidado bucal del adulto mayor dependiente como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7. Cuidadores que tienen dificultades para realizar la higiene oral del adulto mayor dependiente.

Cuidadores que relatan tener dificultad en la higiene oral	n (%)
Si	62(82,7)
No	13(17,3)

El o los motivos que dificultan al cuidador realizar la higiene oral en el adulto mayor dependiente, se presentan en la Tabla 8. El motivo más citado fue “el adulto mayor no quiere que otra persona lo haga” con 37(41,1%) de las respuestas obtenidas, seguido por “dificultad para que el adulto mayor siga las instrucciones” con 22 (24,4%) respuestas.

Tabla 8. Distribución de los motivos que dificultan realizar la higiene oral del adulto mayor dependiente entre quienes consideran que tienen problemas.

Motivos que dificultan realizar la higiene oral del adulto mayor	(n=90)
El adulto mayor no quiere que otra persona lo haga	37
Dificultad para que el adulto mayor siga instrucciones	22
Siento que invado la intimidad del adulto mayor	11
No sé cómo hacerlo	9
Me da asco	4
No hay tiempo suficiente	3
Pienso que debería realizarlo el dentista	3
No es tan importante como cuidar la salud genera	1

3. Prácticas de higiene oral observadas

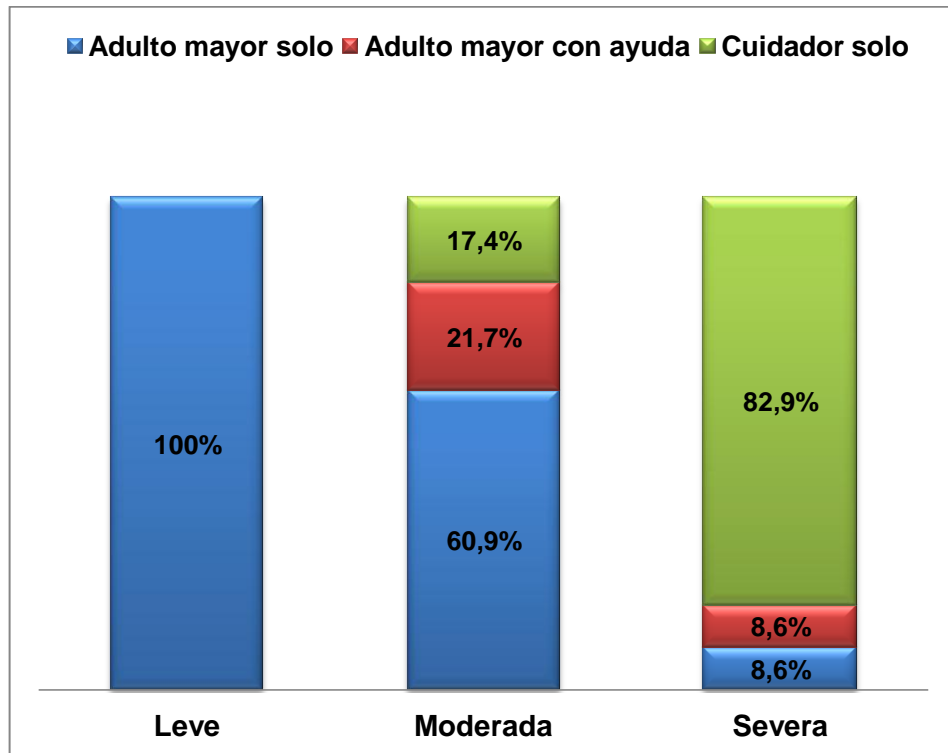
En la Tabla 9 se muestra la persona quien realiza la higiene oral observada, siendo realizada por el cuidador o por el adulto mayor dependiente apoyado por su cuidador o no. Se destaca que en 6 oportunidades el adulto mayor dependiente no realiza ni recibe higiene oral.

Tabla 9. Persona quien realiza la higiene oral observada

Higiene oral realizada	n (%)
Adulto mayor solo	27(36,0)
Adulto mayor con ayuda	9(12,0)
Cuidador solo	33(44,0)
No se realiza	6(8,0)

En la figura 4 se observa que en el caso de los adultos mayores dependientes leves la higiene oral era realizada en su totalidad por los mismos adultos mayores, en el caso de los adultos mayores dependientes moderados la mayoría de ellos realizan la higiene oral solos, al contrario de los que sucede con los adultos mayores dependientes severos, en donde en un 82,9% la higiene oral es realizada por el cuidador solo.

Figura 4. Grado de dependencia del adulto mayor y quien realiza la higiene oral.



Con respecto a las características observadas de la higiene oral ejecutada por los mismos adultos mayores dependientes, por sus cuidadores o por el adulto mayor con el apoyo de sus cuidadores, se observa en la Tabla 10 que la mayoría de ellos se enjuaga la boca con agua, se cepillan los dientes, usan pasta dental de adulto, pero no utilizan un cepillo de dientes suave ni tampoco hacen uso de seda dental ni cepillos interproximales ni enjuague bucal.

En 4 oportunidades se observó que se realizaba otro tipo de práctica para el cuidado bucal del adulto mayor dependiente, de esto se obtuvo que 2 de ellos utilizaban gasa con colutorio, 1 usaba un cotonito con agua y 1 utilizaba un palo de helado envuelto en gasa.

Tabla 10. Prácticas observadas de la higiene oral realizada por los adultos mayores en forma independiente, por sus cuidadores o por el adulto mayor con el apoyo de sus cuidadores(n=69)

	n(%)
Prácticas de higiene oral observadas:	
Se enjuaga con agua	56(81,2)
Se cepilla los dientes ¹	38(79,2)
Usa pasta de dientes	41(59,4)
Se cepilla la lengua	18(26,1)
Se enjuaga con colutorios	13(18,8)
Usa gasa o algodón para eliminar detritus o restos de alimentos	10(14,5)
Realiza la higiene de los espacios interproximales ²	2(5,1)
 Elementos de higiene oral utilizados	
Tipo de cepillo de dientes:	
Suave	22(31,9)
Duro	25(36,2)
Eléctrico	1(1,5)
No tiene	21(30,4)
Cepillo de dientes en buen estado (Si)³	32(66,7)
Cepillo de dientes interproximal (Si)²	2(5,1)
Uso de pasta de dientes	
Niño	3(4,3)
Adulto	38(55,1)
De alto contenido en flúor	0(0)
No usa	28(40,6)
Uso de seda dental (Si)²	0(0)
Uso de limpiador lingual (Si)	0(0)
Uso de colutorio:	
Enjuagatorio bucal con alcohol	8(11,6)
Enjuagatorio bucal sin alcohol	1(1,2)
Enjuagatorio bucal con Clorhexidina	4(5,8)
No usa	56(81,5)
Posición en que se realiza la higiene:	
Acostado de lado	6(8,7)
Semi-sentado	12(17,4)
Sentado	26(37,7)
De pie	25(36,2)
Otra práctica realizada	4(5,8)

¹ En dentados, n=48.

² Entre quienes poseen espacios interproximales, n=39

³ Entre quienes usan cepillo de dientes, n=48.

En la Tabla 11 se muestra las características de las prácticas de higiene oral realizadas por los cuidadores o adultos mayores apoyados por sus cuidadores. En la mayoría de los casos el cuidador le explica al adulto mayor que le realizará o apoyará en la higiene oral y en un 57,1% de las ocasiones se observó resistencia por parte del adulto mayor dependiente, a la higiene oral.

La Tabla 11. Características de las practicas de higiene oral observadas realizadas por los cuidadores o adultos mayores apoyados por sus cuidadores (n=42)

	n(%)
El cuidador le explica al adulto mayor que le realizará la higiene oral	
Si	33(78,6)
No	9(21,4)
Se observa resistencia a la higiene oral	
Si	24(57,1)
No	18(42,9)

De la muestra de los 75 cuidadores, 43 adultos mayores dependientes a su cargo, eran portadores de prótesis dentales lo equivale a un 57,3%. En cuanto a las prácticas de higiene oral observadas para la limpieza de los aparatos protésicos se obtuvo que en la mayoría de los casos el cuidador era quien lo realizaba, retiraban las prótesis de la boca antes de limpiarlas, tenían un cepillo exclusivo para los aparatos protésicos y utilizaban como agente limpiador la pasta dental, como se presenta en la Tabla 12.

En 11 casos se observó otro tipo de práctica de higiene de los aparatos protésicos, este se distribuyó como: enjuagar los aparatos protésicos con agua y no cepillarlos 7(63,3%), enjuagarlos con agua y cloro 1(9,1%), guardarlos en un porta prótesis 1(9,1%), dejarlas en un recipiente con agua y enjuague bucal con alcohol 1(9,1%) y dejarlas en un recipiente con agua y pasta dental 1(9,1%).

Tabla 12. Práctica de higiene de los aparatos protésicos observada entre adultos mayores portadores de prótesis (n=43)

	n (%)
Higiene realizada por:	
Adulto mayor solo	19(44,2)
Adulto mayor con ayuda	1(2,33)
Cuidador solo	23(53,5)
Retira los aparatos protésicos de la boca (Si)	41(95,4)
Los cepilla con el mismo cepillo de dientes que usa en la boca:	
No	6(14,0)
Si	17(39,5)
Tiene cepillo sólo para las prótesis	18(41,9)
No las cepilla	2(4,7)
Agente limpiador que utiliza:	
Pasta dental	33(76,8)
Los lava con agua y jabón líquido	1(2,33)
No usa	9(20,9)
Las coloca en un vaso con agua y cloro (si)	6(14,0)
Cuando no están en la boca del adulto mayor las mantiene en una vaso con agua (si)	16(37,2)
Las retira durante la noche (si)	15(34,1)
Otro tipo de práctica de higiene de los aparatos protésicos	11(25,5)

4. Creencias en salud bucal de los cuidadores

Se utilizó el cuestionario DCBS-Sp para estimar las creencias en salud bucal de los cuidadores. Dicho cuestionario, tiene el fin de medir distintas variables psicológicas que influyen en las conductas de salud bucal que tienen los cuidadores. Del resultado del cuestionario DCBS-Sp se obtiene un puntaje dentro de una escala de valores que va desde el 1 al 5, en donde puntajes menores indican creencias en salud más favorables al cuidado bucal y los puntajes más altos al contrario. Las dimensiones que conforman el DCBS-Sp corresponden a: (1) creencias para el cuidado de la salud bucal, (2) auto-eficacia, (3) locus de control interno y (4) locus de control externo. Cada una de ellas está constituida por 7 ítems, lo que da un resultado de 28 preguntas distribuidas de manera aleatoria.

En la tabla 13 se muestra el promedio del puntaje total y promedio del puntaje por dimensión, obtenido en el cuestionario DCBS-Sp, con su desviación estándar logrado por los cuidadores. La dimensión con puntaje promedio más bajo es locus de control interno seguido por la dimensión de autoeficacia.

Tabla 13. Promedio del puntaje total y promedio del puntaje por dimensión del DCBS-Sp con su respectiva desviación estándar obtenido por los cuidadores.

Puntaje obtenido por los cuidadores	Promedio (DS)
Total del DCBS-Sp	2,5(0,27)
Dimensión creencias para el cuidado de salud bucal	2,8(0,55)
Dimensión autoeficacia	2,2(0,30)
Dimensión locus de control interno	2,1(0,37)
Dimensión locus de control externo	3,0(0,56)

En este estudio no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los promedios obtenidos por los cuidadores formales e informales, en donde los primeros obtuvieron un promedio del puntaje total del DCBS-Sp de 2,5 (DS 0,3) y los segundos 2,5 (DS 0,3).

5. Relación entre creencias en salud bucal de los cuidadores y las prácticas que ellos realizan

Para el análisis de la relación entre creencias en salud bucal de los cuidadores y las prácticas realizadas y relatadas por ellos, se muestran en las tablas 14, 15, 16 y 17, el promedio de puntaje total de DCBS-Sp y el promedio de puntaje por pregunta seleccionada, en relación a las prácticas de higiene oral, así como la diferencia en estos promedios de puntajes entre quienes realizan y no dicha práctica de higiene oral.

Con respecto al retiro de prótesis durante la noche, relatado por los cuidadores, no existe diferencia significativa con las creencias en salud bucal como se observa en la Tabla 14.

Tabla 14. Relación entre creencias en salud bucal de los cuidadores y el retiro de prótesis en la noche en adultos mayores dependientes que usan prótesis dental

	Retiro de prótesis durante la noche		
	Si (n=15)	No (n=28)	Diferencia
Promedio de puntaje total DCBS (95% Intervalo de Confianza)	2,5 (2,39; 2,65)	2,6 (2,46; 2,67)	0,05 (-0,12; -0,22)
Promedio puntaje pregunta 10: <i>Creo que las prótesis dentales no tienen que ser removidas durante la noche al menos que el paciente lo quiera</i> (95% Intervalo de Confianza)	2,8 (2,24; 3,36)	2,8 (2,39; 3,26)	0,02 (-0,68; 0,72)

Existe una diferencia significativa ($p < 0,05$) en el promedio de puntaje en creencias en salud bucal, siendo los cuidadores que le explican al adulto mayor dependiente que le realizarán la higiene oral quienes obtuvieron puntajes de creencias en salud más favorables, como se muestra en la tabla 15.

Tabla 15. Relación entre creencias en salud bucal de los cuidadores y las prácticas de higiene oral de explicar al adulto mayor dependiente que le realizará la higiene oral (n=42)

	El cuidador le explica al adulto mayor que le realizará la higiene oral		
	Si (n=33)	No (n=9)	Diferencia
Promedio de puntaje total DCBS (95% Intervalo de Confianza)*	2,5 (2,41; 2,56)	2,7 (2,51; 2,87)	0,21 (0,04; 0,38)
Promedio puntaje pregunta 1: <i>Creo que son los mismos pacientes los que avisan cuando necesitan ayuda en el cuidado de su salud bucal (95% Intervalo de Confianza)</i>	2,9 (2,40; 3,35)	3,0 (1,85; 4,15)	0,12 (-0,92; 1,17)
Promedio puntaje pregunta 19: <i>Creo que nuestros pacientes desean que les ofrezca ayuda para el cuidado bucal (95% Intervalo de Confianza)</i>	2,1 (1,85; 2,33)	2,4 (1,77; 3,12)	0,35 (-0,2, 0,90)

* Se observa una diferencia estadísticamente significativa, en donde $p = 0,0084$.

$\Pr(T < t) = 0.9916$

$\Pr(|T| > |t|) = 0.0167$

$\Pr(T > t) = 0.0084$

Tabla 16. Relación entre creencias en salud bucal de los cuidadores y la práctica observada de cepillado de dientes realizada por los cuidadores en adultos mayores dependientes dentados (n=29)

	El cuidador cepilla los dientes al adulto mayor dependiente		
	Si (n=24)	No (n=5)	Diferencia
Promedio de puntaje total DCBS (95% Intervalo de Confianza)	2,6 (2,46; 2,66)	2,6 (2,24; 2,97)	0,04 (-0,21; 0,29)
Promedio puntaje pregunta 2: <i>Si les cepillo los dientes y uso la seda dental correctamente, espero menos problemas dentales</i> (95% Intervalo de Confianza)	1,9 (1,54; 2,29)	1,8 (0,76; 2,84)	-0,12(-0,99; 0,77)
Promedio puntaje pregunta 28: <i>Creo que el cepillado de los dientes puede prevenir las caries</i> (95% Intervalo de Confianza)	1,7 (1,51;1,90)	2,0(2;2)	0,29 (-0,14; 0,72)

En la tabla 17 se observa una diferencia significativa ($p < 0,05$) en el promedio de puntaje en creencias en salud bucal, en donde los cuidadores que relatan realizar la higiene oral una vez al día o más al adulto mayor dependiente, poseen puntajes más favorables en creencias en salud bucal.

Tabla 17. Relación entre creencias en salud bucal de los cuidadores y la frecuencia de higiene bucal en los adultos mayores dependientes relatada por sus cuidadores (n=48)¹

	Frecuencia de higiene bucal a los adultos mayores dependientes		
	Menos de una vez al día o nunca (n=22)	Una vez al día o más (n=26)	Diferencia
Promedio de puntaje total DCBS (95% Intervalo de Confianza)*	2,6 (2,48; 2,72)	2,47 (2,38; 2,56)	0,13 (-0,02; 0,27)
Promedio puntaje pregunta 27: <i>Creo que nuestros pacientes comen mejor si ellos tienen una boca sana y limpia</i> (95% Intervalo de Confianza)	1,5 (1,22; 1,87)	1,69 (1,50; 1,88)	-0,15 (-0,50; 0,21)

¹ n=48, para este n no se consideró aquellos adultos mayores dependientes quienes realizan la higiene oral por sí mismos.

*Se observa una diferencia estadísticamente significativa, en donde $p=0,0389$.

$$\Pr(T < t) = 0.9611$$

$$\Pr(|T| > |t|) = 0.0777$$

$$\Pr(T > t) = 0.0389$$

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue analizar la relación entre las creencias en salud bucal de los cuidadores y las prácticas de higiene oral que realizan en los adultos mayores dependientes a su cargo.

De la muestra de cuidadores que participaron de esta investigación, la mayoría correspondió a mujeres 94,7% y sólo 5,3% correspondió a cuidadores hombres. Estos resultados están de acuerdo con los resultados del primer Estudio Nacional de Dependencia en la Personas Mayores, en donde la mayoría de los cuidadores correspondían a mujeres (36).

Con respecto al nivel de escolaridad de los cuidadores de la muestra, un 78,4% tiene más de 8 años de educación, a diferencia con el “estudio sobre la situación de los cuidadores domiciliarios de adultos mayores dependientes” del INTA (46), en donde, alrededor de la mitad de los cuidadores evaluados tiene 8 años o menos de escolaridad. Estas diferencias se pueden deber a la comuna de donde se obtuvo la muestra en este estudio, Providencia.

Al analizar el porcentaje de cuidadores, un 60% de ellos corresponde a un cuidador formal y sólo un 40% a uno informal. A diferencia, de lo reportado por el SENAMA, en donde, el 92,2% de los cuidadores corresponden a un familiar (7), es decir, a un cuidador de tipo informal. Este contraste probablemente responde a que un 74,2% de las personas que viven en Providencia pertenecen a un nivel socio económico ABC1-C2 (61), por lo que poseen un mayor poder adquisitivo para hacer uso del servicio de un cuidador formal.

Dentro del porcentaje de cuidadores informales un 10% de éstos corresponde a una persona no familiar, lo que concuerda con los resultados otorgado por el Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (36).

En cuanto a nivel de dependencia del adulto mayor, el mayor porcentaje correspondía a un adulto mayor dependiente severo con 50,7%, seguido por los dependientes moderados con un 34,7% y los leves con un 14,6%. Resultado que difiere con lo reportado por el SENAMA, en cuanto a adultos mayores dependientes moderados y leves, en donde, el porcentaje de dependientes moderados correspondía a un 21,0% y los con dependencia leve a un 27,6% (36).

Llama la atención que más de la mitad de los cuidadores formales tienen a su cargo a un adulto mayor dependiente severo, a diferencia de los cuidadores informales quienes en un 56,6% de ellos tienen a cargo a un adulto mayor dependiente leve o moderado. Probablemente esto se debe a que al aumentar el nivel de dependencia, incrementan las necesidades de ayuda en las actividades de la vida diaria y por lo mismo, los familiares optan por el apoyo de un cuidador de tipo formal.

El 61,3% de los cuidadores tiene 5 años o más de experiencia cuidando a un adulto mayor dependiente, con un promedio de 98,4 meses (DS 88,6), a pesar de esto sólo un 26,6% de los cuidadores ha recibido instrucción en higiene oral en el adulto mayor dependiente, este escaso nivel de capacitación, también, ha sido reportado en diversos estudios (18-22,46). De los cuidadores que han recibido enseñanza en higiene oral en adultos mayores dependientes, más de la mitad de ellos lo ha aprendido centros de salud familiar de la comuna, y un cuarto de ellos lo ha recibido en un hospital o en un instituto técnico. Considerando que el 60% de la muestra corresponde a un cuidador de tipo formal, estos datos indican que la mayoría de ellos, no han recibido educación formal como auxiliar de enfermería o técnico paramédico, para el cuidado de la salud bucal de los adultos mayores.

Un 57,3% de los cuidadores relata haber realizado, alguna vez, la higiene oral en el adulto mayor dependiente, pero sólo un 40,0% lo realiza más de una vez al día. El motivo, más citado, que dificulta al cuidador realizar la higiene oral en el adulto mayor dependiente es que “el adulto mayor no quiere que otra persona lo haga” (41,1%) seguido por “dificultad para que el adulto mayor siga las instrucciones” (24,4%). Por lo mismo, probablemente gran parte de los cuidadores

que nunca realizan la higiene oral al adulto mayor dependiente se explique porque el adulto mayor no coopera en dicho procedimiento, resultado que concuerda con lo reportado por Reed et. al. (51) y Chan et. al (62) . A sí mismo, en un estudio realizado por Forsell et al. (19), sobre actitudes y percepciones hacia las tareas de higiene oral entre cuidadores formales, reportó que la razón principal por la que los cuidadores encontraban desagradable la tarea de la higiene oral era la falta de voluntad de los residentes, lo cual, se redujo posteriormente a la implementación de instrucción y educación en higiene oral.

Otra posible explicación del importante porcentaje de cuidadores que nunca realizan la higiene oral (44,0%), se puede deber a que la totalidad de los adultos mayores dependientes leves realiza su propia higiene oral y en el caso de los dependientes moderados la mayoría de ellos también lo realizan solos.

El 36,0% de los adultos mayores dependientes realizaban por sí mismo su propia higiene oral, un 12,0% lo efectuaba con ayuda de su cuidador y en un 44,0% de los casos el cuidador era quien realizaba la totalidad de la higiene oral en el adulto mayor dependiente. Se observó que todos los adultos mayores dependientes leves realizan su propia higiene oral sin ayuda del cuidador, lo mismo sucede en el caso de los adultos mayores dependientes moderados en el que la mayoría de ellos lo efectúa sin ayuda de su cuidador, al contrario de los que ocurre con los adultos mayores dependientes severos, en donde en un 85,3% de ellos es el cuidador quien lo realiza.

Al analizar las prácticas de higiene oral observadas, se encontró que en la mayoría de los casos el adulto mayor se enjuagaba la boca con agua, se cepillaban los dientes, usaban pasta dental de adulto y más de la mitad tenían un cepillo de dientes en buen estado. En un 36,2% de los casos utilizaban un cepillo de dientes duro, práctica inadecuada, resultado que concuerda con lo reportado por Garrido et. al (16).

Se destaca además, que las prácticas de cepillado con cepillo eléctrico, uso de cepillo interproximal, uso de seda/cinta dental, uso de enjuagatorio bucal y

limpiador lingual son poco utilizados entre los cuidadores y adulto mayores que realizan su higiene oral solos o con el apoyo de sus cuidadores. Los porcentajes que reportan haber realizado estas prácticas se encuentran en un rango entre 0 y 18,6%, resultado que se relaciona con lo obtenido por Garrido et. al (16).

En cuanto a las prácticas de higiene oral observadas para la limpieza de los aparatos protésicos se obtuvo que en la mayoría de los casos es el cuidador quien lo realizaba, retiraban las prótesis de la boca antes de limpiarlas y tenían un cepillo exclusivo para los aparatos protésicos. Un 76,8% de los casos utilizaban como agente limpiador la pasta dental y sólo un 34,1% de las ocasiones retiraban los aparatos protésicos durante la noche, lo que se puede explicar al poco entrenamiento y enseñanza en higiene oral que los cuidadores han recibido, lo que ha sido reportado en diversos estudios (18-22,46).

Con respecto a las creencias en salud bucal en este estudio no se encontró diferencia significativa entre los promedios totales del DCBS-Sp obtenido por los cuidadores formales e informales, resultado el cual también fue reportado por Garrido et. al (16).

La dimensión del DCBS-Sp con puntaje promedio más bajo (favorable) fue la de locus de control interno seguido por la dimensión de autoeficacia, lo que significa que los cuidadores obtuvieron un puntaje promedio más favorable al cuidado de la salud bucal en estas dimensiones, al contrario de las dimensiones de locus de control externo y creencias para el cuidado de la salud bucal, en donde obtuvieron un puntaje promedio más alto.

Puntajes bajos en el locus de control interno implican que los cuidadores creen que sus acciones si influyen o son determinantes en el estado de salud bucal del adulto mayor dependiente (53-55) y una auto-eficacia alta se interpreta como que el cuidador se cree capaz de realizar ciertas prácticas de higiene oral que tendrán resultados positivos en la salud bucal del adulto mayor a quien cuidan (54), por lo tanto, los cuidadores se sienten capaces de realizar prácticas de higiene oral favorables a la salud bucal, pero al presentar puntajes promedios altos en locus de

control externo implica que los cuidadores dan demasiada importancia al efecto que tienen factores externos en las decisiones de salud y estado de salud del adulto mayor (ej: influencia de la genética, ideas respecto de la pérdida dentaria como consecuencia del envejecimiento) (53-54). Obtener puntajes promedios altos en creencias para el cuidado en salud bucal se interpreta que existe una baja probabilidad que los cuidadores adopten o mantengan una conducta para prevenir enfermedades bucales de los adultos mayores, ya que estas dependen de la información y conocimientos de los cuidadores respecto a la salud bucal, creencias respecto a que el adulto mayor es susceptible a una enfermedad bucodental, la concepción de que alguna condición bucal puede amenazar la salud general del adulto mayor dependiente, creencias respecto a que el tratamiento para dicha enfermedad es efectivo y que crean que es relativamente sencillo realizar cambios a conductas favorables a la salud bucal del adulto mayor dependiente (54-56). Por lo tanto, para que los resultados de las dimensiones de locus de control externo y creencias para cuidados en salud bucal, sean más favorables a la salud bucal de los adultos mayores, se sugiere realizar intervenciones educativas continuas a los cuidadores domiciliarios de adultos mayores dependientes, y de esta forma aportar al conocimiento y eliminar mitos sobre el envejecimiento y la pérdida dentaria.

No se encontró relación entre las prácticas relatadas y observadas realizadas por los cuidadores (retirar las prótesis durante la noche y cepillado de dientes al adulto mayor) y las creencias en salud bucal que éstos poseen, pues no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Por otro lado, si se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0084$) en el promedio total del DCBS-Sp entre cuidadores que le explican al adulto mayor dependiente que le realizarán la higiene oral y entre quienes no. Lo que significa que cuidadores que efectúan ésta práctica poseen creencias en salud más favorables para el cuidado de la salud bucal, por lo tanto, se acepta la hipótesis de la investigación, en relación a ésta práctica.

En cuanto a lo que relatan los cuidadores sobre la frecuencia que realizan de higiene bucal a los adultos mayores dependientes, se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0389$) entre cuidadores que la realizan menos de una vez al día (o nunca) y cuidadores que realizan la higiene oral una vez al día o más al adulto mayor dependiente, siendo éstos últimos los que presentan mejores creencias en salud bucal y una mejor frecuencia de higiene oral en el adulto mayor dependiente.

Éste último resultado puede ser comparado con el reportado por Lin et al. (63), quienes encontraron una asociación significativa entre los conocimientos de higiene oral de los cuidadores y la frecuencia con la que éstos realizan las prácticas de higiene oral en pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

Con los resultados obtenidos en este estudio, se podría esperar que al mejorar las creencias en salud bucal de los cuidadores, mejore la frecuencia con que éstos realizan la higiene oral de los adultos mayores dependientes a su cargo, lo cual se puede lograr a través de intervenciones educativas continuas para los cuidadores. El DCBS-Sp para medir cambios en creencias en salud bucal de los cuidadores podría utilizarse pre y post intervención educativa y de esta forma se podría medir cuanto mejora la frecuencia de higiene oral en los adultos mayores dependientes.

Entre las fortalezas de esta investigación se puede mencionar que no hubo pérdida de datos en la ficha de observación de prácticas de higiene oral ni tampoco en el cuestionario aplicado a los cuidadores, debido a que ambos casos fueron administrados por el propio examinador, por lo tanto, los resultados se analizaron con un 100% de las respuestas de los cuidadores. En este estudio se decidió no realizar el cuestionario al cuidador de manera auto-administrada para evitar la pérdida de datos. Sin embargo, es importante destacar que un 37,3% de los cuidadores de adultos mayores dependientes, correspondían a un adulto mayor, y se observó que varios presentaron dificultades para comprender algunos ítems del DCBS-Sp:

- Ítem 3: Creo que sé cómo se pueden tratar las diferentes enfermedades de la mucosa bucal.
- Ítem 9: Si ambos padres tuvieron mala dentadura, el cepillado y el uso de seda dental no ayudará.
- Ítem 12: No se puede evitar que las enfermedades y medicamentos destruyan los dientes.

Si bien el DCBS-Sp, fue traducido y validado por Garrido et. al (59) con buenos resultados, se sugiere considerar la posibilidad de redactar nuevamente los ítems que causan suspicacia o incluir una aclaración entre paréntesis para una mayor comprensión de los mismos.

Para evaluar las prácticas de higiene oral se utilizó una ficha de observación en vez de un cuestionario auto-administrado al cuidador, con el fin disminuir repuestas socialmente complacientes o el fenómeno de deseabilidad social (64), concepto derivado de la psicología, que hace referencia a la necesidad del individuo entrevistado de dar respuestas socialmente más convenientes o deseables.

Una limitación de este estudio fue no evaluar la calidad del cepillado de dientes realizado por los cuidadores, si bien, se registró la frecuencia de esta práctica, no se midió la eficacia de la higiene oral en relación con el índice de placa bacteriana, antes y después del cepillado de dientes al adulto mayor dependiente.

CONCLUSIONES

1. Sólo el 26,6% de los cuidadores ha recibido instrucción en higiene oral para el cuidado de la salud bucal del adulto mayor dependiente.
2. Todos los adultos mayores dependientes leves y un 60,9% de los moderados realizaban su propia higiene oral, en cambio un 82,3% de los severos reciben higiene oral realizada por su cuidador.
3. Las prácticas de hacer que el adulto mayor se enjuague con agua, cepillar los dientes y usar pasta dental de adulto, son las más realizadas por los cuidadores.
4. Las prácticas de limpieza interproximal son escasas entre adultos mayores dependientes.
5. Las prácticas para la limpieza de los aparatos protésicos más realizada por los cuidadores era retiro de las prótesis de la boca antes de limpiarlas, cepillarlas con un cepillo exclusivo y con pasta dental
6. La práctica de retiro de los aparatos protésicos durante la noche es poco utilizada (34,1%).
7. Los principales motivos que dificultan el cuidado bucal se resumen a la negativa del adulto mayor dependiente a cooperar.
8. Los cuidadores presentan creencias con tendencias a favorecer la salud bucal, para las dimensiones de locus de control interno y auto-eficacia, pero creencias con tendencias desfavorables en las dimensiones de locus de control externo y creencias para el cuidado de la salud bucal.
9. La práctica de explicar al adulto mayor dependiente que le realizarán la higiene oral se asocia significativamente con mejores creencias en salud bucal, medida a través del DCBS-Sp.
10. La frecuencia de realizar la higiene oral una vez al día o más se asocia significativamente con mejores creencias en salud bucal, medida a través del DCBS-Sp.

SUGERENCIAS

1. Se sugiere evaluar la redacción de los ítems confusos del DCBS-Sp para los cuidadores, para ser aplicado en otras investigaciones a futuro.
2. Se sugiere la realización de intervenciones educativas en cuidadores de adultos mayores dependientes, y medir variaciones individuales en creencias en salud bucal antes y después de dichas intervenciones, utilizando el DCBS-Sp.
3. Se sugiere la realización de intervenciones educativas a los cuidadores de adultos mayores dependientes, y evaluar frecuencia de cepillado e índice de higiene oral antes y después de dichas intervenciones, para medir la efectividad del cepillado.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Harwood, R., Sayer, A.A., Hirschelf, M., 2004. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*. **82**, pp. 251-8
- (2) Alonso, P., Sansó, F., Díaz Canel, A., Carrasco, M., Oliva, T., 2007. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*. **33** (1), pp.1-17
- (3) CELADE. Transición demográfica. [en línea] Nueva York, Estados Unidos.<http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/2/23462/PyDTD_1.pdf> [consulta: abril 2012]
- (4) Szot, M., 2003. Transición demográfica-epidemiológica en Chile, 1960-2001. *Revista Española de Salud Pública*. **77** (5), pp.605-613
- (5) SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile. [en línea] Santiago, Chile. <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-4020_recurso_1.pdf> [consulta: marzo 2012]
- (6) INE. Número de adultos mayores en Chile según datos del Censo 2002 del Instituto Nacional de Estadística. [en línea] Santiago, Chile. <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/cifrasmayores.pdf> [consulta: enero 2013]
- (7) SENAMA. Chile Quiere a sus Mayores. [en línea] Santiago, Chile. <<http://www.senama.cl/filesapp/cuentapublica2011.pdf> > [consulta: marzo 2012]
- (8) INE. Chile: Esperanza de Vida al Nacer: Estimada por Sexo 1919-2009. [en línea] Santiago, Chile. <http://www.ine.cl/canales/elemento_persistente/preguntas_frecuentes/preguntas_frecuentes.php > [consulta: 19 marzo 2012]
- (9) Romero, M.J., Rodríguez, S., Borraz, B., Villaverde, C. 2009. Prevalencia de ancianos de riesgo en atención primaria y apoyo social que reciben. *Scientia*. **14**(8), pp. 1-8
- (10) Sanhueza, M., Castro, M., Merino, J. 2005. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería XI*. **2**, pp. 17-21.

- (11) SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. [en línea] Santiago, Chile. <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-4471_recurso_1.pdf> [consulta: marzo 2012]
- (12) Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C., Alfonso, J. 2005. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. **17** (5/6), pp. 353-61.
- (13) MINSAL. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. [en línea] Santiago, Chile <<http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/1/5648346.pdf>> [consulta: Abril 2012]
- (14) Holmén, A., Strömberg, E., Hagman-Gustafsson, M.-L., Wårdh, I. and Gabre, P. 2011. Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology*. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00507.x
- (15) Montal, S., Tramini, P. , Triay, J-A. , Valcarcel, J. 2006. Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. *Gerodontology*. **23**, pp 67-72
- (16) Garrido, C., Romo, F., Espinoza, S., Medics, D. 2011. Oral Health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. *Gerodontology*. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00553.x
- (17) Olerud, E., Hagman-Gustafsson, M.-L. and Gabre, P. 2012. Oral status, oral hygiene, and patient satisfaction in the elderly with dental implants dependent on substantial needs of care for daily living. *Special Care in Dentistry*. **32**, pp 49–54.
- (18) Simonds, D., Brailsford, S., Kidd, E., Beighton, D. 2001. Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. **29**, pp.464-70.
- (19) Forsell, M., Kullberg, E., Wedel, P., Herbst, B., Hoogstraate, J. 2010. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric

- nursing home staff. *International Journal of Dental Hygenic*. **9**, pp. 199-203.
- (20) Visschere, L., Grooten, L., Theuniers, G., Vanobbergen, J. 2006. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions- a cross-sectional study. *Gerodontology*. **23**, pp. 195-204.
- (21) Frenkel, H., Harveys, I., Needs, K. 2002. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. **30**, pp.91-100.
- (22) Sumi, Y., Nakamura, Y., Nagaosa, S., Michiwaki, Y., Nagaya, M. 2001. Attitudes to oral care among caregivers in Japanese nursing homes. *Gerodontology*. **18** (1), pp. 1-6
- (23) Sjögren, P., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Johansson, O., Herbst, B., Forsell, M. 2009. Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. *Journal of Advanced Nursing*. **66** (2), pp. 345-9.
- (24) Kandelman, D., Petersen, P. E. and Ueda, H. 2008. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry*, **28**, pp. 224–236. doi: 10.1111/j.1754-4505.2008
- (25) Scannapieco, F.A. 2006. Pneumonia in nonambulatory patients: The role of oral bacteria and oral hygiene. *Journal American Dental Association*. **137**(2), pp.21S-25S
- (26) Van der Maarel, C., Vanobeergen, J., Bronkhorst, E., Schols, J., Baat, C. 2012. Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology*. doi: 10.1111/j.1741-2358.2012.00637.x
- (27) Genco, R., Offenbacher, S., Beck, J. 2002. Periodontal disease and cardiovascular disease: epidemiology and possible mechanisms. *Journal American Dental Association*. **133**, pp. 14s-22s.
- (28) Dietrich, T., Jimenez, M., Krall, E., Vokonas, P., Garcia, R. 2008. Age-Dependent Associations Between Chronic Periodontitis/Edentulism and Risk of Coronary Heart Disease. *American Heart Association*. **117**, pp.1668-74.
- (29) Cotti, E., Dessì, C., Piras, A., Mercurio, G. 2011. Can a chronic dental infection be considered a cause of cardiovascular disease? : A review of

- the literature. *Internanional Journal of cardiology*. **148**, pp. 4-10.
- (30) Humphey, L., Fu, R., Buckley, D., Freeman, M., Helfand, M. 2008. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. **23** (12), pp.2079-86.
- (31) Mealy, B., Oates, T. 2006. Diabetes mellitus and periodontal diseases. *Journal of Periodontology*. **77** (8), pp. 1289-1303.
- (32) Taylor, G., Borgnakke, W. 2008. Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Disease*.**14**, pp.191-203.
- (33) Walls, A., Steele, J. 2004. The relationship between oral health and nutrition in older people. *Mechanisms of ageing and development*. **125**, pp.853-57
- (34) Ervin, R., Dye, B. 2009. The effect of functional dentition on healthy eating index scores and nutrient intakes in a nationally representative sample of older adults. *Journal of Public Health Dentistry*.**69** (4), pp. 207-216.
- (35) Araya, C. , Oliva, P., Canete, E. y Zapata, H. (2009), Salud oral en pacientes adultos mayores del Programa Postrados. CESFAM Los Volcanes, Chillan. *Ciencia... Ahora*. N°**23**, pp 70-2.
- (36) SENAMA. Estudio Nacional de Dependencia en la Personas Mayores. [en línea] Santiago, Chile. <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf > [consulta: marzo 2012]
- (37) Zavala, M., Dominguez, G.2011. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*.**49**(6), pp.585-90
- (38) De Lucas, M. Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación. [en línea],<https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/28300/Tema_4_Evaluaci_n_integral_de_personas_mayores/Compilaci_n_test_mayores.pdf>[consulta: diciembre 2012]
- (39) Colmenarejo, J., Calle, B., Sánchez, J. 2000. Valoración geriátrica exhaustiva: abordaje desde atención primaria. Una revisión actualizada.

Medicina General 2. 4(6), pp.31-4

- (40) INTA. Informe Final Evaluación Funcional del Adulto Mayor en ISAPRES.[en línea] Santiago, Chile. <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-4393_recurso_1.pdf > [consulta: marzo 2012]
- (41) MINSAL. (2008). Guía clínica: examen de medicina preventiva. [en línea]. Santiago, Chile. <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/73b3fce9826410bae04001011f017f7b.pdf>> [consulta: mayo 2012]
- (42) Barraza, A., Castillo, M. 2006. El envejecimiento. [en línea] La Serena, Chile. <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf> [consulta: abril 2012]
- (43) Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, A.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 1963; 185: 914-919
- (44) SENAMA. Manual del Cuidado de Personas Mayores Dependientes y con Pérdida de Autonomía.[en línea] Santiago, Chile. <<http://www.ssmaule.cl/paginas/index.php?option=com...task...>>[consulta: marzo 2012]
- (45) Hernández, Z. (2006). Cuidadores del Adulto Mayor Residente en Asilos. [en línea] Granada, México. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000100009&script=sci_arttext > [consulta: marzo 2012]
- (46) INTA. Informe Final Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. [en línea] Santiago, Chile. < <http://www.senama.cl/filesapp/3366.pdf> > [consulta: marzo 2012]
- (47) SENAMA. Las personas mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. [en línea] Santiago, Chile. <<http://www.senama.cl/archivos/libroblanco.pdf>. > [consulta: abril 2012]
- (48) MINSAL. Medición del trabajo de cuidados no remunerados en salud: encuesta del uso del tiempo y cuentas satélite del sector hogares, metodología y experiencias para su aplicación en Chile. [en línea] Santiago, Chile. <http://ucsas.minsal.cl/Documentos/PDF/Torres_Allende.pdf> [consulta: abril 2012]

- (49) Unfer, B., Braun, K., Oliveira, A., Ruat, G., Batista, A. 2011. Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *Gerodontology*. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00475.x
- (50) INP. Manual de cuidados básicos para del adulto mayor y adulto mayor dependiente: en buenas manos. [en línea] Santiago, Chile. <www.ips.gob.cl/documentos/doc_download/86-en-buenas-manos> [consulta: mayo 2012]
- (51) Reed, R., Broder, H., Jenkis, G., Spivack, E., Janal, M. 2006. Oral health promotion among older persons and their care provides in a nursing home facility. *Gerodontology*. **23**, pp.73-8.
- (52) MacEntee, I. 2010. The Educational challenge of dental geriatrics. *Journal of Dental Education*. **74** (1), pp.13-9
- (53) Misrachi, C., Sassenfeld, A., Abarca, G., Rojas, G. 2006. Fundamentos psicosociales de las conductas en salud oral. *Revista Dental de Chile*. **97** (3), pp.30-34.
- (54) Hollister, C., Anema, M. 2004. Health behavior models and oral health: A review. *Journal of Dental Hygiene*. **78** (3), pp. 1-8.
- (55) Ortiz, M., Ortiz, E. 2007. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*. **135**, pp. 647-652.
- (56) Guimaraes, S., Marcelo, V., da Silva, E., Rodriguez, C. (2011). Oral health of institutionalised elderly: a qualitative study of health caregivers' perceptions in Brazil. *Gerodontology*. **28**, pp.69-75.
- (57) Wolf, GR., Stewart, JE., Maeder, LA., Hartz, GW. 1996. Use of dental coping beliefs scale to measure cognitive changes following oral hygiene interventions. *Community Dental Oral Epidemiology*. **24**, pp.37-41.
- (58) Wårdh, I., Sörensen, S. 2005. Development of an index to measure oral health care priority among nursing staff. *Gerodontology*. **22**, pp-84-90.
- (59) Garrido, C., Espinoza, I., Romo, F. 2010. Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Revista Española de Salud Publica*. **84**, pp. 407-414.

- (60) MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2003. [en línea] Santiago, Chile. <<http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>> [Consulta: 11 Julio 2012]
- (61) ADIMARK. Mapa socioeconómico de Chile. [en línea] Santiago, Chile. <http://www.adimark.cl/medios/estudios/informe_mapa_socioeconomico_d_e_chile.pdf> [consulta: diciembre 2012]
- (62) Chan, E.Y., Hiu-Ling, I. 2012. Oral care practices among critical care nurses in Singapore: a questionnaire survey. *Applied Nursing Research*. **25**, pp.197-204.
- (63) Lin, Y.S., Chang, J.C., Chang, T.H., Lou, M.F. 2011. Critical care nurses' knowledge, attitudes and practices of oral care for patients with oral endotracheal intubation: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*. **20**, pp.3204-14.
- (64) Ferrando, P.J., Chico, E., (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*. **12**(3), pp.383-9.



ANEXO 1

ÍNDICE DE KATZ

El índice de Katz es un instrumento ampliamente utilizado que evalúa seis actividades biológicas y psicosociales básicas: alimentación, continencia, trasladarse, uso del baño, vestuario y aseo. Katz encontró que estas actividades presentan un orden jerárquico en el cual las funciones más complejas se pierden primero.

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

Clasificación

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

ANEXO 2

Versión 08 Agosto de 2012

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN****VERSIÓN PARA CUIDADOR**

Proyecto de investigación: NIVEL DE HIGIENE BUCAL EN ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES Y PRÁCTICAS PARA LA SALUD BUCAL REALIZADAS POR SUS CUIDADORES.

Investigador Principal: Prof. Dr. Fernando Romo O.
Clínica Integral del Adulto.
Director Departamento de Prótesis.
Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
Sergio Livingstone Pohlhammer 934, Independencia,
Santiago.
Telefono 9781726, Email fromo@odontologia.uchile.cl

Nombre de la Institución: Facultad de Odontología, Universidad de Chile

Presidente CEC: Prof. Dr. Juan Cortés Araya
Vicedecano Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
Sergio Livingstone Pohlhammer 934, Independencia, Santiago.
Email vicedeca@odontologia.uchile.cl

Nombre del Cuidador: _____

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio para usted)
- Formulario de Consentimiento para el Cuidador de un Adulto Mayor dependiente (para firmar si está de acuerdo en participar)

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

Solicitamos a Usted su colaboración con el estudio.

Antes de decidir si colabora o no, debe conocer y comprender los aspectos que se exponen a continuación. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto del cual tenga dudas. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea colaborar, entonces se le pedirá que firme este formulario.

EXPLICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. En nuestro país existen muchas personas de edad avanzada y dentro de algunos años habrán muchísimos más. Se sabe que a mayor edad aparecen múltiples enfermedades y muchas son crónicas, que pueden limitar la funcionalidad e independencia de los adultos mayores.
2. No se sabe muy bien en Chile acerca del estado de salud bucal de los adultos mayores frágiles y dependientes, pero se cree que es peor a la encontrada en adultos mayores autovalentes, debido a la dificultad del autocuidado directa o indirectamente relacionada con su estado de dependencia. Así, el cuidado de la salud bucal y la práctica de higiene, quedan delegados al apoyo continuo de un tercero para desarrollarlos.
3. Es por esto que esta investigación pretende Relacionar el Índice de Higiene Bucal en adultos mayores dependientes del Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia, con las prácticas de higiene bucal que sus cuidadores realizan en ellos.
4. Le invitamos a participar porque usted cuida a un adulto mayor que pertenece al Programa de Cuidados Domiciliarios de la Comuna de Providencia donde se realizará el estudio, y usted nos puede ayudar a conocer mas sobre las fortalezas y debilidades de los medios de cuidado bucal que realiza en la persona dependiente que esta a su cuidado. Además, los resultados de la investigación permitirán desarrollar guías clínicas para el cuidado bucal de estas personas y material didáctico para la capacitación de los cuidadores.
5. Este estudio consistirá en que, en una visita domiciliaria, a usted deberá contestar un cuestionario sobre sus antecedentes y creencias en salud bucal, y mostrar las prácticas de higiene bucal habituales que realiza en el adulto mayor que está a su cargo. Para contestar este cuestionario necesitara al menos de 30 minutos de tranquilidad para responder las preguntas. El cuestionario es de carácter anónimo, absolutamente confidencial y no entregará resultados individuales respecto a su desempeño como cuidador.
6. Todos los datos obtenidos de estas encuestas, se manejaran con estricta confidencialidad y jamás su nombre ni sus datos personales serán identificados públicamente.
7. Su colaboración con este estudio es completamente voluntaria. Y si no acepta la invitación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted. Además como consecuencia del estudio usted no tendrá que efectuar gasto alguno, pero tampoco le pagaremos por su colaboración.
8. Como beneficio de mi participación se me enseñará cómo realizar en mejor manera la higiene bucal del adulto mayor a mi cargo y se me entregarán herramientas para desarrollar mejor mi rol. Además recibiré un tríptico educativo y un kit de higiene oral (Oral B ®) para realizar la higiene bucal del adulto mayor.
9. Si usted desea conocer los resultados o tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, contactando al Prof. Dr. Fernando Romo O. en las oficinas del Departamento de Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, los días Lunes de 8:00 a 12:00 hrs. al teléfono 9781726 (Sergio Livingstone Pohlhammer 943, Independencia, Santiago), o si lo desea al Dr. Juan Cortés Presidente del Comité de Ética al teléfono 9781702.
10. Si considera que no existen dudas ni preguntas acerca de su participación, le solicitamos firmar el Formulario de Consentimiento Informado anexo al documento.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ADULTO MAYOR

Al firmar este documento, voluntariamente, doy mi consentimiento para participar en la investigación NIVEL DE HIGIENE BUCAL EN ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES Y PRÁCTICAS PARA LA SALUD BUCAL REALIZADAS POR SUS CUIDADORES, realizada por la **Facultad de Odontología de la Universidad de Chile**, en el **Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia** y con apoyo de **Oral- B®**.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Mediante mi firma, dejo constancia que he leído y comprendido los objetivos y características de esta investigación.

Nombre y firma del CUIDADOR de Adulto Mayor:

Nombre y firma de Testigo:

Fecha: __/__/__

Sección a llenar por el Investigador o su representante:

He explicado al Sr(a) _____ la naturaleza de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y Firma del Investigador que toma el CI

__/__/__

Fecha

Prof. Dr. Fernando Romo O.

Nombre y Firma del Investigador Principal

__/__/__

Fecha



Versión 08 Agosto de 2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

VERSIÓN AL ADULTO MAYOR

Proyecto de investigación: NIVEL DE HIGIENE BUCAL EN ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES Y PRÁCTICAS PARA LA SALUD BUCAL REALIZADAS POR SUS CUIDADORES.

Investigador Principal: Prof. Dr. Fernando Romo O.
Clínica Integral del Adulto.
Director Departamento de Prótesis.
Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
Sergio Livingstone Pohlhammer 934, Independencia,
Santiago.
Telefono 9781726, Email fromo@odontologia.uchile.cl

Nombre de la Institución: Facultad de Odontología, Universidad de Chile

Presidente CEC: Prof. Dr. Juan Cortés Araya
Vicedecano Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
Sergio Livingstone Pohlhammer 934, Independencia, Santiago.
Email vicedeca@odontologia.uchile.cl

Nombre del Adulto Mayor: _____

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio para usted)
- Formulario de Consentimiento para el Adulto Mayor dependiente o su Tutor Representante (para firmar si está de acuerdo en participar)

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

Solicitamos a Usted su colaboración con el estudio.

Antes de decidir si colabora o no, debe conocer y comprender los aspectos que se exponen a continuación. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto del cual tenga dudas. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea colaborar, entonces se le pedirá que firme este formulario.

EXPLICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. En nuestro país existen muchas personas de edad avanzada y dentro de algunos años habrán muchísimos más. Se sabe que a mayor edad aparecen múltiples enfermedades y muchas son crónicas, que pueden limitar la funcionalidad e independencia de los adultos mayores.
2. No se sabe muy bien en Chile acerca del estado de salud bucal de los adultos mayores frágiles y dependientes, pero se cree que es peor a la encontrada en adultos mayores autovalentes, debido a la dificultad del autocuidado directa o indirectamente relacionada con su estado de dependencia. Así, el cuidado de la salud bucal y la práctica de higiene, quedan delegados al apoyo continuo de un tercero para desarrollarlos.
3. Es por esto que esta investigación pretende Relacionar el Índice de Higiene Bucal en adultos mayores dependientes del Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia, con las prácticas de higiene bucal que sus cuidadores realizan en ellos.
4. Le invitamos a participar porque usted es adulto mayor y pertenece al Programa de Cuidados Domiciliarios de la Comuna de Providencia donde se realizará el estudio, y usted nos puede ayudar a conocer más sobre el nivel de salud bucal y los cuidados que serían necesario en los adultos mayores dependientes. Además, los resultados de la investigación permitirán desarrollar guías clínicas para el cuidado bucal de estas personas y material didáctico para la capacitación de los cuidadores.
5. Este estudio consistirá en que, en una visita domiciliaria, a usted se le realizará un examen clínico rápido de sus condiciones bucales y protésicas, completando una ficha clínica. Este examen tendrá una duración de 15 minutos. Además se completarán otras encuestas: el Cuestionario para Cuidadores y la Ficha de Observación de las Prácticas de Higiene.
6. Tenga en cuenta que al llenar la ficha clínica proporcionará información sobre sus antecedentes personales, información médica y dental, pero los investigadores manejarán estos datos con estricta confidencialidad y jamás su nombre ni sus datos personales serán identificados públicamente.
7. Su colaboración con este estudio es completamente voluntaria. Y si no acepta la invitación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted. Además como consecuencia del estudio usted no tendrá que efectuar gasto alguno, pero tampoco le pagaremos por su colaboración.
8. Como beneficio por su participación, en caso de pesquisar alguna situación de riesgo o urgencia dental, usted será derivado al servicio correspondiente para su resolución, además se le enseñará como mejorar su higiene bucal y se le hará entrega de un tríptico educativo y un kit de higiene oral (Oral B®).
9. Si usted desea conocer los resultados o tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, contactando al Prof. Dr. Fernando Romo O. en las oficinas del Departamento de Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, los días Lunes de 8:00 a 12:00 hrs. al teléfono 9781726 (Sergio Livingstone Pohlhammer 943, Independencia, Santiago), o si lo desea al Dr. Juan Cortés Presidente del Comité de Ética al teléfono 9781702.
10. Si considera que no existen dudas ni preguntas acerca de su participación, le solicitamos firmar el Formulario de Consentimiento Informado anexo al documento.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ADULTO MAYOR

Al firmar este documento, voluntariamente, doy mi consentimiento para participar en la investigación NIVEL DE HIGIENE BUCAL EN ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES Y PRÁCTICAS PARA LA SALUD BUCAL REALIZADAS POR SUS CUIDADORES, realizada por la **Facultad de Odontología de la Universidad de Chile**, en el **Programa de Cuidados Domiciliarios de la comuna de Providencia** y con apoyo de **Oral- B®**.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Mediante mi firma, dejo constancia que he leído y comprendido los objetivos y características de esta investigación.

Nombre y firma del Adulto Mayor:

Nombre y firma del Testigo:

Nombre y firma del Tutor representante:

(en caso de incompetencia del adulto mayor)

Fecha:

__/__/__

Sección a llenar por el Investigador o su representante:

He explicado al Sr(a) _____ la naturaleza de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y Firma del Investigador que toma el CI

__/__/__

Fecha

Prof. Dr. Fernando Romo O.

Nombre y Firma del Investigador Principal

__/__/__

Fecha

ANEXO 3**FICHA DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS DE HIGIENE ORAL**

1. Se le pide que muestre las prácticas de higiene oral del adulto mayor:		2. Se pide que se realice la higiene de los aparato protésicos
<p>Higiene oral es realizada por: <input type="checkbox"/></p> <p>(0) = Adulto Mayor solo (1) = Adulto Mayor con ayuda (2) = Cuidador solo</p> <p>El cuidador le explica al adulto mayor que realizará la higiene: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pide al adulto mayor que se enjuague con agua</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pide al adulto mayo que se enjuague con colutorio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cepilla los dientes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cepilla la lengua</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Realiza la higiene de los espacios interproximales</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa pasta de dientes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa gasa o algodón para retirar detritus de la boca</p> <p>Otro: _____</p> <p>Posición en que realiza la higiene bucal: _____</p> <p>Duración de la higiene bucal <input type="checkbox"/> Menos de 2 minutos <input type="checkbox"/> Al menos 2 minutos</p> <p>Resistencia a la Higiene Bucal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Elementos con que realiza la higiene bucal del adulto mayor que cuida:</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cepillo de dientes duro</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cepillo de dientes blando</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cepillo eléctrico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cepillo de dientes en buen estado</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasta de dientes de niños (500 ppm Flúor)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasta de dientes adultos(1100-1500ppm Flúor)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasta de dientes con alto contenido en Flúor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cepillos interproximales</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hilo o seda dental</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Limpiador lingual</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enjuagatorio Bucal con alcohol</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enjuagatorio Bucal sin alcohol</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enjuagatorio Bucal de Clorhexidina</p> <p>Otro: _____</p>	<p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El adulto mayor usa prótesis</p> <p>*Si la respuesta es SI continúe con las observaciones siguientes:</p> <p>La higiene de los aparatos protésicos es realizado por : <input type="checkbox"/></p> <p>(0) = Adulto Mayor solo (1) = Adulto Mayor con ayuda (2) = Cuidador solo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los retira de la boca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los cepilla con el mismo cepillo de dientes que usa en boca del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa un cepillo de dientes diferente al usado en boca para cepillar las prótesis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa pasta dental</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Las lava con agua y jabón líquido</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Las coloca en un vaso de agua y cloro</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuando no están en la boca del adulto mayor las mantiene en un vaso con agua</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Las retira de la boca del adulto mayor durante la noche</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deja que el adulto mayor duerma con ellas</p> <p>Otro: _____</p>

ANEXO 4

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: NIVEL DE HIGIENE BUCAL EN ADULTOS MAYORES
DEPENDIENTES Y PRÁCTICAS PARA LA SALUD BUCAL REALIZADAS POR SUS
CUIDADORES.**

FECHA: __/__/__

CUESTIONARIO AL CUIDADOR

IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR	
Edad del cuidador <input type="checkbox"/>	Género del cuidador: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Comuna: _____	
Sistema de Salud: FONASA <input type="checkbox"/>	ISAPRE <input type="checkbox"/>
Nivel de estudio del cuidador:	
Básica Incompleta <input type="checkbox"/>	Media Incompleta <input type="checkbox"/> Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/>
Básica Completa <input type="checkbox"/>	Media Completa <input type="checkbox"/> Universitaria Completa <input type="checkbox"/>
Tipo de Cuidador: FORMAL <input type="checkbox"/>	INFORMAL <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Yerno/nuera <input type="checkbox"/>
	Nieto (a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
¿Cuánto tiempo lleva cuidando a un paciente adulto mayor dependiente? _____	

CUIDADO BUCAL DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE
1. ¿Ha recibido enseñanza o entrenamiento para el cuidado bucal del adulto mayor dependiente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Dónde? _____ ¿Fue suficiente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Tiene dudas? _____
2. ¿Ha realizado alguna vez la higiene bucal en el adulto mayor dependiente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia ud. Realiza la higiene bucal al adulto mayor dependiente que cuida? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
4. ¿Cuál(es) es(son) los motivo(s) que dificultan el cuidado bucal del adulto mayor dependiente? <input type="checkbox"/> Me da asco <input type="checkbox"/> No hay tiempo suficiente <input type="checkbox"/> No sé como hacerlo <input type="checkbox"/> No es tan importante como cuidar la salud general <input type="checkbox"/> El adulto mayor no quiere que otra persona lo haga <input type="checkbox"/> Pienso que debería realizarlo el dentista <input type="checkbox"/> Dificultad para que el adulto mayor siga instrucciones <input type="checkbox"/> Siento que invado la intimidad del adulto mayor

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

ANEXO 5

ANEXO 6