



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS**

“Aproximación cualitativa a las percepciones en las dimensiones biopsicosociales afectadas en las personas mayores que reportan mala salud bucal y necesitar atención odontológica”

Nicolás Enrique Luco Román

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

**TUTOR PRINCIPAL
Dr. Marco Antonio Cornejo Ovalle**

**TUTORES ASOCIADOS
Dra. Andrea Viviana Pizarro Cano**

Adscrito a Proyecto FIOUCh “Aproximación cualitativa a las dimensiones psicosociales afectadas por la mala salud bucal y la falta de acceso a la atención odontológica” FIOUCh 0121/2017

**Santiago – Chile
2020**

Agradecimientos: Esta tesis solo existe gracias a quienes me apoyaron durante todo el proceso, especialmente los últimos años, es por eso que quería dar gracias a mi familia, específicamente a mi abuelo y a mi madre, quien me apoyó desde que estaba en el colegio para estudiar esta carrera y me ha ayudado y acompañado desde siempre.

A mis tutores, la Dra. Andrea Pizarro y el Dr. Marco Cornejo, quienes me permitieron tomar parte de su investigación, brindándome su apoyo y orientación de manera incondicional.

A mis amigos, tanto a quienes he conocido en la facultad como a mis amigos del colegio, con quienes nunca he perdido el contacto y que, sin su ayuda, tampoco habría llegado a este punto.

ÍNDICE

<i>I- RESUMEN</i>	5
<i>II- INTRODUCCIÓN</i>	6
<i>III- MARCO TEÓRICO</i>	8
<i>a) El envejecimiento: aspectos demográficos</i>	8
b) Salud oral	9
c) Cambios orales asociados al envejecimiento y salud oral en personas mayores	10
d) Situación de la salud bucal en el adulto mayor.	10
e) Dimensiones biopsicosociales afectadas por la mala salud oral en personas mayores en Chile	12
f) Atención odontológica y uso de servicios odontológicos en las personas mayores	13
g) Enfoque Cualitativo	15
h) Abordaje cualitativo para estudiar el impacto biopsicosocial de la percepción de salud oral en personas mayores	16
i) Justificación	17
j) Pregunta de investigación	17
<i>IV) OBJETIVOS</i>	18
a) Objetivos generales	18
b) Objetivos específicos	18
<i>V) METODOLOGÍA</i>	19
a) Contextualización del estudio	19
b) Tipo estudio	19
c) Fuente de información o método de recolección de datos.	20
d) Población de estudio	20

	4
e) Muestra, selección de la muestra y criterios de inclusión.....	21
f) Procesamiento y análisis de los datos	21
g) Consideraciones éticas.....	22
<i>VI) RESULTADOS.....</i>	<i>24</i>
a) Resultados del análisis cuantitativo de la información contenida en los mensajes enviados por las personas mayores que reportaron problemas por mala salud bucal y percibir necesitar atención dental para su resolución	24
b) Resultados del análisis cualitativo respecto a las dimensiones biopsicosociales afectadas en las personas mayores que reportaron problemas por mala salud bucal y percibir necesitar atención dental para su resolución	29
<i>VII) DISCUSIÓN.....</i>	<i>43</i>
a) El envejecimiento.....	48
b) Discriminación del adulto mayor y vejeismos, el aislamiento del adulto mayor	50
c) Tratamientos resolutivos para la tercera edad: la realidad de la salud oral, su estado y posibilidad de acceso en Chile	51
d) Otros estudios cualitativos y sus conclusiones	53
<i>VIII) CONCLUSIONES.....</i>	<i>59</i>
<i>IX) BIBLIOGRAFIA</i>	<i>60</i>
<i>X) ANEXOS.....</i>	<i>71</i>
a) Anexo 1. Acta de aprobación del protocolo de investigación.....	71
b) Anexo 2. Acuerdo de confidencialidad	73

I- RESUMEN

La investigación cualitativa en odontología no es muy utilizada, generalmente se realizan trabajos tabulados y representados de forma numérica, dejando de lado las dimensiones emocionales no cuantificables. En otras áreas de la medicina como enfermería, obstetricia, ginecología o psicología, este tipo de investigación, si bien no es tan masiva dentro de estas áreas, tiene más cobertura. Esta tesis representa uno de los primeros trabajos que abordarán a futuro las dimensiones emocionales de los pacientes, en este caso personas mayores, quienes aumentan su longevidad, viéndose mayormente expuestos a enfermedades propias del envejecimiento y al desbalance de salud. Estas afectan la calidad de vida de las personas mayores, lo que genera modificación de su percepción del entorno, de sí mismos y cómo los percibe el resto. Para este trabajo se utilizó la base de datos entregada por la “Fundación sonrisas”, la que se obtuvo del reportaje “el poder de cambio de una sonrisa” emitido en el canal de televisión “Mega” durante septiembre de 2015. De un total de 1070 microrelatos (MC) entregados de forma espontánea, se excluyó a quienes no cumplieron con los parámetros propuestos, seleccionando 54 relatos, 74% de los cuales fueron enviados por mujeres. El análisis se realizó desde un enfoque fenomenológico, permitiendo la obtención de distintas categorías. Se determinaron 10 dimensiones que fueron consideradas relevantes para este estudio, así también se determinó cuáles atenciones odontológicas se podrían necesitar para solucionar los problemas mencionados.

La cavidad oral está directamente ligada a aspectos como el sonreír, la vergüenza o la autoestima, por lo que el aspecto psicoemocional tiene injerencia en la calidad de vida. La necesidad de recibir atención muestra una realidad del país en torno al desdentamiento en personas mayores.

Las principales categorías que emergieron como aquellas que afectan las dimensiones biopsicosociales fueron: dificultad económica, sonrisa, estética, dificultad para comer, vergüenza y baja autoestima.

II- INTRODUCCIÓN

Chile desde las últimas tres décadas viene experimentando un envejecimiento poblacional acelerado, al igual que muchos otros países. Las personas de 65 y más años según el CENSO 2017 ⁽¹⁾, representan el 11% del total de la población y estimaciones de la CEPAL al año 2050 señalan que ese porcentaje superará el 30%, proyectando a Chile entre los países con envejecimiento avanzado ⁽²⁾. Esta mayor proporción de personas mayores coincide con un aumento en la esperanza de vida, pero también con un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad. Ello supone un desafío importante para el sistema de salud y protección social.

Muchas personas mayores han experimentado condiciones de vida que han incidido en que este grupo etario sea reconocido como vulnerable, que además presenta una alta prevalencia de diversas patologías crónicas o condiciones de salud que repercuten en que reporten peor calidad de vida. Los adultos mayores representan el grupo más afectado en su salud oral debido al daño acumulado tras no haber recibido durante su vida medidas de prevención, ni tampoco tratamientos oportunos y adecuados para recuperarla. También porque ahora conservan más dientes a lo largo de la vida y, por tanto, hay mayor riesgo de presentar caries y enfermedades periodontales en esta etapa.

La principal manifestación del daño acumulado en la salud bucal de las personas mayores es la pérdida dentaria (total o parcial) como secuela de las patologías orales más prevalentes, esto es, las caries y las enfermedades periodontales que han padecido durante sus trayectorias de vida.

En odontología la investigación cualitativa ha sido poco explorada ⁽³⁾, a diferencia de otras disciplinas del ámbito de la salud ^(4,5,6,7). La cavidad oral es la antesala de las relaciones interpersonales por lo que es una zona de mucha susceptibilidad y de interés para la investigación cualitativa ⁽⁸⁾.

Al envejecer, se producen diversos cambios, los cuales son considerados como normales, en cavidad oral es posible ver una disminución de la salivación, cambios en la cantidad y calidad del colágeno, osteopenia, irrigación terminal, y otras manifestaciones ⁽⁹⁾. En caso de producirse un desequilibrio, aparece lo que se conoce como enfermedad, la cual para la cavidad oral está representada por

la presencia de caries, enfermedad periodontal, pérdida dentaria y cáncer oral. Todas estas patologías conllevan a que la calidad de vida se vea alterada, debido a la dificultad para sonreír, comer, hablar y por lo tanto se produce una baja en la autoestima.⁽⁸⁾ Estas dimensiones afectadas a veces no pueden tener solución si se está mermando su acceso a posibles tratamientos, ya sea por temas económicos, falta de tiempo, situaciones de lejanía de los servicios de salud. A estas barreras de acceso debemos sumar que no todos los afectados reciben la atención necesaria para solucionar su situación a pesar de estar inscritos en programas sociales, en consecuencia menos de un tercio de ellos termina recibiendo la atención requerida ⁽¹⁰⁾.

En este marco, parece necesario indagar como la salud bucal impacta en otros aspectos de la vida y de la salud integral de las personas

Esta tesis propone investigar las dimensiones biopsicosociales afectadas en personas mayores que perciben tener mala salud bucal y necesitan atención odontológica.

III- MARCO TEÓRICO

a) El envejecimiento: aspectos demográficos

En Chile, la población de personas mayores (60 y más años) ha experimentado un aumento sostenido durante las últimas dos décadas, alcanzando el 18% de la población total del país en el año 2015, equivalente a 3.075.603 personas (11). Este aumento en la población de personas mayores podría ser una consecuencia de los cambios tecnológicos y de condiciones de vida ocurridos en la población, además de la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida (12). Este fenómeno se ha visto también en otros países como Brasil, Colombia, Paraguay, Venezuela y en el Cono Sur (Argentina, Chile, y Uruguay) donde posterior al año 1930, la esperanza de vida al nacer excedió los 40 años. Chile, para la década del año 2010, llegó a una esperanza de vida promedio de 81 años en mujeres y 75 años en hombres (12).

La vejez es el periodo de la vida que se considera la última etapa del ciclo vital. Por un lado, está el envejecimiento individual de una persona, considerado como un proceso complejo, que abarca todo el ciclo de vida y que está mediado por factores intrínsecos y otros, extrínsecos a la persona misma. Este proceso vincula su propia complejidad y multidimensionalidad con las del envejecimiento poblacional, que corresponde a la transformación de la estructura demográfica de la población, cuando aumenta la proporción de personas mayores por sobre los grupos de menor edad. Nuestro país se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzado.

La calidad de vida durante la vejez dependerá de cómo fue el proceso de envejecimiento. En este sentido, cobra relevancia la salud oral como una de las dimensiones de la salud y de la calidad de vida.

En gerontología existen varios enfoques teóricos para abordar el envejecimiento. Según Calvo (13), al menos tres han tenido mayor incidencia en las políticas públicas (Figura 1):

- a) Envejecimiento saludable: Entendido como el proceso que permite mantener las condiciones de salud. Enfatiza las consecuencias físicas.

- b) Envejecimiento activo: concepto propuesto por la OMS y que se refiere al mayor bienestar social, físico y mental. Enfatiza los aspectos sociales del maltrato a personas mayores y estereotipos de la vejez (13).
- c) Envejecimiento Positivo: Este estudio asume el enfoque de envejecimiento positivo como referente para entender hacia donde debemos transitar como país, considerando que asume a la salud en la persona mayor no como la ausencia de enfermedad, sino la mantención de la funcionalidad, calidad de vida y bienestar subjetivo.

b) Salud oral

La salud oral es un concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como un componente fundamental para gozar de buena salud y calidad de vida en asociación a la capacidad de masticar, sonreír y hablar. Esta debe darse en ausencia de enfermedades que afecten el bienestar biopsicosocial como dolor orofacial, cáncer oral o de garganta, infecciones, llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes entre algunas enfermedades que pueden mencionarse (14).

A su vez, la Federación Dental Internacional (FDI) recientemente ha actualizado su definición de salud oral, señalando que ésta es polifacética e incluye aspectos tales como hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir emociones a través de expresiones faciales. Es un componente fundamental de la salud y bienestar físico y mental, que se inserta en un continuo influido por los valores y actitudes de los individuos y sus comunidades. Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos que son esenciales para la calidad de vida y está influida por las experiencias cambiantes del individuo, sus percepciones y sus expectativas, así como por su capacidad de adaptarse a las circunstancias, las que se pueden modificar por los valores, actitudes y comunidades (15).

c) Cambios orales asociados al envejecimiento y salud oral en personas mayores

A medida que el ser humano envejece se generan cambios biológicos normales. En un adulto mayor sano, en el sistema estomatognático, aparecen características en los tejidos blandos observándose más fino y seco debido a cambios en la densidad celular, la queratinización y cambios en el colágeno. Presenta cambios a nivel dentario en el color, forma, mineralización e irrigación y en el tejido óseo se observa un aumento en la pérdida de masa ósea (osteopenia). En tanto, en glándulas salivales hay un cambio en la calidad y cantidad de la saliva. Estos cambios son normales, pero cuando además están presentes situaciones de enfermedad, estos se exacerban generando mayores daños (9).

La salud oral de las personas mayores en Chile es una situación preocupante, un porcentaje mínimo de personas mayores de 65 años presenta un óptimo estado de salud oral, mientras que el resto presenta caries, enfermedad periodontal y pérdida dentaria, entre otros. Esto se ha asociado a factores tales como el nivel socioeconómico, la alimentación poco saludable, poca higiene y malos hábitos, así como a trayectorias vitales en un contexto histórico en que no se promovía la salud oral y además con escasa o nula oferta de servicios preventivos.

Es decir, las personas mayores representan el grupo más afectado en su salud oral debido al daño acumulado tras no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención, ni tampoco tratamientos oportunos y adecuados para recuperarla.

d) Situación de la salud bucal en el adulto mayor.

En el informe del Ministerio de Salud del año 2010, se reportó una prevalencia de hasta un 99% de caries dentarias en personas mayores de 65 años. También señaló, que el COPD (índice de Caries Obturada Pérdida Dentaria) a los 65 años corresponde a 20.

Esta situación empeora si nos referimos a enfermedades periodontales donde el examen periodontal a los 65 años, describe que el 98% de los dos tiene sacos mayores a 3 milímetros y que un 69% tiene sacos mayores a 6 milímetros. (16)

Esta condición, junto con factores como la xerostomía, accidentes, malos hábitos, entre otros, llevan al desdentamiento que en personas mayores llega a un 70% de desdentados parciales y a un 29% de desdentados totales (16).

Respecto al desdentamiento tenemos que las personas -dentadas totales- es decir, que poseen todos sus dientes a los 65 años o más, equivalen solo a 1%. Entre los 45 a 59 años, el edentulismo es la tercera causa de AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) en las mujeres y la carga por esta causa específica es 2,8 veces mayor en las mujeres que en los hombres (16).

En tanto la Segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017) muestra que el 78% de las personas de 65 y más años tiene menos de 20 dientes, es decir, no cuentan con una dentición funcional y el 66% usa prótesis dental. Además, un 61% no ha visitado al dentista en el último año y un 3% nunca lo ha visto (16). Tanto en hombres como mujeres, la dentición funcional se ve disminuida frente a la dentición no funcional (23% hombres y 31% mujeres). A su vez con respecto a la dentición no funcional, existe una correspondencia entre la edad y los años de estudio: a mayor edad, mayor es la dentición no funcional. Mientras que a mayor cantidad de años de estudio (mayor a 12 años), menor es la posibilidad de dentición no funcional.

Se observó una reducción de un 12% en la presencia de caries cavitada en los grupos etarios en comparación con la ENS de 2003 (17).

Por último, entre sus conclusiones podemos mencionar que la percepción de salud oral de mayores de 45 años es regular o mala, en más del 50% de los encuestados (17).

Generalmente son las personas de menores recursos económicos, personas mayores, minorías étnicas, bajo nivel educacional y de sectores rurales quienes se ven mayormente afectados en su salud oral(18).

e) Dimensiones biopsicosociales afectadas por la mala salud oral en personas mayores en Chile

Considerando el concepto actual de salud oral según la OMS y la FDI, es cada vez más habitual que los resultados en salud consideren la opinión o auto-reporte que las personas hacen.

Los resultados de la encuesta de calidad de vida (ENCAVI) del año 2016 muestran que un 4% de los hombres y un 7% de las mujeres mayores de 65 años reportaron que su calidad de vida era mala, y el porcentaje que clasificó su calidad de vida como moderada fue de un 30% y 40%, respectivamente (19).

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2010, el número de personas mayores encuestadas que utilizaba prótesis removible correspondía al 23%. El 21% de ellos manifestó que estaba poco conforme o nada conforme con su prótesis, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, mostrando una prevalencia de no estar satisfecho en un 16% a los 65 años o más (20).

En Chile, tanto la ENCAVI 2006 y 2016 como la ENS 2017 utilizan instrumentos cuantitativos para medir y evaluar la percepción de las personas sobre el impacto que la salud oral tiene en su calidad de vida y bienestar, concepto conocido en la literatura como la calidad de vida relacionada con salud oral.

Entre los principales instrumentos utilizados para evaluar el impacto físico, psicológico y sociales de los problemas bucales, denominados también de calidad de vida relacionada con salud bucal, a nivel internacional y nacional están el GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) (21) y el OHIP (Oral Health Impact Profile) (22). Este último, en sus distintas versiones extensas y abreviadas, es el que se ha utilizado más en nuestro contexto nacional.

El OHIP, considera varias dimensiones entre las cuales están:

- Limitación funcional.
- Dolor físico.
- Molestias psicológicas.
- Incapacidad física.
- Incapacidad psicológica.
- Incapacidad social.
- Obstáculos.

Sin embargo, son escasos los estudios que abordan esta relación desde un enfoque cualitativo.

En Chile, respecto a las personas mayores y hasta nuestro conocimiento, la investigación de Von Marttens A. y cols (3) es el único estudio cualitativo publicado que ha usado metodología cualitativa para abordar el impacto de la salud oral en este grupo de personas, y particularmente en relación con percepciones y experiencia de edentulismo en mayores atendidos en un centro público de salud (3). Estos autores han reportado que los cambios que puede generar la pérdida dentaria afectan la autopercepción de los pacientes. Entre los aspectos o ámbitos afectados, los autores señalan que las personas desdentadas tienen vergüenza de sonreír, conversar, de salir a la calle, al comer, sienten que se ven mal, y que a su vez les dificulta conseguir trabajos y buscar fuentes de ingresos, acrecentando su ensimismamiento y aislamiento de la sociedad (3).

f) Atención odontológica y uso de servicios odontológicos en las personas mayores

Los determinantes sociales de salud corresponden a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local (23). Las personas mayores generalmente tienen pocos recursos económicos, pensiones muy bajas, pueden presentar barreras geográficas y/o patologías que impiden su movilidad y/o traslado. Es por esto, que constituyen un grupo de mayor riesgo o más vulnerable, observándose que un 22% de ellos vive bajo la línea de la pobreza en la actualidad (11).

Durante el año 2011, las personas mayores de 65 y más años beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) alcanzaron un número de 1.531.268 personas, lo que correspondía a aproximadamente el 90% de las personas mayores (24). Posteriormente, en el año 2015 se reafirmó que un 90% de las personas mayores pertenecía a Fonasa. Además, para algunos problemas de salud, contaban con los sistemas de Garantías Explícitas en Salud (GES) (25).

La ENS del año 2003 consultó a los entrevistados, si creían necesitar atención dental y si la recibieron cuando la demandaron. El estudio de Delgado y Cols, mostró que un 34% de las personas mayores necesitó atención. Un 23%

consultó y sólo un 21% recibió atención dental. Lo que significa que 1 de cada 3 personas tuvo la necesidad de atención dental, 1 de cada 4 consultó y 1 de cada 5 recibió esta atención (10).

La ENS del año 2017, realizó una pregunta acerca de si hubo necesidad, demanda y recepción de atención dental. Entregando información acerca de la realidad país de las personas mayores. Resultados preliminares de este estudio indicaban que el 18% de las personas mayores no recibieron la atención dental que demandaron (26).

Existen programas odontológicos que se encargan de captar y solucionar problemas de las personas mayores:

- GES 60 años.
- Programa de resolución de especialidades en APS.
- Programa sonrisas para Chile.
- Programa de morbilidad odontológica en adultos.
- Programa de urgencias odontológicas.

GES de 60 años. Uno de los programas entregados por el Minsal (Ministerio de salud), para dar acceso a la atención odontológica a las personas mayores, corresponde al GES 60 que incluye 23 enfermedades. Plantea su diagnóstico y tratamiento de manera gratuita a todos quienes sean usuarios de FONASA y estén inscritos en el CESFAM. Sin embargo, la cobertura del programa no es completa, ya que, al cumplir 61 años, el beneficio se acaba, llegando en el año 2013 a atender de un total de 108.565 personas mayores de 60 años, sólo a un 33%. Actualmente con el fin de mejorar el acceso, se está estudiando aumentar la edad de ingreso al beneficio desde los 60 años hasta los 65 años. (27)

Programa resolución de especialidades en APS. Este programa no es específico para el adulto mayor. Entre los objetivos de este programa en la APS (atención primaria de salud) podemos mencionar: la mantención y reforzamiento de resolución en especialidades de endodoncia y prótesis. Asegurar acceso, oportunidad y calidad de atención de morbilidad odontológica (28).

Programa más sonrisas para Chile. Permite acceder atención odontológica integral. Incluye consultas preventivas, educativas, tratamientos rehabilitadores simples y complejos. Son beneficiarias de este programa: mujeres mayores de 20 años, beneficiarias de programas del Ministerio de la mujer y equidad de género, funcionarias de educación parvularia JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles), INTEGRA, MINEDUC (Ministerio de Educación), beneficiarias de Subsistema de seguridad y Oportunidad, beneficiarias de PRODEMU (Fundación PRODEMU de promoción y desarrollo de la mujer) y del MINVU (Ministerio de Vivienda y Urbanismo) (29).

Programa de morbilidad odontológica en adultos. Permite la atención odontológica de la población no priorizada mayor de 20 años, incluyendo a mayores de 65 años (29).

Programa de urgencias odontológicas. Corresponden a un conjunto de enfermedades de aparición súbita y múltiple etiología de carácter agudo y que necesitan atención espontánea, independiente de la edad. Están incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual (30). Pulpitis, Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico, Absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales, Pericoronaritis Aguda, Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico, Gingivitis úlcero necrótica (GUN), Complicaciones Post Exodoncia: Hemorragia y Alveolitis de los maxilares, Traumatismo dento alveolar (TDA).

g) Enfoque Cualitativo

La investigación científica se clasifica en dos enfoques generales, el cuantitativo (o positivista) y el cualitativo (o constructivista).

El propósito del enfoque cuantitativo es demostrar una hipótesis o una relación entre dos o más fenómenos que supone son parte de una realidad objetiva que es posible estudiar y demostrar mediante pruebas empíricas y una metodología reproducible, la que permite medir esos fenómenos en estudio (31,32).

En cambio, el enfoque cualitativo considera que el estudio parcelado de un fenómeno no permite comprenderlo en su totalidad. Este enfoque se propone comprender la complejidad del fenómeno y el contexto de este. Por esto razón, los estudios cualitativos requieren flexibilidad y retroalimentación constante

desde la realidad que se estudia, para informar las decisiones metodológicas. En base a ello, se consideran que son flexibles, reflexivos y circulares (33,34). Por tanto, en los estudios cualitativos, el diseño se va revisando y retroalimentando en tanto surgen nuevos conceptos y nueva información del fenómeno y su contexto, los que guían las etapas posteriores del estudio (35).

Prioriza la importancia que el significado del fenómeno tiene para las personas involucradas. Supone que las personas no reaccionan respecto de las cosas, sino que su reacción es respecto de los significados sociales que asignan a las cosas. Y son esos significados los que determinan la acción (36). Entonces, el enfoque cualitativo pretende estudiar estos significados desde la perspectiva de las mismas personas (37).

Este tipo de investigación parece tener particular interés en el abordaje actual del impacto de la salud oral en las personas, más aún si recordamos la definición actual de la FDI mencionada anteriormente, que dice que la salud oral “es un componente fundamental de la salud y bienestar físico y mental, que se ve modificado por los valores y actitudes de los individuos y sus comunidades, que además ésta refleja atributos que son esenciales para la calidad de vida y que está influida por las experiencias cambiantes del individuo, sus percepciones y expectativas, así como por su capacidad de adaptarse a las circunstancias” (15).

h) Abordaje cualitativo para estudiar el impacto biopsicosocial de la percepción de salud oral en personas mayores

Los procesos de salud-enfermedad-sistema de atención transcurren en el entorno en que viven las personas, por tanto, su comprensión necesariamente ha de considerar su contexto social. Además de los aspectos biológicos, han de considerarse también los aspectos estructurales, del entorno más cercano de las personas (comunidad) y el comportamiento individual y colectivo de las mismas. La investigación cualitativa es especialmente adecuada para comprender el contexto social, y desde un enfoque fenomenológico busca entender un fenómeno desde la perspectiva de los propios sujetos implicados.

En el ámbito de la salud, la investigación cualitativa permite estudiar si algunos aspectos de las enfermedades, de las intervenciones y del propio sistema de salud son adecuadas y relevantes para las personas afectadas. Por ejemplo, un programa de atención odontológica debe considerar los motivos o razones por

los que la persona accederá o no al mismo, y el contexto social que favorece o impide que las personas a los que está dirigido usen ese programa de atención.

i) Justificación

Dado que es escasa la actual cobertura de los GES y de la atención odontológica integral para personas de 60 años, se hace necesario conocer lo que perciben las personas mayores, que dicen tener problemas de salud oral y perciben necesitar atención dental. Ello puede contribuir a mejorar la cobertura y el acceso de las personas mayores a los servicios de atención odontológica.

Hasta nuestro conocimiento, existe solo un estudio publicado en Chile. que ha abordado las percepciones de las personas mayores en relación a su salud oral.

j) Pregunta de investigación

¿Cuáles son los aspectos biopsicosociales que se ven afectados en las personas mayores que perciben mala salud oral y necesitar atención dental?

IV) OBJETIVOS

a) Objetivos generales

- Caracterizar las dimensiones biopsicosociales que se ven afectadas en las personas mayores que reportan problemas de salud bucal, la necesidad de atención para su resolución y el tipo de tratamientos odontológicos que perciben requerir.
- Explorar las percepciones cualitativas de las dimensiones biopsicosociales afectadas en las personas mayores que reportan mala salud bucal y necesitar atención odontológica en Chile.

b) Objetivos específicos

- Describir la frecuencia de las dimensiones biopsicosociales que se ven afectadas en las personas mayores que reportan problemas de salud bucal y necesitar la atención para su resolución, y el tipo de tratamientos odontológicos que perciben necesitar.
- Describir las categorías de las dimensiones biopsicosociales que se ven afectadas en las personas mayores que reportan problemas de salud bucal y necesitar la atención para su resolución.
- Generar un acercamiento conceptual de las percepciones en los ámbitos biopsicosociales afectados en las personas mayores que reportan problemas de salud bucal y necesitar la atención para su resolución.

V) METODOLOGÍA

a) Contextualización del estudio

La Fundación Sonrisas es una organización solidaria y sin fines de lucro, que trabaja y aboga para que todos los chilenos y chilenas puedan acceder a la salud oral y así mejorar su calidad de vida. Con la misión de crear un vehículo de integración social, felicidad y superación de la pobreza (38). Este estudio se desarrolló en base a los mensajes recibidos a través del formulario de contacto electrónico, que dicha institución dispone para ello en su página web y que fueron enviados (como preguntas, peticiones o comentarios), por diversas personas tras la emisión de un reportaje en televisión.

Esta tesis se enmarca dentro del proyecto FIOUCh 0121/2017 titulado “Aproximación cualitativa a las dimensiones psicosociales afectadas por la mala salud bucal y la falta de acceso a la atención odontológica”, el cual cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (Anexo 1).

b) Tipo estudio

Se realizó un estudio cualitativo con un componente cuantitativo.

El estudio cualitativo fue de carácter fenomenológico y de tipo descriptivo exploratorio. El componente cuantitativo intentó aportar información sobre las necesidades de tratamiento dental que perciben necesitar las personas mayores que reportan mala salud bucal y que enviaron sus mensajes a la Fundación.

El estudio buscó documentar la valoración que las personas mayores hacen sobre su salud bucal, describir e interpretar sus mensajes y sus percepciones sobre aspectos biopsicosociales afectados por la mala salud bucal reportada y la necesidad de atención dental percibida.

c) Fuente de información o método de recolección de datos.

En septiembre del año 2015 se emitió un reportaje a través del canal de televisión “Mega” titulado “El poder de cambio de una sonrisa”, en el cual se informó a los telespectadores cómo la Fundación Sonrisas realizaba procedimientos odontológicos gratuitos para que las personas con problemas dentales volvieran a sonreír (39).

En los dos días siguientes, posteriores a la emisión del reportaje, la Fundación recibió aproximadamente 1.070 microrelatos, contenidos en los mensajes recibidos a través del formulario de contacto electrónico al que las personas accedían en la página web de la Fundación. Dicho formulario constaba de campos obligatorios y opcionales. Los campos obligatorios eran nombre, asunto o tema, dirección de correo electrónico, mensaje (hasta 1000 caracteres con espacios); y los campos opcionales eran edad y sexo.

Creemos que los microrelatos contenidos en los mensajes electrónicos enviados también cumplen con el objetivo de recoger la perspectiva individual de una persona acerca de un fenómeno, ya que permite que quien lo escribe pueda hablar con confianza y preocuparse un poco menos del juicio de otros. Adicionalmente, el formato de 1000 caracteres máximo que admite el formulario de contacto, pudo obligar a que las personas que escribieron, manifestaran o comunicaran de manera más escueta o breve, y tal vez más precisa lo que deseaban expresar o comunicar. Adicionalmente, no existió una pauta o guía que delimitara el ámbito al que la persona que escribía se deseara referir.

d) Población de estudio

La población de estudio correspondió a las personas que escribieron a la Fundación, durante los dos días siguientes a la emisión del programa de televisión previamente mencionado, mediante el formulario electrónico de contacto detallado previamente.

e) Muestra, selección de la muestra y criterios de inclusión

Se trata de una muestra no probabilística de casos tipo (40) que utilizó la condición de persona mayor como categoría que pudiera afectar las percepciones, sobre el impacto que tiene la mala salud oral y percibir necesitar atención para su resolución.

En base a ello, del total de personas que escribieron, se seleccionaron los microrelatos relacionados con personas mayores, ya sea porque fueron enviados por las propias personas mayores, o por otras personas pero cuyo relato aludía a una persona mayor, y que aceptaron que su mensaje se incluyera en el estudio.

Para determinar la edad se utilizó el dato registrado en el respectivo campo del formulario de contacto electrónico. Cuando los mensajes no explicitaban la edad, se incluyeron aquellos cuyo texto, aludía a una persona mayor.

Pensando en el concepto de envejecimiento positivo (13), las edades de cortes para la inclusión en el estudio fueron desde 55 o más años en mujeres y 60 o más años en hombres. Recordemos que desde este enfoque, la salud en la persona mayor no es la ausencia de enfermedad, sino la mantención de la funcionalidad, calidad de vida y bienestar subjetivo.

Para seleccionar los relatos o mensajes enviados por las personas mayores o por terceros y que aludían a personas mayores, se utilizaron términos claves como: abuelo/abuela, abuelito/abuelita, jubilado/a, persona mayor, adulto mayor, anciano/a, viejo/a, viejito/a.

f) Procesamiento y análisis de los datos

Para la preparación del material, los mensajes y datos anonimizados de las personas mayores participantes fueron copiados (transcritos) en una planilla MS Excel, individualizando cada caso en cada fila.

En el análisis cualitativo de los micros relatos utilizamos la metodología de análisis de contenido temático según categorías emergentes (41). Para ello, los microrelatos seleccionados fueron leídos detalladamente para extraer información relevante y poder así, levantar y caracterizar las categorías y subcategorías que emergieron de los datos sobre la condición de persona mayor y reportar mala salud bucal, los tipos de atenciones que percibían necesitar o

demandaban y los aspectos biopsicosociales afectados, asignando manualmente las respectivas categorías. Una vez etiquetados o categorizados los datos, se estableció la lista resultante de categorías emergentes en las dimensiones biopsicosociales.

En base a la información aportada en los campos obligatorios y opcionales del formulario de contacto se describió la frecuencia absoluta y relativa, según sexo de las personas mayores a las que aludían los mensajes. Además, también se describió cuantitativamente la codificación respecto al tipo de atención o tratamiento que se percibía necesitar o demandaba y las dimensiones biopsicosociales afectadas según lo relatado en los mensajes. Mediante esta descripción se intentó aportar con información que se pudiera triangular con el abordaje cualitativo para una mejor comprensión del ámbito de investigación respecto a la condición de persona mayor y las experiencias en relación a la salud bucal vividas en este grupo de personas en el contexto de la oferta actual e histórica de servicios odontológicos en el sistema de salud chileno, ámbito que nos pareció de interés ya que desde la década del 2000 hay programas con enfoque de género.

Para explorar las dimensiones biopsicosociales afectadas, el enfoque cualitativo que se utilizó fue la Teoría Fundamentada, dando preferencia a los datos y al campo de estudio antes que los supuestos teóricos. Estos supuestos no se aplicaron a los microrelatos analizados, sino que se descubrieron y formularon al relacionarse con el campo de estudio y los datos empíricos que se encontraron en ellos, esto es, interpretarlos en un contexto desde el cual se emite el mensaje.

g) Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético-Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (Anexo 2: Acta Informe N° 2016/28).

Las personas que aceptaron que sus mensajes se incluyeran en el estudio lo han hecho voluntariamente y expresaron un consentimiento informado vía electrónica al inicio del estudio. Al mismo tiempo, se garantizó la confidencialidad de los datos. La estrategia de muestreo fue no probabilística según casos tipo, ya que se seleccionaron relatos que abordaron problemas dentales propios de

las personas mayores o que fueron narrados por terceros y se refirieron a personas mayores cercanas.

Todos los datos obtenidos en este estudio fueron tratados de manera anónima y confidencial, siendo custodiados por el Investigador Principal del proyecto según la legislación y normativa vigente.

VI) RESULTADOS

Los resultados que se presentan preliminarmente describen cuantitativamente el sexo de las personas mayores a quienes aludían los mensajes, si el mensaje fue enviado por la propia persona mayor o por una tercera. También se describe la frecuencia de las dimensiones biopsicosociales afectadas en las personas mayores que reportan mala salud bucal y las atenciones dentales que perciben necesitar. Posteriormente se detalla el análisis cualitativo del contenido temático de los microrelatos.

a) Resultados del análisis cuantitativo de la información contenida en los mensajes enviados por las personas mayores que reportaron problemas por mala salud bucal y percibir necesitar atención dental para su resolución

Respecto a la descripción general de los aspectos cuantitativos de los relatos, de los 1070 mensajes enviados a Fundación Sonrisas, se seleccionaron 54 relatos que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Los mensajes incluidos en este estudio contemplaban ya sea una pregunta sobre información de cómo acceder a la atención dental, solicitud de atención gratuita en la Fundación Sonrisas o algún comentario respecto a las dimensiones biopsicosociales afectas por percibir mala salud bucal y necesitar atención dental.

En el gráfico N°1 es posible observar la distribución por sexo de las personas mayores que enviaron los mensajes seleccionados o del sexo de quienes aludían los mismos enviados por terceros. Se observa que la cantidad de microrelatos procedentes de mujeres (74%), casi triplica la cantidad de mensajes enviados por hombres.

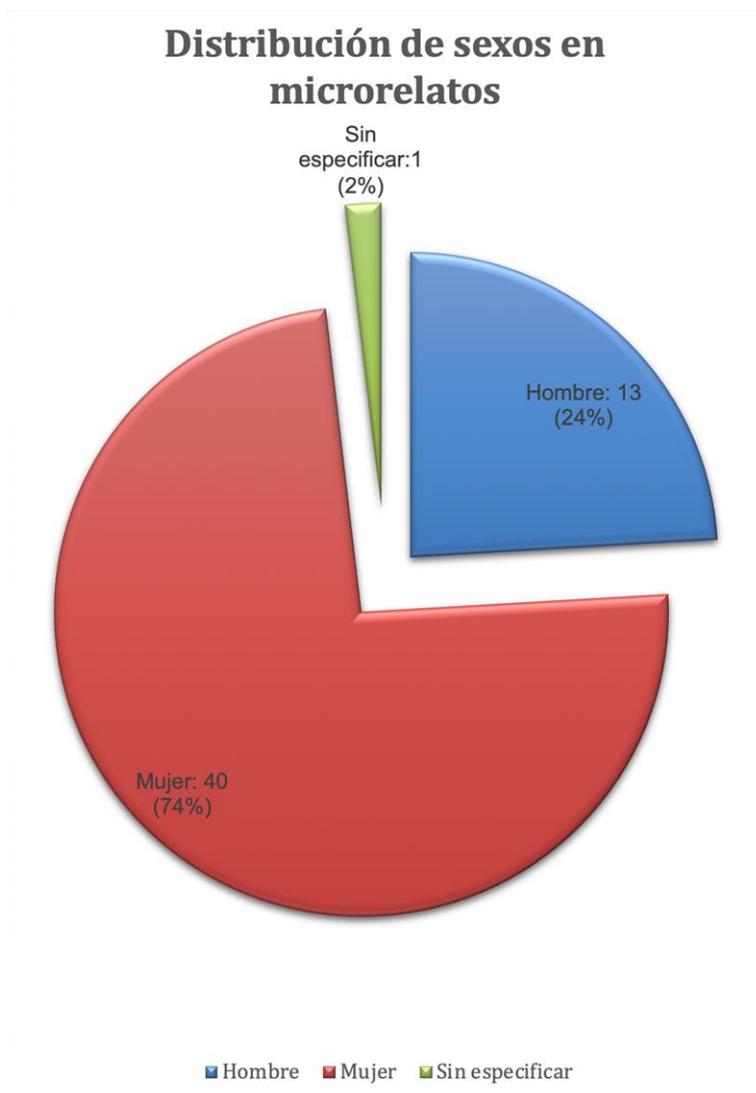


Gráfico 1.- Distribución de los mensajes según el sexo de las personas que los enviaron y a quienes se aludía en los microrelatos cuando era un tercero.

Respecto a quienes enviaron los mensajes, el gráfico 2 muestra que el 48% (n=26) de los microrelatos seleccionados fueron enviados por terceros y 52%(n=28) fueron enviados por las mismas personas mayores.

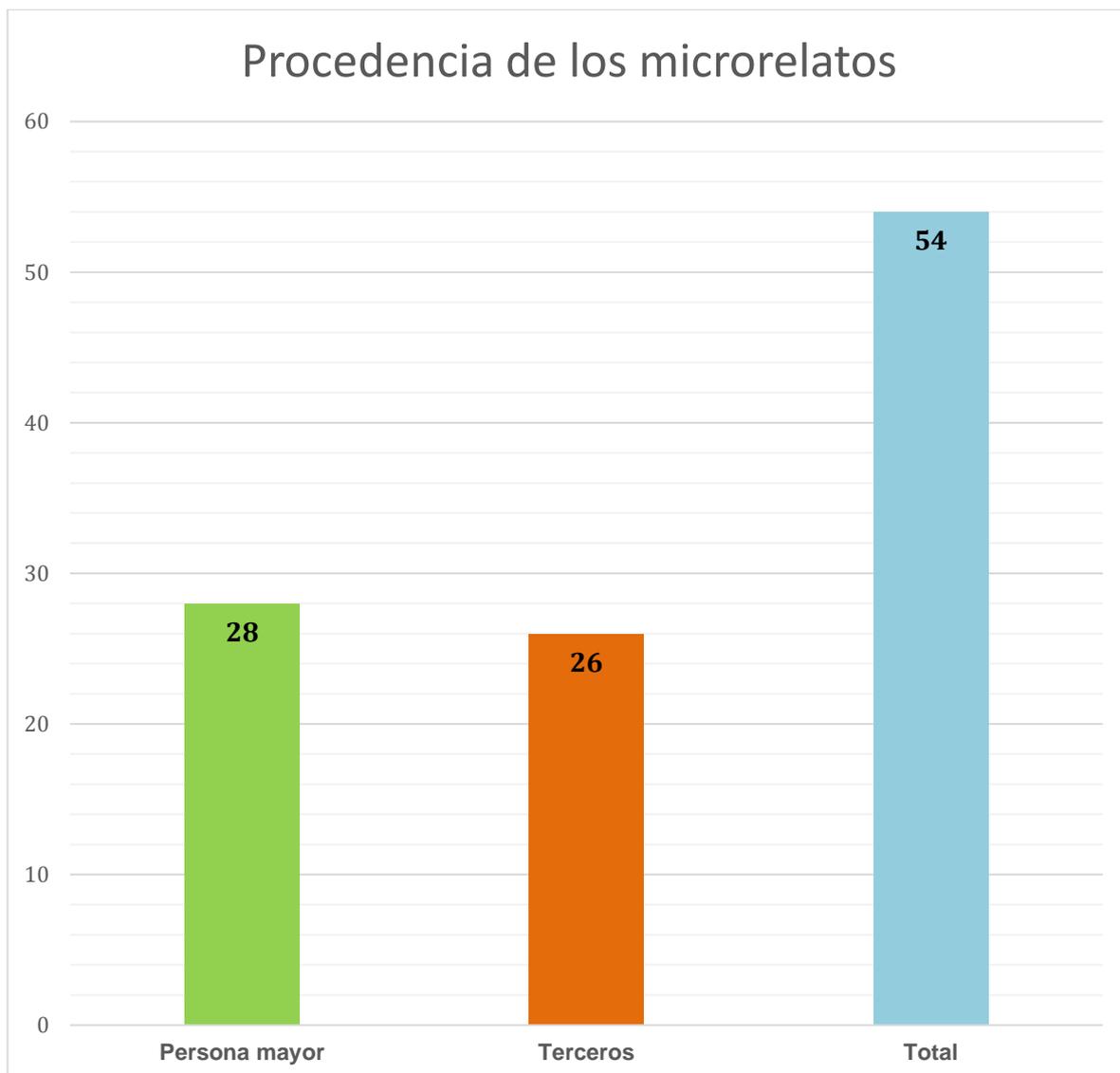


Gráfico 2.- Distribución de los mensajes seleccionados según si los enviaron las propias personas mayores o una tercera persona.

En relación a la descripción de las dimensiones biopsicosociales que se ven afectadas en las personas mayores que reportaban mala salud bucal y percibían necesitar atención dental para su resolución, el gráfico 3 muestra la distribución de las dimensiones según el número de mensajes en que las personas se veían afectadas en esa dimensión o categoría. Las “dificultades económicas” (74%) y “sonreír” (69%), fueron las que se vieron afectadas en mayor número de personas a las que se referían los contenidos de los mensajes.

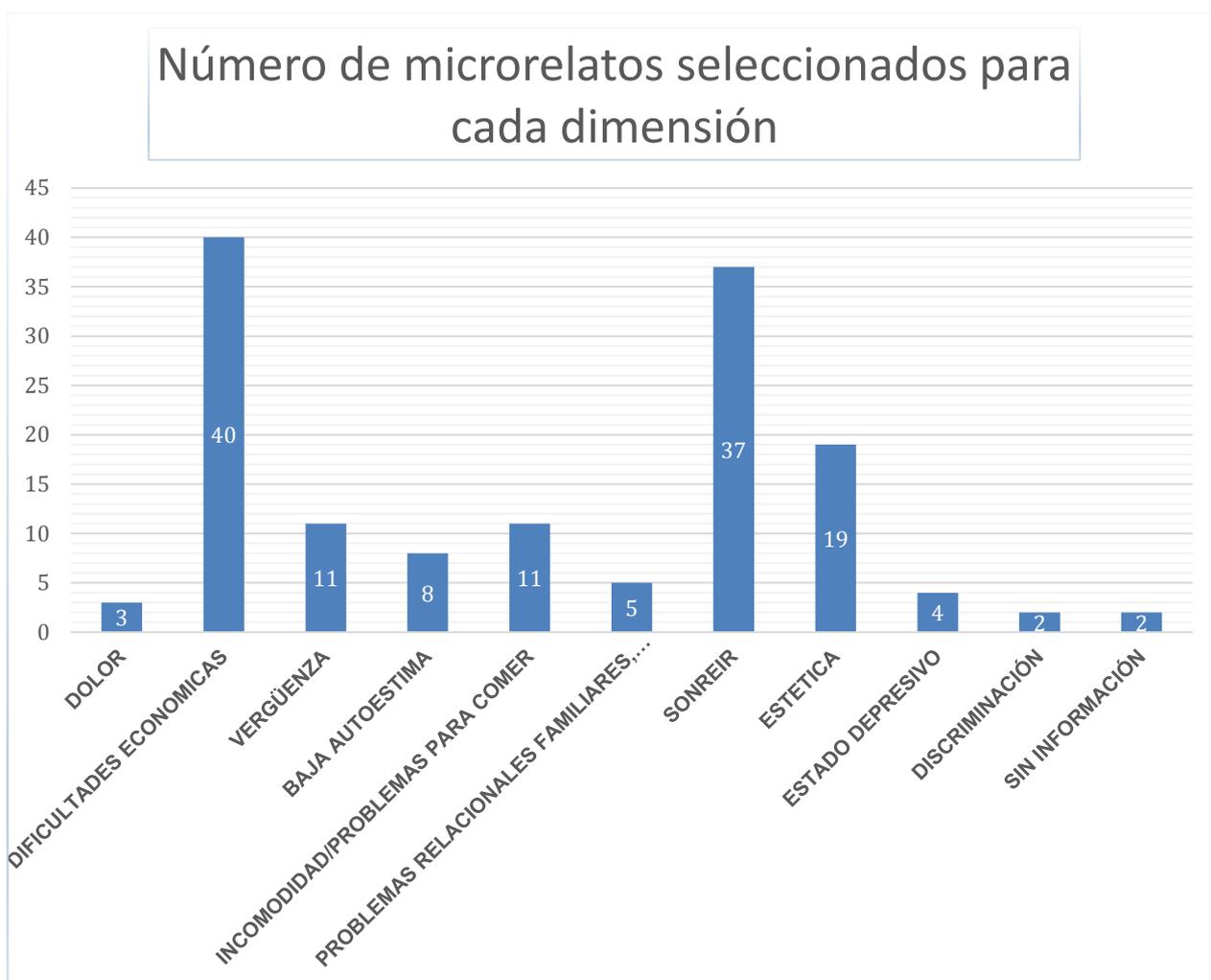


Gráfico 3. Dimensiones obtenidas en el análisis de los microrelatos:

En el análisis de los microrelatos, de acuerdo con como muestra el gráfico, se pudo observar que muchos mensajes abordaban más de una dimensión biopsicosocial.

En el gráfico 4 se observa la distribución de los tratamientos que las personas mayores perciben necesitar según el contenido de los relatos seleccionados y según la opinión técnica de un odontólogo (M.C.) participante del estudio. Los implantes (69%) y las prótesis removibles (65%) son el tipo de tratamiento que más personas perciben necesita. El 26% de personas no explicitan en sus relatos contenidos que orientaran al investigador respecto al tipo de tratamiento que perciben necesitar.

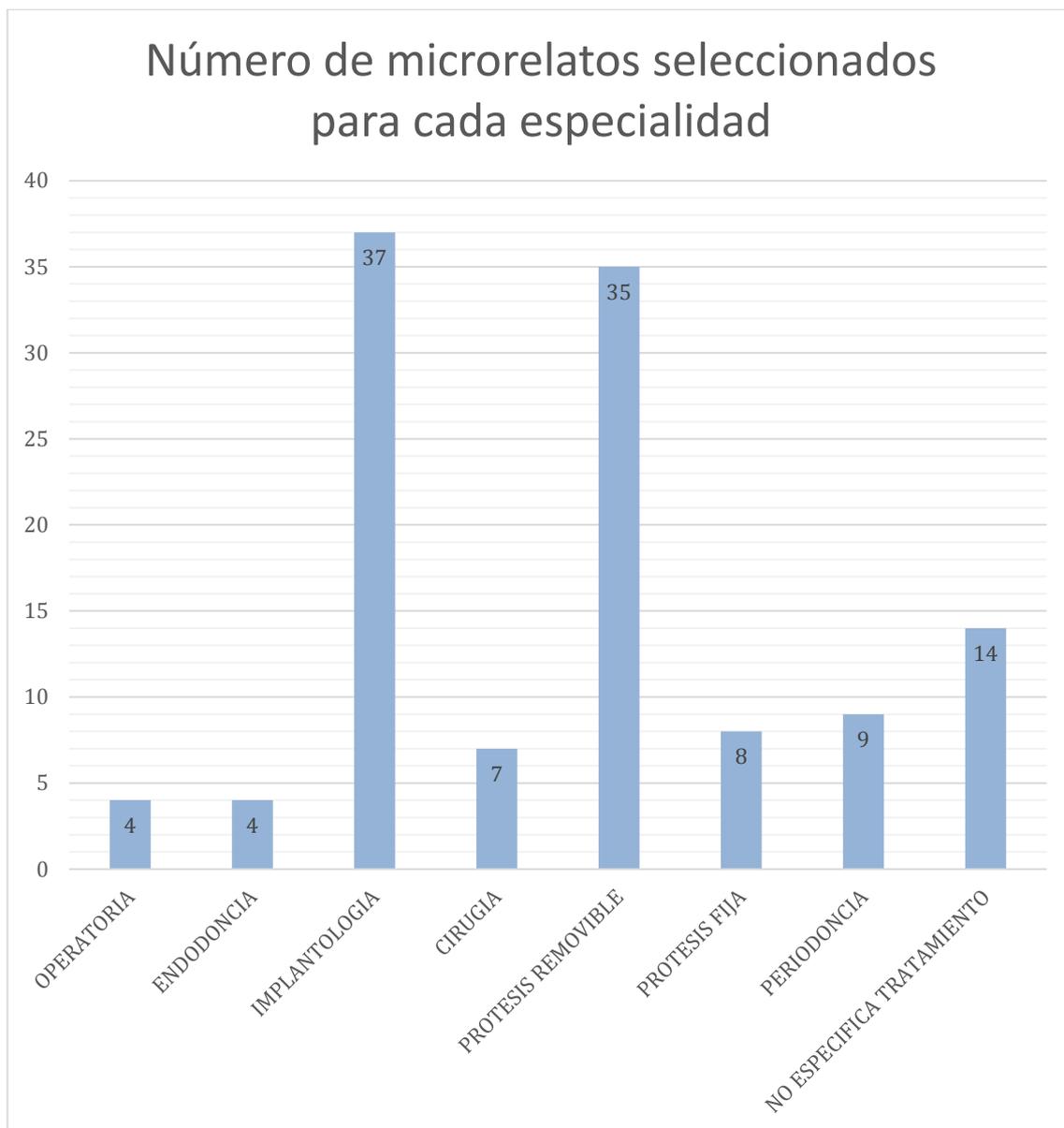


Gráfico 4. Distribución del tipo de tratamientos odontológicos que las personas mayores perciben necesitar según el contenido de los mensajes enviados.

b) Resultados del análisis cualitativo respecto a las dimensiones biopsicosociales afectadas en las personas mayores que reportaron problemas por mala salud bucal y percibir necesitar atención dental para su resolución

A continuación, en la Figura 2 se presentarán las dimensiones afectadas en las personas mayores que reportan problemas de salud bucal y percibir necesitar atención dental para su resolución, y que emergen del contenido de los relatos que las mismas personas mayores han enviado o del contenido de mensajes que terceras personas han enviado refiriéndose a una persona mayor.

Figura 2: Dimensiones afectadas en las personas mayores que perciben problemas de salud oral y barreras de acceso para acceder a su atención.



En el apartado que sigue, se detalla el acercamiento conceptual que hemos realizado a partir del contenido de los mensajes y respecto a las categorías que emergieron en las dimensiones biopsicosociales afectadas en las personas mayores que perciben una mala salud bucal y necesitan atención para su resolución. Los relatos que se transcriben son ejemplo de los mismos por dimensión y se han sido transcritos tal cual fueron expresados por las personas que los enviaron, es decir, no fueron editados para corregir ortografía u otros aspectos formales:

1. Dolor:

La categoría “Dolor” se refiere a dolor físico como consecuencia de signos y síntomas que son manifestación o secuelas de la mala salud bucal. La persona puede sentir este dolor de manera espontánea o al realizar alguna función oral, como, por ejemplo: cepillarse, al tomar cosas heladas, al masticar cosas duras o dulces, etc. Suele ser un importante motivo de consulta o de percibir necesitar atención de salud.

RELATO N°54 *“Tengo 69 años soy sola y **me duele toda la boca por dentro** debo tener una infeccio.esto me ha causado una depresiCasasrte.Tengo fonasa y vivo en las condes. me llamo XXXXXXXX enviude hace dos años .mi celular es: XXXXXXXXXX.Si fueran tan amables y decirme si me pueden ver y atender.Gracias y disculpen si soy atrevida .no sé a donde ir sin que me mande a otro lugar.mil gracias y que Dios los bendiga”*

RELATO N°28 *“dental Les escribo humilde mente para ver la posibilidad de que revisen a mi madre.ella tiene 65años, y la ultima vez que la vi sonreir fue hace 10 años, hoy la veo triste y **se queja de mucho dolor** e inclusive ya tiene que priorisar las comidas.quisiera volver a ver a mi madre sonreir sin que tenga que tapar su boca.esperando este msje tenga buena acgida, me despido felizitandolos por tan hermosa labor.qien escribe XXXXX.”*

2. Dificultades económicas:

La dificultad económica es un factor que incide en la calidad de vida, un mayor poder adquisitivo en el marco del sistema de salud chileno representa un facilitador para acceder oportunamente a la atención de salud que se percibe necesitar. También puede favorecer el acceso a mejores tratamientos, mejores tecnologías sanitarias (equipamiento, medicamentos, etc). En los mensajes de algunos microrelatos es posible encontrar frases como: “Gano el mínimo”. Siendo solo un ejemplo de la gran variedad de formas en la que podía ser expresada esta dimensión.

Si bien pertenecer al seguro público de salud en Chile (FONASA), no es sinónimo de estar en vulnerabilidad social, muchos relatos refieren y explicitan esta modalidad de aseguramiento como una expresión de esa vulnerabilidad que, desde sus percepciones, demuestra la incapacidad económica que se asocia a no tener recursos para enfrentar los altos costos económicos comparativos respecto a sus ingresos, y que permitan financiar los tratamientos odontológicos que perciben necesitar.

RELATO N°32 - *“tengo 60 años y no tengo ningun diente y me queda solo una muela en la parte superior entonces no tengo como afirmar la protesis y tengo solo los 4 dientes delanteros en la parte de abajo. cree usted que puedo ser evaluado. **Gano el minimo y tengo fonasa.** No puedo comer, ni reir la protesis se me cae. por favor ayudenme. Gracias”*

También es posible ver otros ejemplos, que son relevantes en la población que aborda este estudio. Las personas mayores mencionan sus bajas pensiones como barrera económica que dificulta de acceso a la atención dental que perciben necesitar.

RELATO N°39 - *“soy pensionada y por distintas causas, al día de hoy, mantengo problemas en la totalidad de mis piezas dentarias, ya sea por caries, o trabajos mal ejecutados, **como pensionada** no tengo recursos para solventar altos costos en este tipo de males. El correo corresponde a mi esposo. Le estaré muy agradecido poder tener acogida a traves de vuestra fundación.”*

RELATO N°52 - *“mi único ingreso es una pequeña pensión como exonerado político que no supera los \$ 150.000 al mes, me faltan 3 piezas dentales y tengo mas 3 piezas sueltas para sacarlas con lo que voy a quedar sin 6 piezas dentales menos, como en el sistema público solo extraen los dientes y los tratamientos demoran meses y hasta años, quiero saber si en esta fundación existe algún plan de ayuda para personas mayores que necesiten esta atención. Agradecería una respuesta y muchas gracias por su atención”*

Considerando el análisis de contenidos manifiestos que hemos utilizado, es posible definir dos subcategorías en los microrelatos que expresan que las personas mayores se ven afectadas por dificultades económicas para resolver sus problemas de salud dental:

- Costos: Falta de recursos para financiar tratamientos que perciben necesitar o que algún profesional odontólogo les ha indicado. Es decir, la expresión de barreras económicas para enfrentar el pago de la atención dental. También consideramos en esta subcategoría la característica de ser tratamientos "caros" respecto al poder adquisitivo (ingresos) de las personas afectadas. Las personas mayores señalaron que les falta dinero, que el tratamiento es muy caro en relación a sus ingresos, o que no están los medios para poder pagar tanto, etc.
- Disposición al pago o copago: Esta subcategoría emerge a partir del discurso contenido manifiesto en los microrelatos que devela la intención que las personas mayores tienen de pagar por la atención dental, ya sea mediante un copago en el contexto de un seguro complementario o el seguro de salud general. También el discurso de las personas mayores, de alguna manera, muestra que ellas asumen que la atención dental en nuestro contexto implica un cofinanciamiento que considera un aporte, al menos parcial por parte de quien recibe esas atenciones o sus familias.

En el caso de **costo** podríamos destacar alguna sección del micro relato N°39, que explicita lo siguiente:

RELATO N°39 “soy pensionada y por distintas causas, al día de hoy, mantengo problemas en la totalidad de mis piezas dentarias, ya sea por caries, o trabajos mal ejecutados, como pensionada no tengo recursos para **solventar altos costos en este tipo de males**. El correo corresponde a mi esposo. Le estaré muy agradecido poder tener acogida a través de vuestra fundación.”

Los mensajes en algunos microrelatos se refieren al **copago** asociado a la atención, aquellos que dicen tener dinero para pagar pero no la totalidad, tal como en el relato N°9:

RELATO N°9 “Consulta Hola buenas noches, vi la fundación en mega noticias, mi madre tiene 65 años, está jubilada por la pensión solidaria, tiene problema en su dentadura, ya no sonrío, es un gran tema para mí, me gustaría poder ayudarla, pero en nuestro país, la dentadura es carísima, me gustaría saber si la fundación la podría ayudar, **nosotros podemos pagar, pero no esos montón excesivos** :(ayúdenme por favor... Quiero volver a ver sonreír a mi madre Saludos”

3. **Vergüenza:** la aproximación conceptual para esta categoría la entendemos como el sentimiento producido por problemas o situaciones derivadas del estado de salud bucal: dientes de color alterado, falta de dientes, dientes con diastemas patológicos, prótesis evidentes, problemas de fonoarticulación, etc. Implica incluso hasta el percibirse “distinto” por gesticulaciones o movimientos derivados de la dificultad de masticar y/o deglutir derivados de problemas bucales.

RELATO N°11 “Quisiera saber cómo puedo inscribir a una vecina Hola Buenas tardes, acabo de ver un reportaje en la televisión en donde hablan de su hermosa labor ayudando a gente sin recursos para que puedan volver a sonreír **y mostrar sus dientes sin vergüenza**, quisiera tanto ayudar a mi vecina, ella se llama XXXXX, se atiende en consultorio las Mercedes, su teléfono XXXXXX, ella tiene sus dientes espantosos y me gustaría que ya no se tape su boca para hablar, no es justo, es una muy buena persona. Mi teléfono es XXXXXX, muchas gracias por lo que puedan hacer por ella. Mil Gracias por permitirme escribirles”.

RELATO N°27 *“una sonrisa para mi madre: les escribo porque me gustaría saber si ustedes pueden ayudar a mi madre ya que ella a perdido muchas piezas dentales tiene 58 años, es una mujer muy esforzada y trabajadora me ha sacado adelante sola yo soy hija unica y ella ha luchado sola por mi toda la vida trabaja en un hogar de ancianos en providencia y **las compañeras le dicen que se arregle su dentadura porque atienden a las familias de los abuelitos internados** pero el problema es que no tenemos la plata como para pagar todo lo que tiene que hacerse en su boca a cotizado en algunos lugares y le sale sobre el \$1.500.000 y no disponemos de esa plata. les pido esto porque es mi única forma de retribuir todo lo que ella ha hecho por mi con decir que lleva 20 años sola sin pareja solo **por la vergüenza** de no tener dientes.”*

RELATO N°38 *“Quisiera saber si puedo contar con ustedes tengo mi mamá de 55 años ella por cosas de la vida mucho tiempo fumo y aparte por malos tratos y golpes de mi padre sufrió la pérdida de casi la mayoría de su dentadura, ella es comerciante ambulante obviamente no tiene los recursos para poder pagar un tratamiento, yo hace poco me casé y formé mi familia y me da pena no poder ayudarla en eso económicamente y pena también **verla así tapándose su boca al hablar y sonreír** como me gustaría que ustedes la ayudarán en algo si pudiesen lo agradecería mucho gracias. Mi mamá estuvo en una Fundación en Puente hace pocos años pero ahora no está en nada y por lo que leí ahora en los requisitos piden que la persona esté en alguna institución y mi pregunta es cómo lo podría hacer ahí, espero una respuesta gracias.”*

4. **Baja Autoestima:** Esta categoría que emergió no se apega a la definición académica del término, sino más bien al significado cultural que tiene autoestima. Es decir, lo relacionado con autovalorarse. Si bien se relaciona o se intersecta con la categoría “vergüenza”, en estos casos está ligado a la vergüenza por el aspecto o autoimagen percibida: encontrarse feo, no atreverse a hacer cosas, etc. Esta categoría también relacionada con la valoración propia dependerá de cómo se ve una persona y como también percibe ser vista por quienes le rodean, lo que condiciona su forma de interactuar con el entorno y consigo mismo. En este último caso, claramente hay aspectos

socioculturales que están modelando esta percepción que las personas mayores sienten debido a su condición de salud bucal.

RELATO N°7 *“Consulta Soy una mujer de 67 años , perdi mi dentadura muy joven , **esto me ha traído mucha vergüenza y baja de mi autoestima** .Durante todos estos años me dedique a mis hijos y yo fui quedando siempre al final , ya mis protesis se me csen al comer , sonreir o expresar mis emociones . Ustedes tienen alguna forma de ayuda que me devuelva mi sonrisa y asi poder terminar mi vida en esta tierra con una felicidad que ya olvide. Gracias”*

5. Problemas para comer:

La persona tiene complicaciones para realizar funciones relacionadas con la boca, como no poder comer debido a su problema dental. No poder comer, masticar, tener que limitarse a una dieta determinada, etc. Implica, a diferencia de una funcionalidad adecuada, un mayor esfuerzo y gasto de tiempo. Se asocia también al aspecto social.

RELATO N°26 *“recuperar mi sonrisa sr,fundacion sonrisa,tengo 55 años y e perdido la mayoria de mis piezas dentales ,por cual me gustaria mucho pudieran ayudarme ,ya que no cuento con los medios economicos para hacerlo particularmente,y debido a no tener mis dientes paso mucha vergüenza ya que **no puedo comer bien y menos sonreir**,es muy triste ya que se pierde hasta la ganas de salir y compartir con otras personas ya que da mucha vergüenza sonreir,les agradeceria mucho pudieran ayudarme por favor ,seria muy hermoso para mi poder volver a reir y poder comer mejor ,gracias de ante mano,ojala acojan mi carta”*

RELATO N°33 *“Pregunta Buenas tardes yo quiero preguntar como uno puede optar a este beneficio .mi padre es un hombre de 73 años y a **perdido todos sus dientes le cuesta comer** y no tenemos los medios para tratarlo por particular .les agradecería saber respuesta al problema de mi padre muchas gracias.”*

RELATO N°42 *“Hola tengo 62 años soy diabetica e hipertensa, en el servicio publico ya me entregaron mis prótesis movibles superior e inferior pero con el problema de mi diabetes me produce constantes heridas en mis encías lo cual debo retirarlas repetitivas veces y e acudido varias veces al dentista y no dan una solución lo que mi calidad de vida es muy mala, mi consulta es si existe la posibilidad de ayudarme con este problema ya que **no puedo hablar ni comer solo trago no puedo triturar**. Agradeciendo su atención y esperando su pronta respuesta.”*

6. Problemas relacionales: laboral, de pareja, familiar / amistad:

Esta dimensión corresponde netamente a aquellas habilidades afectadas relacionadas con el entorno, ya sea el trabajo, la pareja, la familia y amistades, que terminan por aislar a la persona mayor. Dado esas dimensiones afectadas, la persona no es capaz de relacionarse de forma adecuada con otras personas, enfrentar y/o percibir barreras para acceder a un trabajo, desempeñarse bien en su trabajo y mantenerlo. También esta categoría se intersecta con “vergüenza”, cuando, por ejemplo, las personas mayores no son capaces de acudir a eventos sociales porque se sienten avergonzados, o que los están juzgando. Es así, como esta dimensión puede intersectar con otra categoría que se menciona más abajo (*discriminación*).

- a. **Problemas laborales:** La problemática se observa en quienes tienen una salud oral deficiente o gravemente afectada, presentan un estado anímico muy decaído, lo que afecta su percepción de ellos mismos y de quienes podrían contratarlos para realizar un trabajo. Esto sin considerar que ya presentan una mayor dificultad por su edad y mayor cantidad de enfermedades.

RELATO N°29 *“Mi padre no sonríe Junto con saludarles quisiera saber en que consiste el programa. Mi papa tiene 63 años y una muy precaria salud dental, le faltan todas las piezas de arriba, y abajo tiene un par de piezas, **como sabrán esto dificulta la convivencia, el trabajo, la autoestima**. Me gustaría saber en que consta el programa para poder ayudarlo. De antemano mil gracias”*

- b. **Problemas de pareja:** Implica dificultades para encontrar, mantener o relacionarse con sus parejas.

RELATO N°27 *“una sonrisa para mi madre: les escribo porque me gustaría saber si ustedes pueden ayudar a mi madre ya que ella a perdido muchas piezas dentales tiene 58 años, es una mujer muy esforzada y trabajadora me ha sacado adelante sola yo soy hija unica y ella ha luchado sola por mi toda la vida trabaja en un hogar de ancianos en providencia y las compañeras le dicen que se arregle su dentadura porque atienden a las familias de los abuelitos internados pero el problema es que no tenemos la plata como para pagar todo lo que tiene que hacerse en su boca a cotizado en algunos lugares y le sale sobre el \$1.500.000 y no disponemos de esa plata. **les pido esto porque es mi única forma de retribuir todo lo que ella ha hecho por mi con decir que lleva 20 años sola sin pareja solo por la vergüenza de no tener dientes..”***

- c. **Problemas familiares o amistades:** El implicado no logra desenvolverse o compartir como quisiera con su familia, debido a su problema bucal o tiene problemas para hacer nuevos amigos debido a su problema bucal.

RELATO N°53 *“Estimados con el corazon bien apretado me dirigo a ustedes, esperando tener una buena acogida, ya que hace tiempo estoy buscando una oportunidad para que mi madre pueda ser evaluada por alguna fundacion que pudiera ayudarnos a mejorar su calidad de vida, somos una familia de esfuerzo, sobre todo ella. No tenemos los medios para que ella se pudiera hacer algun tratamiento de forma particular ya que esto no esta al alcance de cualquiera. Cuando esperaba su cuarto hijo ella perdio gran parte de su dentadura, eso ya hace 26 años. Aparte de la gran cantidad de dificultades que le ha puesto la vida que no han sido pocas, **esto ha sumado tristeza y amargura**, es un tema que la ha mantenido con una fuerte depresion no tratada, **alejada de toda actividad publica**. Creo que seria muy interesante conocer su historia y que me pudieran ayudar a hacer realidad el sueño de mi pobre viejita (55 años), porque de todo corazon creo que de verdad se lo merece, cuando sueño con ganarme un premio, lo primero que se me viene a la mente es ver impecable la sonrrisa de mi madre. Espero su pronta respuesta y mil disculpas por las molestias”*

7. **Discriminación:** La salud bucal de las personas pasa a ser una característica del afectado, que provoca que otros se burlen o les entreguen tratos diferenciados por dicha causa. Esta categoría releva la importancia en como los otros perciben este problema. (Impacto en terceros e impacto de terceros).

Conceptualmente y en términos de esta investigación, esta categoría se podría definir como cambio de conducta o trato proveniente de otras personas hacia las personas mayores que presentan algún problema en la cavidad oral, el cual se transforma en un estigma. Un ejemplo de discriminación o expresión de algún sentimiento de desprecio frente a un problema dental podría ser el siguiente relato:

RELATO Nº17 “Como puedo postular Mi dentadura perdí varias piezas y a mi hijo le da rabia que me sonría porque hace poco se me rompió mi diente de adelante y tuve que usar gutapercha y a el le molesta al igual que mi pareja y tuve que reunir para un parche provisorio para que no lo molesten mi arreglo me sale muy caro e imposible de costear soy viuda y mi pensión es baja pero mi puntaje cuesta cas Es 2300 solo DECEO una oportunidad para verme bien y poder trabajar ya que estéticamente me veo fea”

Así mismo existen expresiones en las que se describe un fenómeno conocido como VIEJISMO, los viejismos son expresiones estereotipadas o sentencias discriminatorias que pueden ser comparadas a situaciones como el racismo y sexismo, sentencias que indican a los adultos mayores como seniles, dependientes, y antiguos en su forma de pensar.

8. **Sonrisa o sonreír:** según la aproximación conceptual que emerge del contenido manifiesto en los microrelatos, la sonrisa / sonreír corresponde al acto de gesticular como respuesta emocional ante una situación o experiencia vital. La sonrisa puede asociarse con la felicidad o un estado anímico más natural, y a su vez es posible asociarla al bienestar o un mejor estado de ánimo y calidad de vida.

*RELATO Nº7 – “Soy una mujer de 67 años , **perdi mi dentadura muy joven** , esto me ha traído mucha vergüenza y baja de mi autoestima .durante todos estos*

años me dedique a mis hijos y yo fui quedando siempre al final , ya mis protesis se me caen al comer , sonreír o expresar mis emociones . Ustedes tienen alguna forma de ayuda que **me devuelva mi sonrisa y así poder terminar mi vida en esta tierra con una felicidad que ya olvide.** Gracias.”

RELATO N°9 – “vi la fundación en mega noticias, mi madre tiene 65 años, está jubilada por la pensión solidaria, tiene problema en su dentadura, **ya no sonríe**, es un gran tema para mi, me gustaría poder ayudarla, pero en nuestro país, la dentadura es carisima, me gustaría saber si la fundación la podría ayudar, nosotros podemos pagar, pero no esos montón excesivos :(ayúdenme por favor... **Quiero volver a ver sonreír a mi madre Saludos.**”

RELATO N°28 – “Les escribo humildemente para ver la posibilidad de que revisen a mi madre.ella tiene 65 años, **y la última vez que la vi sonreír fue hace 10 años**, hoy la veo triste y se queja de mucho dolor e inclusive ya tiene que priorizar las comidas.quisiera volver a ver a mi madre sonreír sin que tenga que tapar su boca.esperando este msje tenga buena acogida, me despido felicitandolos por tan hermosa labor.”

RELATO N°38 – “Hola, acabo de ver el reportaje en Ahora noticia sobre la dentadura de los chilenos y su Fundación. Me parece muy buena iniciativa y ayuda para todos las personas que no tienen los recursos suficientes para hacerlo. Quisiera saber si puedo contar con ustedes tengo mi mamá de 55 años ella por cosas de la vida mucho tiempo fumo y aparte por malos tratos y golpes de mi padre sufrió la pérdida de casi la mayoría de su dentadura, ella es comerciante ambulante obviamente no tiene los recursos para poder pagar un tratamiento, yo hace poco me casé y formé mi familia y **me da pena no poder ayudarla en eso económicamente y pena también verla así tapándose su boca al hablar y sonreír** como me gustaría que ustedes la ayudarán en algo si pudiesen lo agradecería mucho gracias.”

9. La estética:

La aproximación conceptual a la categoría “estética” que se puede ver afectada en la población de estudio, considera que la estética está relacionada con la percepción de lo que es considerado bello y lo que es considerado feo. Los parámetros de belleza y fealdad son determinados por la cultura, que a su vez se constituye de parámetros sociales determinados de forma objetiva. Así por ejemplo se determinan características que transforman un objeto en bello ya sea por su forma, estatura, colores, etc..., esto se aplica tanto a objetos inanimados como a seres vivos. La descripción de parámetros estéticos en seres humanos suele ser más compleja. Por un lado tenemos la descripción de características físicas, que están relacionadas con la belleza externa, pero al tratarse de un ser humano, y mayor, están las características subjetivas, las cuales suelen ser opacadas por las anteriormente mencionadas. Cuando los parámetros estéticos externos se ven afectados, psicológicamente una persona se siente disminuida o menos importante, aspecto que se ve en gran medida en la selección de microrelatos.

Por otra parte, culturalmente los patrones estéticos son un ámbito que también pueden expresar viejismo al asociar culturalmente la belleza con la juventud. Y también al asociar edentulismo con vejez.

RELATO Nº16 – *“necesito realizarme una protesis dental y no tengo los medios economicos Soy XXXXXXXXXXXX,soy jubilado por invalidez yno tengo los medios economicos para realizarme un tratamiento dental, **me faltan muchas piezas dentales lo que me produce una verguenza al reirme y conversar. Necesito comunicarme con ustedes y tener la oportunidad que han tenido muchos chilenos de volver a sonreir. Gracias y espero una pronta respuesta**”*

RELATO Nº36 – *“Hola soy una mujer de 55 años y trabajo de ascensora del hogar practicamente toda mi vida. Les escribo porque debido a mi diabetes se me han ido soltando todos **mis dientes ya casi no me quedan muelas y mis dientes delanteros ya estan todos separados y sin forma** yo trabajo en diferentes lados y la verdad me da mucha verguenza mi dentadura y debido al poco ingreso que hoy en dia tengo no tengo como arreglarme los dientes les*

pido comprensión no pido que me regalen nada solo que me ayuden para algo que pueda pagar quiero sonreír y expresarme sin vergüenza. Muchas gracias por tomarse el tiempo de leer y comprender mi problema.

RELATO Nº45 – *“Hola, quisiera ver la posibilidad de que mi padre pudiera optar a un tratamiento para recuperar **su sonrisa ya que lleva años sin su dentadura debido a un accidente doméstico y solo le quedan dos diente, los cuales se encuentran completamente picados.** Quiero volver a verlo sonreír. Estaré atenta a sus respuesta.”*

10. Estado Depresivo:

La depresión corresponde a un estado de ánimo generalizado, este afecta la calidad de vida y la percepción de esta, afecta la interacción social, el autocuidado, y realización de actividades y desarrollo personal. Cuando se habla de estado depresivo en los microrelatos se observa que esta puede ir asociada a otras dimensiones. Para efectos de esta aproximación conceptual, entenderemos la depresión como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. Estado de ánimo en el que la mayoría de las personas nos sentimos de vez en cuando durante periodos cortos. No es posible atribuir ese estado necesariamente a un cuadro de depresión clínica, entendido como un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un periodo más prolongado de varias semanas o más. Por ejemplo, en los siguientes microrelatos se observan dimensiones como la dificultad económica, sonrisa, baja autoestima, etc...

RELATO N°53 *“Estimados con el corazon bien apretado me dirigo a ustedes, esperando tener una buena acogida, ya que hace tiempo estoy buscando una oportunidad para que mi madre pueda ser evaluada por alguna fundacion que pudiera ayudarnos a mejorar su calidad de vida, somos una familia de esfuerzo, sobre todo ella. No tenemos los medios para que ella se pudiera hacer algun tratamiento de forma particular ya que esto no esta al alcance de cualquiera. Cuando esperaba su cuarto hijo ella perdio gran parte de su dentadura, eso ya hace 26 años. **Aparte de la gran cantidad de dificultades que le ha puesto la vida que no han sido pocas, esto ha sumado tristeza y amargura, es un tema que la ha mantenido con una fuerte depresion no tratada,** alejada de toda actividad publica. Creo que seria muy interesante conocer su historia y que me pudieran ayudar a hacer realidad el sueño de mi pobre viejita (55 años), porque de todo corazon creo que de verdad se lo merece, cuando sueño con ganarme un premio, lo primero que se me viene a la mente es ver impecable la sonrisa de mi madre. Espero su pronta respuesta y mil disculpas por las molestias. Quedare atenta a sus comentarios que Dios bendiga lo que ustedes hacen.”*

RELATO N°34 *“me hacercos a ustedes para que puedan **ayudar a mi mama para que salga de su deprecion y pueda volver a sonreir** ella tiene 59 años es sola ella cuida a mi abuelita que tiene 91 años y solo trabaja en la feria de las pulgas para poder sobrevivir por lo que un costoso tratamiento dental es casi imposible y ahora mas encima le dijeron que van a tener que sacarle los ultimos 4 dientes delanteros que les queda la caida de sus dientes es por muchas cosas que ella les podria explicar mejor . Yo soy de copiapo y ella vive en coquimbo por favor espero una buena respuesta desde ya muchas gracias . aun que sea por si o por no gracias”*

VII) DISCUSIÓN

El presente estudio cualitativo analizó los mensajes que las personas mayores o unas personas cercanas a ellas enviaron a una Fundación que se dedica a proveer atenciones dentales a personas vulnerables, en los cuales relatan su vivencia sobre el tema abordado en un reportaje de televisión y sobre lo que significaba para la propia persona o una cercana, vivir con un problema dental no resuelto (percibir necesitar atención) y encontrarse en una situación de vulnerabilidad que no les permitía el acceso a la atención que necesitaban. También considera un componente cuantitativo que describe algunas características de las personas que enviaron esos mensajes y de los propios mensajes.

Este estudio muestra que las personas mayores que perciben tener mala salud bucal y necesitar atención dental para su resolución, se ven afectadas en diferentes dimensiones biopsicosociales. Es eso lo que muy probablemente les ha motivado a ellas mismas o terceras personas cercanas a enviar los mensajes.

En base a un enfoque fenomenológico se analizaron los mensajes contenidos en los microrelatos, y pudimos aproximarnos a la representación de la realidad social por medio de categorías que emergieron en las dimensiones biopsicosociales que se vieron afectadas en las percepciones de las personas mayores que enviaron los referidos mensajes.

Las categorías de las dimensiones afectadas en los microrelatos corresponden a problemas presentes en nuestra sociedad, son consecuencia de las experiencias en salud bucal de las personas que están próximas o se encuentran en la etapa del ciclo vital que social y culturalmente se entiende como vejez. Y que se relacionan o son acentuadas por las secuelas de esos problemas de salud bucal. Por ello, es probable que cuando las personas mayores enfrentan barreras de acceso para acceder a la atención dental que perciben necesitar, estos problemas tienden a acrecentarse en el tiempo afectando aún más a las propias personas mayores, como también a las personas de su entorno cercano.

Lo que continúa de la sección discusión se estructura en base a discutir preliminarmente aspectos relacionados con el componente cuantitativo del estudio. Y posteriormente se profundiza la discusión del estudio cualitativo propiamente tal:

El que la mayoría (el 74%) de los mensajes fueron enviados por mujeres o se refieren a personas mayores del sexo femenino, concuerda con la literatura que muestra que las mujeres reportan percibir más problemas de salud o peor salud que los hombres (42). Y esta es una de las razones para percibir necesitar más atención de salud.

En el caso de Chile, cabe señalar que, junto a los aspectos culturales, también las políticas y programas públicos de atención odontológica se han focalizado más en las mujeres, ya que las mujeres presentaban mayores problemas dentales, y este programa iba en rescate de aquellas mujeres que por ser dueñas de casa postergaban su tratamiento (43). Por esa razón las mujeres pueden enfrentar con mayor regularidad el contacto con servicios de salud (de manera espontánea o inducida por las orientaciones de esos programas). Ello pudiera explicar esta marcada diferencia porcentual del sexo de las personas que envían los mensajes o a quienes aluden estos mismos relatos.

También, se ha descrito que las personas de género femenino presentan una mayor preocupación cuando se trata de acudir a servicios públicos de salud. Según la encuesta CASEN del año 2017 (11), hubo una mayor tendencia por parte de las mujeres a señalar que habían presentado problemas de salud en los 3 meses previos a la adquisición de los datos para la encuesta. Durante el año 2010 el MINSAL realizó un reporte basándose en la literatura contemporánea (16), en el que hablan de la situación de la salud bucal en Chile, se describe que las mujeres presentan mayor cantidad de caries antes de los 45 años (44) y sobre los 45 años mayor edentulismo (45).

Las necesidades de tratamiento que derivan de esos estudios epidemiológicos, así como los de la Encuesta Nacional de Salud 2017 (17), coinciden con lo reportado por Von Marttens y cols (3). Y también coinciden con las que se derivan de la mayoría de los microrelatos, tanto por las categorías que emergieron como

los tratamientos que las personas percibían necesitar según el contenido temático de los relatos.

En relación con las categorías más afectadas en los ámbitos biopsicosociales que aparecen en el contenido de los microrelatos, las mayoritarias fueron la dificultad económica (40 relatos), afectación de la sonrisa (37 relatos), afectación estética (19 relatos), vergüenza (11 relatos) y problemas al comer (11 relatos). Estos resultados debemos contextualizarlos, considerando que, en general, las mujeres de 60 y más años presentan peor estado de salud que los hombres de la misma edad. La prevalencia de enfermedades crónicas y episodios agudos es más alta en la población de mujeres, volviéndolas potencialmente más vulnerables a estos padecimientos (46). Específicamente con respecto a su salud oral, considerando todas las edades, la carga de enfermedades bucales es mayor en mujeres que en hombres. Esta diferencia se acentúa especialmente en el grupo entre 45 a 49 años de edad donde la carga específica de edentulismo es 2,8 veces mayor en mujeres que en hombres (16).

Respecto a las dificultades para comer, debemos señalar su relevancia en la alimentación y el estado nutricional. Al tener dificultades para masticar y comer, se puede ver afectada la funcionalidad y el tipo de dieta que se ingiere (nutrición). Esta categoría adquiere relevancia cuando se puede asociar a la probabilidad de que la persona mayor se torne frágil o presente sarcopenia, que a la larga pueden redundar en aumentar el riesgo caídas u otros accidentes (47).

Se ha reportado también una relación entre salud bucal y deterioro cognitivo en personas mayores. Particularmente, una menor capacidad masticatoria se ha asociado a una menor función cognitiva (48). La pérdida dentaria y un período prolongado de edentulismo –mayor de 15 años- están relacionados con riesgo de bajo rendimiento cognitivo global en mayores sanos (49). En personas sanas, el edentulismo también se ha asociado con una menor memoria episódica (50).

En tanto, los problemas de mala salud bucal que pueden estar asociados a esas categorías que emergieron como afectadas, orientan a los tipos de atenciones que las personas relatan que perciben necesitar, lo que se explicita en los mensajes. Según cuyo contenido, la mayoría de las personas requiere

tratamientos de rehabilitación en base a implantes (37 relatos), otros perciben necesitar prótesis removibles (35 relatos), prótesis fija (8 relatos) y 9 mencionaban situaciones que orientan a que necesitaban tratamientos periodontales. Ello coincide con la literatura respecto a que la pérdida dentaria y la capacidad de masticar bien, son considerados los problemas de salud oral más relevantes de los adultos mayores (3,17,51,52,53).

Respecto a la necesidad de implantes cabe señalar que, en algunos de esos relatos, las personas mencionan la insatisfacción con sus prótesis removibles inferiores a las que han podido acceder (molestias o no uso). Estos resultados pudieran ser un aporte a las consideraciones respecto de los programas de cobertura pública de prótesis dentales tendientes a mejorar la efectividad de esos tratamientos, especialmente para la rehabilitación de desdentados totales inferiores.

En tanto, que solo 9 relatos refieran a la necesidad de tratamiento periodontal puede explicarse por dos razones. La patología periodontal que según estudios epidemiológicos afecta casi al 99% de las personas mayores, es asintomática gran parte del tiempo. También puede explicarse porque las manifestaciones de las enfermedades periodontales ya antes han afectado las trayectorias vitales de muchas de esas personas mayores, y actualmente son desdentadas totales, razón por la cual pueden percibir menos la necesidad de ese tipo de tratamientos.

Por otra parte, casi la mitad (48%) de los mensajes que contienen los microrelatos fueron enviados por terceras personas, esto es, no por la propia persona mayor directamente afectada por el problema de salud bucal percibido, creemos que ello da cuenta de la alta valoración social que la salud bucal y el acceso a la atención odontológica tiene para la población chilena (16).

No es posible determinar si esa tercera persona escribe el mensaje desde su propia perspectiva, respecto a lo que significaba para ella el problema de salud y el impacto de que algún familiar o cercano (la persona mayor) viva con un problema dental no resuelto y se encuentre(n) en una situación de vulnerabilidad

que no les permite el acceso a la atención que percibían necesitaba esa persona mayor.

De igual manera y en concordancia con el marco conceptual de la construcción social de la realidad (54), los problemas derivados de la mala salud bucal de las personas mayores repercuten y también afectan al entorno de una persona mayor. Como esos problemas de salud y las barreras de acceso a la atención dental afectan a las personas mayores también se transmite o repercute en otras personas que pueden ser cercanas tales como parejas, hermanos/as, hijos/as, nietos/as, amigos, etc. Además, varios relatos hablaban de bajas pensiones por invalidez u otras situaciones similares, tales como pérdida de funcionalidad y distintos niveles de dependencia lo que indica un envejecimiento que no necesariamente se asocia a una buena calidad de vida y buen acceso a la salud.

Es decir, los mensajes que esas terceras personas han enviado, dan cuenta de la repercusión social que la mala salud bucal de las personas mayores tiene en los integrantes del grupo de personas más cercano a esos mayores o con quienes interactúan, y también de la importancia social que puede tener este problema.

Además, dan cuenta positivamente de la percepción que tienen las personas respecto a la importancia de la salud bucal en la salud y el bienestar de las personas mayores cercanas a su entorno. También habla positivamente de un cambio de paradigma, en relación al “Viejismo” que normalizaba que las personas mayores tuvieran mala salud bucal y fueran desdentadas y que se ha instalado tanto en los profesionales de la salud como en la comunidad,

En este cambio de visión, hay aspectos contextuales que pueden haber influido. Por ejemplo, que muchas de las personas mayores del Chile actual conocieron, a mediados de la década del 2000, de la campaña pública “Sonrisa de Mujer”. Dicha campaña fue liderada por la ex primera dama Luisa Duran en colaboración con el Colegio de Cirujano Dentistas y entidades bancarias que otorgaban microcréditos para que las mujeres financiaran tratamientos odontológicos.

También, pudieron influir tanto los compromisos presidenciales durante la segunda administración de la ex presidenta Michelle Bachelet, que conllevaron la implementación del programa público de atención para mujeres mayores de 15 años “Más Sonrisas para Chile”, así como la implementación de las Garantías Explícitas en Salud (GES) Odontológicas. Todas ellas, pueden haber incidido en la opinión pública y en la valoración cultural que se hace de la salud bucal y el acceso a la atención odontológica para mantenerla o recuperarla.

Sin embargo, tal como muestran nuestros resultados, también cabe reparar en que los efectos de la mala salud bucal constituyen una causa de discriminación. Las personas mayores relatan haberse sentido discriminadas, probablemente por la intersección del impacto de la mala salud bucal. Por ello, hay que vigilar que esa valoración social no transite hacia una discriminación y exclusión de las personas mayores por su condición de salud bucal.

a) El envejecimiento

Con respecto al envejecimiento, en nuestra selección de microrelatos es posible observar una alteración de la calidad de vida, si bien ésta ha mejorado con los avances tecnológicos y médicos de los últimos años, se aprecian dimensiones que están alteradas, siendo las principales la socioeconómica, la estética y la sonrisa. Este trastorno de la calidad de vida se debe contextualizar en una mayor esperanza de vida, pero se puede explicar en gran parte por la situación económica que propicia un problema de acceso a tratamientos oportunos en un grupo de la población que presenta una alta prevalencia de comorbilidades crónicas (55,56). Ello puede postergar, dificultar o impedir acceder a tratamientos dentales, lo que puede generar un desmedro de la estética y por ende la sonrisa. A medida que se envejece hay una disminución de ingresos, producida por la jubilación y bajas pensiones, financiamiento de otras enfermedades distintas de las que se pueden encontrar en la cavidad oral y falta de acceso a trabajos de calidad para personas mayores.

Dada esa vulnerabilidad económica, muchas personas mayores siguen trabajando a pesar de estar en edad de jubilarse, o bien, vuelven a trabajar. Eso

hace que cobre más importancia recuperar la salud bucal, ya que en Chile puede ser una barrera para que las personas mayores vuelvan a acceder a trabajos, muchos de los cuales son en área de atención de público. No solo para mejorar sus ingresos, sino también para evitar la exclusión social, ya que como señala la encuesta CASEN, el 22% de las personas de 60 y más años vive en condiciones de pobreza multidimensional.

Con respecto a la salud oral, la falta de acceso de personas mayores a tratamientos oportunos puede llevar a la pérdida dentaria, como consecuencia es posible encontrar que solo un 1% de la población de personas mayores, conserva la totalidad de sus piezas dentarias, mientras que el 99% restante es dentado parcial o desdentado total. En la Lista de Espera NO GES de personas mayores de 65 años, las especialidades de prótesis fija y prótesis removible aparecen con un porcentaje de 51% y 47% respectivamente, y se expresa que hay un 25% de personas mayores que se presentan y consultan por atención que aún están en lista de espera (57).

Las personas mayores acuden a los servicios a consultar por tratamientos de exodoncia con una necesidad de rehabilitación por prótesis removible, ya sea parcial o total, o por prótesis fija. En este estudio a través de los microrelatos fue posible determinar los tipos de tratamiento que las personas mayores perciben necesitar. Ellos fueron principalmente los implantes, seguidas las prótesis parciales o totales, prótesis fija y periodoncia en menor proporción. La razón de esto es porque quienes escriben, generalmente especifican o era especificado por terceros, que ya eran portadores de prótesis, o que tenían una pérdida dentaria total o casi total. Esto permitió determinar, independiente de sus ingresos, que su posible rehabilitación fuera la prótesis total o parcial removible y la implantología. En algunos casos las personas mayores especificaron la necesidad de prótesis fija unitaria o tratamiento periodontal, y en casos particulares especificaron la necesidad de la especialidad de implantología. Por otra parte, estos resultados se condicen con los datos entregados por el Minsal en relación a los porcentajes de tratamientos con prótesis NO GES solicitados por personas mayores de 65 años (56,20,58).

Para abordar la situación de la salud oral a nivel país, durante mayo de 2018 se planteó en el Ministerio de Salud el programa de salud oral “ríe mayor” que buscó aumentar la cobertura del GES desde los 60 hasta los 70 años y agregar la especialidad de prótesis fija a los tratamientos, de esta manera se planeó aumentar el acceso y las especialidades solicitadas por personas mayores y mejorar la calidad de vida que se ve afectada por las distintas dimensiones (57). Sin embargo, hasta ahora esa voluntad ministerial no se ha plasmado en un programa o política nacional.

b) Discriminación del adulto mayor y viejismos, el aislamiento del adulto mayor

Otro de los aspectos que develan las categorías como discriminación, problemas en relaciones sociales, estética y vergüenza, se relacionan con que otra dimensión afectada por la mala salud bucal es la social. La imagen corporal que las personas perciben o tienen de sí mismas, la construyen a partir de aspectos relacionados con el concepto sociocultural de normalidad y belleza. Este ámbito puede disminuir la autoestima de las personas mayores y con ello su interés en socializar (3,54).

Berger y Luckmann en “La construcción social de la realidad” (54), refieren que la interacción social genera un intercambio social, ya que por medio del conocimiento y el lenguaje somos capaces de objetivar la realidad del otro. Así, el conocimiento se divide en tres partes: tipificación, que hace referencia a la clasificación y objetivación de los demás, el tiempo que corresponde a la historicidad y el YO espejo, que permite a uno ponerse en el lugar del otro, permitiendo ver su realidad representada en la mía (54). De alguna manera, los mensajes enviados por las personas mayores o terceras personas cercanas a ellas, en interacción con el contenido del programa de televisión que mostró el trabajo de la Fundación Sonrisas, constituyen un escenario de construcción social respecto al problema de salud bucal que afecta a las personas mayores, y que es analizado en nuestro estudio.

En ese contexto, una persona mayor puede verse discriminada en muchas de sus actividades diarias, esto debido a que cargan con un estigma caracterizado

por la edad, y la mayor edad no solo se asocia a un mayor deterioro físico, sino también a un mayor deterioro cognitivo. Por ejemplo, cuando una persona mayor trata de realizar algún trámite en bancos se pone en duda su estado psicológico y las instituciones tienen que exigir pruebas que le permitan al banco asegurarse de que su cliente está apto. Si consideramos que además un adulto cercano a los 60 años ya presenta un fuerte deterioro, que cuando es a nivel de salud bucal, tendrá problemas para expresarse, comer, relacionarse, etc. Se verá también fuertemente afectado el aspecto anímico, lo que genera ensimismamiento y aislamiento, junto al hecho que la gente tiende a aislar al anciano, ya sea por incomodidad, por no poder comunicarse correctamente, o simplemente no entender lo que les pasa. De este aspecto derivan los viejismos, que corresponden a caracterizaciones y estereotipaciones hacia la persona mayor, por ejemplo, cuando se dice frases como “es viejo, ya no entiende nada”, caracterizando la vejez como una discapacidad.

Otro aspecto que también pueden interpretarse como expresión de “viejismo” es el hecho que algunas terceras personas que escribieron lo han hecho, aparentemente, sin el consentimiento de la persona mayor. Ello pone de manifiesto que es necesario avanzar en la promoción de la autonomía y derechos de las personas mayores (Ejemplo: Relato N° 27 “*Ojala me puedan ayudar ella no sabe que yo les escribi asi que seria una sorpresa para ella y se alegraria muchisimo espero alguna respuesta ya sea si o no. Muchas gracias por su tiempo y por ller mi mensaje*”).

c) Tratamientos resolutivos para la tercera edad: la realidad de la salud oral, su estado y posibilidad de acceso en Chile

Como señalan los estudios epidemiológicos, la población mayor en Chile presenta mala salud bucal (44,45,59).

La gran mayoría para buscar solución a sus problemas orales necesita extensas rehabilitaciones integrales. Incluso haciendo alguna alusión al tratamiento con implantes, las necesidades observadas en esta investigación coinciden con la realidad vista a nivel país. Por ejemplo, en el año 2003 existían porcentajes de hasta un 69% de personas mayores usuarios de prótesis removible, y donde un

30% de la población general era usuaria de prótesis totales (21). Con la implementación del GES (ex AUGE), la población de personas mayores mejoró su acceso a la atención (60). Aquellos adultos mayores beneficiarios de Fonasa al año 2009 llegaron a porcentajes cercanos al 21%, y hacia el año 2013 este porcentaje aumentó hasta un 32%. Si bien, es una cifra importante, aún hay gran parte de la población adulta que se encuentra fuera de este beneficio. Existen muchas razones, las cuales se pueden ver reflejadas en nuestros resultados. Las personas mayores tienen problemas para acceder a este beneficio, debido a que muchos de ellos deben seguir trabajando más allá de su edad de jubilación. Los gastos asociados a su envejecimiento, tampoco les permite invertir tiempo en largos tratamientos rehabilitadores, muchos acceden, pero lo extenso del tratamiento dificulta su continuación. Otra razón es cuando tienen más de 60 años, ellos mismos deben cargar con tratamientos costosos. Cuando las personas mayores son autovalentes y activos, podrán costear sus tratamientos de forma privada. Pero para aquellos que están jubilados, que tienen una pensión muy baja y que son mayores de 61 años, tienen mayor daño en la cavidad oral, lo que implica mayores gastos. No podrán atenderse, aún más considerando a aquellas personas mayores que se encuentran al cuidado de otros. Cuando una persona mayor está bajo el cuidado de algún cuidador individual o institucional, es el cuidador quien decide lo que es importante para este y generalmente para los cuidadores la salud oral, no es de primera prioridad, violando de esta manera los derechos de las personas mayores, en específico el principio de autonomía que dice que la persona mayor es siempre quien tiene la última palabra frente a la toma de decisiones, de tal manera que no implique que este se someta (61). Por ende, muchos de los problemas y complicaciones no son solucionados hasta que la situación de un diente es irreversible y/o cuando el único tratamiento viable y de urgencia corresponderá a la exodoncia. Otro problema de acceso al que se enfrentan las personas mayores son las distancias, correspondiendo esto a una barrera de tipo geográfica. Por ejemplo, cuando vive en una zona rural y debe recorrer largos tramos para llegar a su lugar de atención (13).

d) Otros estudios cualitativos y sus conclusiones

Respecto a la metodología utilizada, cabe señalar que son escasos los estudios cualitativos en salud bucal en Chile, y más aún los realizados con personas mayores. El estudio publicado por Von Marttens y cols. (3), analizó la experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Los autores de ese estudio determinaron un patrón de respuesta (temas) que incluían diversas categorías y subcategorías.

Se observa similitud entre nuestros resultados y los temas que emergieron en ese estudio. Los dos temas o ámbitos que los autores reportaron en el estudio son: causas y consecuencias de la pérdida de dientes. Respecto a las consecuencias de la pérdida dentaria, sus autores al igual que en nuestro estudio, la relacionan con problemas psicológicos (subcategoría relaciones de pareja, problemas de autoestima y autopercepción estética). Otra categoría en el tema de consecuencias de la pérdida dentaria, son los problemas funcionales del adulto mayor edéntulo, e incluye las subcategorías de problemas funcionales de masticación y fonéticos.

Cabe destacar que en nuestro estudio el 48% de los mensajes fueron enviados por terceras personas, quienes eran cercanas a las personas mayores afectadas por percibir mala salud bucal y con barreras de acceso para la atención que perciben necesitar. Como hemos señalado, no podemos afirmar que los mensajes enviados por terceros, expresarían las percepciones respecto a los problemas de salud bucal de los mayores para quienes o por quienes escribieron. De todas formas, coincidimos con Von Marttens en relación a las repercusiones que ello tiene en el entorno social de las personas mayores, evidenciando que familiares o cuidadores cercanos también experimentan afectación en el ámbito biopsicosocial. Por otra parte, representan una mirada externa y distinta a la de la propia persona afectada. Es decir, como los problemas de salud bucal de las personas mayores, afectan su relación con los demás y consigo mismos.

Es de importancia señalar que las similitudes en los resultados de ambos estudios surgen aun cuando las dimensiones o categorías fueron obtenidas de distintas técnicas de recolección de información. En nuestro estudio, a través de microrelatos espontáneos, lo que supone una intencionalidad surgida de su propia realidad y que orienta a una alta prevalencia de estos problemas en la población de personas mayores. Estas dimensiones son comunes y son perpetuadas por las condiciones de vida y acceso que las personas mayores tienen a los servicios odontológicos y de salud bucal. Entre las barreras de acceso a esas atenciones que experimentan las personas mayores están los bajos ingresos, comorbilidad y eventualmente discapacidad/dependencia que dificulta el acceso físico a los lugares de atención. También esta cohorte de personas mayores ha tenido menos oportunidades de educación y alfabetización en salud, lo que les dificulta poder mantener una buena salud bucal, conocer los derechos, beneficios y oportunidad para acceder a las atenciones dentales, entre otras.

Durante este estudio hemos mencionado en reiteradas ocasiones los problemas de acceso de las personas mayores, las complicaciones que aparecen junto con la vejez, las complicaciones para relacionarse, los problemas económicos, encontrar empleo, las bajas pensiones, la falta de tiempo para realizar tratamientos, la falta de información, el envejecimiento precoz, las barreras geográficas, etc. Son estas razones, por las que parece necesario modificar los programas existentes. Actualmente existen proyectos como el de aumentar la edad del GES de 60 años hasta los 70 años, incluso fue parte del programa presidencial de la actual administración y de otras candidaturas presidenciales que hubo en las elecciones de 2017. Esto permitiría que aquellos adultos que no lograron ingresar al GES durante los 60 años, ya sea por barreras de distinta índole, tengan un mayor rango etario para acceder a este beneficio y poder ser tratados en mayor número.

Si bien, esta medida no asegura solucionar la mayor parte de las dimensiones que se ven afectadas por la salud bucal, si permite mejorar la información, junto con entregar acceso a aquellas personas que comienzan a tener problemas y complicaciones más allá de los 60 años. Esto aumenta la cantidad de personas

mayores que pueden ser atendidas, dicho de otra manera, permite aumentar el acceso a la atención en salud, que es la meta de los programas GES. Ello cobra pertinencia social considerando que el grupo de personas mayores son los más afectados, presentan mayor daño acumulado y falta de acceso a servicios promocionales, preventivos y recuperativos en salud bucal.

Por otra parte, nos parece adecuado relevar la metodología usada, particularmente lo relacionado con la fuente de información, ya que es innovadora y hasta ahora no se había usado en Chile. A partir de los mensajes recibidos, esta investigación cualitativa, seleccionó los casos por su capacidad de proporcionar datos informativos, reveladores y profundos (36). Patton (62) señala que en la investigación cualitativa no existen reglas para el tamaño de la muestra, pero que ese tamaño depende del contexto de cada estudio y se selecciona el número de casos que proporcione la totalidad de las percepciones, opiniones y creencias que existen dentro de la población de estudio (36,63,64). Como señala Fernandez de Sanmamed (34), para el tamaño final de la muestra se utiliza el concepto de saturación o redundancia, definido como cuando las informaciones se repitan, son redundantes y no aportan aspectos nuevos, constatándose el agotamiento de nuevos datos por parte de los diferentes participantes y de los diferentes contextos”.

El contenido de los microrelatos incluidos en los mensajes enviados por las personas mayores, fue codificado y analizado mediante análisis de contenido temático según categorías emergentes (65,66). Varias de estas categorías que muestran nuestros resultados coinciden también con estudios cuantitativos que han evaluado mediante test psicométricos el impacto de la mala salud oral en la percepción de calidad de vida de las personas mayores, mediante instrumentos creados con este propósito. Los más utilizados para medir calidad de vida y salud bucal son el GOHAI y OHIP-14 (63). Se ha comprobado que ambos miden aspectos que los individuos consideran de importancia para su calidad de vida. Las mediciones sobre calidad de vida humanizan la atención de salud, al considerar las percepciones de los pacientes sobre la misma. El Índice de Salud Oral Geriátrico (Geriatric Oral Health Assesment Index o GOHAI) es uno de los primeros instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral desde un punto de vista funcional que fue el descrito por Atchison y Dolan (64). Como fundamento

para el desarrollo del GOHAI la salud oral fue definida como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social. Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de solo 12 preguntas (Anexo 1) lo que aumenta las probabilidades de que sea contestado en forma completa. Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se propusieron tres dimensiones: 1) función física que influye en comer, hablar, deglutir; 2) función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. En tanto, el Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP) (63), mide como influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien (67). El instrumento original consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker (68): limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad. Muchas de estas dimensiones coinciden con las categorías que han resultado de nuestra investigación. Ello cobra relevancia, considerando que en Chile el OHIP ha sido validado en su versión extensa (69) y abreviada para personas mayores (70). Además, estos instrumentos en su versión abreviada (71), ha sido utilizado a nivel poblacional en la Encuesta de Calidad de Vida 2016 (ENCAVI) (19) y en la Encuesta Nacional de Salud 2017. (17)

Cada una de las categorías resultantes describe un problema específico de la población adulta mayor en Chile. Problemas asociados a la calidad de vida, situación económica, estado de salud actual, barreras geográficas, falta de tiempo, entre muchas otras razones.

Algunos resultados orientan a la necesidad de realizar un cambio a los programas de atención actuales, de manera de facilitar el acceso de la persona mayor. Por ejemplo, tal como se ha mencionado antes, una mejora podría ser la propuesta del aumento de un GES de 60 años a uno de 70 años. También podría ser necesaria la mejora de las vías de comunicación, para que los pacientes estén informados acerca de sus beneficios y puedan optar a estos de manera oportuna. También una solución que tiene que ver con las posibilidades de acceso desde el punto de vista de los ingresos, especialmente para aquellas

personas mayores que requieren atención que el sistema público no provee, o que aún no se implementa en la cartera de servicios, como por ejemplo rehabilitación con prótesis dentales mandibulares sobre implantes. Cabe mencionar también aspectos más estructurales como el sistema de pensiones, cobertura pública y oportunidad de la atención de salud.

Respecto al acercamiento conceptual, este nos permitió entender de mejor manera a que se refiere cada categoría y como, un mismo micro relato contenía más de una categoría, las que incluso podrían intersectarse. Muchas dimensiones presentan similitudes, incluso teniendo una clara definición. Determinar qué dimensiones se presentan en específico, en un micro relato es complejo, siendo necesario considerar el concepto de la comparación constante y la saturación de datos que son propias de la metodología cualitativa. Gracias a estas herramientas se lograron determinar las definiciones y ejemplos claros de cada una. Resultados que son coincidentes con las categorías reportadas en el estudio de Von Marttens et al (3). En ese estudio las dimensiones fueron obtenidas de datos provenientes de entrevistas semidirigidas. La fuente de información que hemos utilizado nosotros nos permitió complementar la información cualitativa con un componente cuantitativo que permitió triangular la información resultante.

Esperamos que esta tesis se convierta en un punto de partida para potenciar futuras investigaciones de carácter cualitativo en odontología y personas mayores, ya que estos estudios son hasta ahora escasos. Es necesario promover el enfoque de envejecimiento positivo en la atención odontológica y en la implementación de programas y políticas de atención en salud bucal.

Esta tesis, en el marco del proyecto al que adscribe, también se ha propuesto contribuir a la validación de bases de datos, como los microrelatos que nos permitieron determinar los problemas con los que se enfrenta una persona mayor, como complemento a fuentes de información en base a encuestas o cuestionarios estandarizados.

Finalmente, es importante señalar que en el marco del “Envejecimiento Positivo”, es importante valorar la respuesta socio sanitaria que hasta ahora hemos dado como país para resolver los problemas de salud bucal en las personas mayores. En un contexto de mayor esperanza de vida es pertinente pensar en prolongar

los años de vida libres de discapacidad. Y mala salud bucal puede tener como secuela discapacidad en las funciones orales. Cuando hay problemas de salud, enfermedades o accidentes, el diagnóstico y pronta resolución son esenciales para volver a las actividades de la vida diaria, pero para iniciar el tratamiento debe reconocerse la necesidad de este, dicho de otra manera, quien busca atención debe reconocer que está enfermo. Para posteriormente percibir que el sistema dará respuesta satisfactoria a su necesidad en salud.

Por ello, las respuestas a esos desafíos socio sanitarios que implican abordar la salud oral en sociedades que envejecen, necesitan potenciar el enfoque preventivo de la salud oral y curso de vida, para lo cual es muy importante abordar ese desafío desde un enfoque multidisciplinar e intersectorial. Pero a su vez, pensar en dar respuesta a las personas mayores que actualmente se ven más afectadas o están en condición de mayor vulnerabilidad.

VIII) CONCLUSIONES

Los mensajes fueron enviados mayoritariamente por mujeres y en igual proporción por las propias personas mayores o terceros que escribieron y enviaron los mensajes por ellas.

En las personas mayores que reportan problemas de salud bucal y necesidad de atención para su resolución, las principales categorías que emergieron como aquellas que afectan las dimensiones biopsicosociales fueron: dificultad económica, sonrisa, estética, dificultad para comer, vergüenza y baja autoestima.

Los principales tipos de atenciones que las personas percibieron necesitar fueron prótesis removibles, implantes, prótesis fija y tratamiento periodontal.

IX) BIBLIOGRAFIA

- 1.- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Resultados Censo 2017. [12 de septiembre de 2018] disponible en :<http://resultados.censo2017.cl>
- 2.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina, 2015*, (LC/G.2691-P), Santiago, 2016, Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600175_es.pdf.
- 3.- Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2010; 3 (1), 27-33. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v3n1/art05.pdf>
- 4.- Linne J, Angilletta M. [Violence in social networks: an exploration of the online expressions of teens from marginalized areas of Greater Buenos Aires]. Salud Colect. 2016;12(2):279-294. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.741>
- 5.- Cipolletta S, Votadoro R, Faccio E. Online support for transgender people: an analysis of forums and social networks. Health Soc Care Community. 2017. Disponible en: doi: 10.1111/hsc.12448.
- 6.- Vivar, Cristina G., Arantzamendi, María, López-Dicastillo, Olga, & Gordo Luis, Cristina. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería*, 19(4), 283-288. Recuperado en 19 de junio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&tlng=es.
- 7.- Camacho Francisca, Romero M^a Jose (Enero 2018); Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa; revista de enfermería global, revista electronica trimestral de enfermería, n^o49, Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00324.pdf>

- 8.- Caglayan F, Altun O, Miloglu O, Kaya MD, Yilmaz AB. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Nov 1;14 (11):e573-8. <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v14i11/medoralv14i11p573.pdf>
- 9.- Laplace Pérez B, Legrá Matos S, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Alместoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *CCM* . 2013; 17(4), 477-488. Recuperado en 06 de enero de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es&tlng=es.
- 10.- Delgado B., I., Cornejo-Ovalle, M., Jadue H., L., Huberman, J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile, 10 de junio de 2013. 10; 2; 101-109. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123493>
- 11.- Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) 2015: Adultos Mayores - Síntesis de Resultados. Santiago; 2017 [Fecha de acceso: 15-05-2017]; Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
- 12.- Restrepo-Betancur L, Rodríguez-Espinosa H. Análisis comparativo de la esperanza de vida en Sudamérica, 1980-2010. *Rev Univ. Salud*. 2014. 16 (2), 177-187.
- 13.- Calvo E, Madero-Cabib I. CURSO 1: introducción a la gerontología y a la geriatría DIPLOMADO GERONTOLOGÍA SOCIAL Programa Adulto Mayor UC I Instituto de Sociología UC I UCvirtual I Pontificia Universidad Católica de Chile Diponible en http://www.esteban-calvo.com/wpcontent/uploads/2016/08/Calvo_Madero_2016_enfoques_envejecimiento_PUC_CHAPTER.pdf

14.- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa: Salud bucodental. Ginebra; 2012 [Fecha de acceso: 14-05-2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

15.- Glick, Michael, Williams, David M., Kleinman, Dushanka V., Vujicic, Marko , Watt, Richard G., Weyant, Robert J (2016-12-01), A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health, the journal of the American dental association [diciembre 2016] vol, 147 issue 12 Pag. 915-917. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001>

16.- Ministerio de Salud. Enfermedades orales adulto mayor. Santiago; 2011 [Fecha de acceso: 25-05-2017];

Disponible en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf>

17.- Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS Chile) 2016-2017. Santiago; Enero de 2018. Disponible en: https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180131/asocfile/20180131233128/2_resultados_ens_minsal_31_01_2018.pdf

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

19.- Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016. Santiago; 2017 [Fecha de acceso: 17-05-2017]; Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>

20.- Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS Chile) 2009-2010. Santiago; 2011 [Fecha de acceso: 01-06-2017]; Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

21.- Montes-Cruz, Christopher, Juárez-Cedillo, Teresa, Cárdenas-Bahena, Ángel, Rabay-Gánem, Claudia, Heredia-Ponce, Erika, García-Peña, Carmen, &

Sánchez-García, Sergio. (2014). Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista odontológica mexicana*, 18(2), 111-119. Recuperado en 16 de diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2014000200006&lng=es&tlng=es.

22.- Aubert, Josefina, Sanchéz, Sergio, Castro, René, Monsalves, María José, Castillo, Paulina, & Moya, Patricia. (2014). Quality of Life Related to Oral Health in Subjects 14 Years or Older, San Juan Bautista Community, Robinson Crusoe Island, Chile. *International journal of odontostomatology*, 8(1), 141-145. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000100019>

23.- Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Ginebra; 2005 [Fecha de acceso: 05-06-2017]; Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

24.- Ministerio de salud. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores, 2014, [fecha de acceso: 30-05-2017] http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf

25.- Fondo Nacional de Salud. Los Adultos Mayores son Fonasa. Santiago; 2016 [Fecha de acceso: 05-06-2017]; Disponible en: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2016/07/01/los_adultos_mayores_son_fonasa.html

26.- M. Cornejo-Ovalle, R. Cortés, I. Delgado, Equidad de acceso a los servicios odontológicos en la población adulta en Chile, 2017, Facultad de Odontología, Universidad de Chile; Universidad del Desarrollo, Chile
Gac Sanit. 2019;33(Espec Congr):6-125; <http://gacetasanitaria.org/es-pdf-X0213911119000660>

27.- Valenzuela M. J. Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿es necesaria una reforma al GES-60 años? *Rev Chil Salud Pública*

2015; Vol 19 (2): 181-187:

<https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/36782>

28.- Minsal subsecretaria de redes asistenciales, Programa odontológico integral (2014), <https://www.araucanianorte.cl/images/PDF-WORD/Res-Ex-1157-Programa-Odontologico-Integral-2015-APS-19112014.pdf>

29.- FONASA, Salud bucal para todos, 20 de marzo de 2017: Disponible en: https://fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2017/03/21/salud_bucal_para_todos.html?from=beneficiarios

30.- Superintendencia de salud, Ministerio de Salud urgencias odontológicas ambulatorias: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-3696.html#accordion_0

31.- March J, Prieto M, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gaceta Sanitaria. 1999 ;13: 312-319. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911199713737?via%3Dihub>

32.- Polit D, Hungler B. Introducción a la investigación científica en las ciencias de la salud. En: Polit D, Hungler B, eds. Investigación científica en las ciencias de la salud. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 3-23.

33.- Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 2000 Jan ;320(7227):114-6. (Clinical research ed.), 311(6996), 42–45. Disponible en: doi:10.1136/bmj.311.6996.42

34.- Baum F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. Social Science & Medicine. 1995 ;40(4):459-468 Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)e0103-y](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)e0103-y)

35.- Fernandez de Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. In: Vázquez M, Ferreira da Silva M, Mogollón A, Fernández de Sanmamed M, Delgado M, Vargas I, editor(s). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicada en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006. p. 31-52.

36.- Seiter E; Percepción y valoración de la legislación de ambientes 100% libres de humo de tabaco entre los/as trabajadores/as de bares y restaurantes con zona fumadores; Tesis para optar a magister salud pública, Universidad de Chile, Santiago 2012.

http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/450/tesis_Emily_Seiter.pdf;jsessionid=3CC230CA3B7E1FCCC91C7531EA67661B?sequence=1

37.- Taylor S, Bogdan R. Introducción: ir hacia la gente. In: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1987. p. 15-27. Disponible en: <https://eugeniawagner.files.wordpress.com/2012/08/taylor-bogdan-intr-met-cuali-1.pdf>

38.- Fundación Sonrisas: [Fecha de acceso: 14-06-2017] Disponible en: <http://fundacionsonrisas.cl/somos/la-fundacion>

39. Fundación Sonrisas. El poder de cambio de una sonrisa. Santiago; 2015 [Fecha de acceso: 09-05-2016]; Disponible en: <http://www.fundacionsonrisas.cl/#!sonrisas-en-reportsaje-de-mega-/c19ix>

40. Ruiz J. Metodología de la Investigación Cualitativa. 5a ed. 2012, Universidad de Deusto: Bilbao. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/250867128/Metodologia-de-la-Investigacion-Cualitativa-JOSE-IGNACIO-RUIZ-OLABUENAGA-2012-pdf>

41.- Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. Nurse Educ Today. 1991 Dec;11(6):461-6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90009-y](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90009-y)

42.- Radio Bio bio, "Nuevo estudio revela que las mujeres van mas seguido al medico que los hombres" junio de 2017, <https://www.biobiochile.cl/noticias/mujer/salud-mujer/2017/07/19/nuevo-estudio-revela-que-las-mujeres-van-mas-seguido-al-medico-que-los-hombres.shtml>

43.- Minsal, "orientaciones técnico administrativas para la ejecución del programas odontológico integral 2019". División de atención primaria, unidad odontológica, <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientación-Técnica-Programa-Odontológico-Integral-2019.pdf>

44.- Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehábil. Oral 2009;2(3):161-166. Disponible en: http://www.revistapiro.cl/eng/V2-N3-Dic-2009/6-Prevalencia-de-Caries/S0718539109700278_S300_es.pdf

45.- Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, Carvajal P, Arteaga O. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. J Periodontol [1 de octubre 2010] Disponible en: <https://doi.org/10.1902/jop.2010.100148>

46.- Cannobbio, Liliana y Jeri, Tamara, Estadísticas Sobre las Personas Adultas Mayores: Un Análisis de Género. Santiago (2008), Disponible en línea en http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estad-personas-AM_Un-analisis-de-genero-2006.pdf Consultado el 15 de octubre de 2019

47.- Palomo I, Giacaman RA, León S, Lobos G, Bustamante M, Wehinger S, Tapia JC, Fuentes M, Alarcón M, García F, Albala C, Fuentes E. Arch; Analysis of the characteristics and components for the frailty syndrome in older adults from central Chile. The PIEI-ES study. Gerontol Geriatr. 2019 Jan - Feb;80:70-75. doi: 10.1016/j.archger.2018.10.004. Epub 2018 Oct 18.

48.- Tada, A., & Miura, H. (2017). Association between mastication and cognitive status: a systematic review. Archives of gerontology and geriatrics, 70, 44-53. [May-Jun 2017], Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.12.006>

49.- Okamoto, N., Morikawa, M., Okamoto, K., Habu, N., Iwamoto, J., Tomioka, K., Saeki K., Yanagi M., Amano N. & Kurumatani, N. (2010). Relationship of tooth loss to mild memory impairment and cognitive impairment: findings from the Fujiwara-kyo study. *Behavioral and Brain Functions*, 6(1), 77 [31 de diciembre 2010] Disponible en : <https://doi.org/10.1186/1744-9081-6-77>

50.- Bergdahl, M., Habib, R., Bergdahl, J., Nyberg, L. & Nilsson LG (2007). Natural teeth and cognitive function in humans. *Scandinavian Journal of Psychology* 48(6); 557–65 [diciembre 2007] Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00610.x>

51.- Locker M, Matear D, Stephens M, Jakovic A (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent health* 19(2): 90-7. [jun – 2002] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146588>

52.- Cornejo M, Pérez G, de Lima KC, Casals-Pedro E, Borrell, Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *C.Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Mar 1;18(2):e285-92. Disponible en: <https://doi.org/10.4317/medoral.18280>

53.- León Soraya, Giacaman Rodrigo A. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Dic 10] ; 144(4): 496-502. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000400011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400011>.

54. Berger P, Luckman T, *Construcción de la realidad* (1968), 18ª edición, 2003, cultura libre. Disponible en: <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/09/la-construccic3b3n-social-de-la-realidad-berger-luckmann.pdf>

55. – Trabajar despues de jubilarse, [9 de mayo de 2017] AFP capital, Disponible en: <http://www.mipension.cl/pensiones/trabajar-despues-de-jubilado.aspx>

56.- Minsal, [9 de mayo de 2018], “Programa Nacional adulto mayor”, Disponible en:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=131637&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

57.- “Plan nacional de salud oral” 2017: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-Pública-20_12_2017.pdf

58.-Minsal, “Recomendaciones de higiene bucal y cuidados para personas portadoras de prótesis dentales removibles”, Departamento de Salud Bucal/División de Prevención y Control de Enfermedades/Subsecretaría de Salud Pública/ Ministerio de Salud. Abril 2019

<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/RECOMENDACIONES-DE-HIGIENE-Y-CUIDADOS-PARA-PERSONAS-PORTADORAS-DE-PRÓTESIS-REMOVIBLES-24042019.pdf>

59.- León, Soraya, & Giacaman, Rodrigo A. (2016). Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. *Revista médica de Chile*, 144(4), 496-502. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400011>

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

61.- Mora T. & Herrera, F. (Ed), Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores: ANÁLISIS DE BRECHAS LEGISLATIVAS Y PROPUESTAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CHILE. Santiago. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2018. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/SENAMA_libro_DDHH_final_FINAL.pdf

62.- Patton M. Qualitative research and evaluation meth- ods. 3a. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.

63.- Misrachi Launert, Clara Minna; Espinoza Santander, Iris; Utilidad de las Mediciones de la Calidad de vida relacionada con la salud. Rev Dent Chile. 2005;96(2)28-36. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123542>

64.- Atchison KA, Dolan TA (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 4: 680-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2229624>

65. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 2da ed. 2007, Ediciones Morata: Madrid. p. 56.

66. Íñiguez,L. (Ed.) (1995) Métodos cualitativos en Psicología Social Revista de Psicología Social Aplicada, Vol.5, nº1/2.pag. 5-26.

67.- Locker D, Miller Y . Evaluation of subjective oral health status indicators. J Public Health Dent 1994:167-76 (1994). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.1994.tb01209.x>

68.- Locker D, Slade G (1994). Association between clinical and subjective indicators of oral health in an older adult population. Gerodontology. 11:10814 .[dec -1994]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.1994.tb00116.x>

69.- León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. BMC Oral Health. 2014 Aug 4;14:95.. Disponible en : <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-95>

70.- León S, Bravo-Cavicchioli D, Giacaman RA, Correa-Beltrán G, Albala C. Validation of the Spanish version of the oral health impact profile to assess an association between quality of life and oral health of elderly Chileans.

Gerodontology. 2016 Mar;33(1):97-105. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/ger.12124>

71.- León S, Correa-Beltrán G, De Marchi RJ, Giacaman RA. Ultra-short version of the oral health impact profile in elderly Chileans.

Geriatr Gerontol Int. 2017 Feb;17(2):277-285. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/ggi.12710>

X) ANEXOS

a) Anexo 1. Acta de aprobación del protocolo de investigación

INFORME N°:2016/28

Acta de Aprobación de Proyecto FIOUCH titulado "Aproximación cualitativa a las dimensiones psicosociales afectadas por la mala salud bucal y la falta de acceso a la atención odontológica" Versión 03/2017.

1. Miembros del Comité Ético-Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile participantes en la aprobación del Proyecto:

Dr. Eduardo Fernández Presidente CEC	Sra. Rebeca Galarce Secretaría CEC	Dr. Marco Cornejo Vice Pde. CEC
Dr. Alfredo Molina Miembro permanente CEC	Dr. Mauricio Baeza Miembro permanente CEC	Dra. Weronika Weil Miembro permanente CEC
Dr. Juan Estay Miembro permanente CEC	Sr. Roberto La Rosa Miembro permanente CEC	Dra. Patricia Hernández Miembro alterno CEC
Dr. Ignacio Araya Miembro Alterno CEC		Dra. Viviana Toro Miembro Alterno CEC

2. Fecha de Aprobación: 03/05/2017

Título completo del proyecto: "Aproximación cualitativa a las dimensiones psicosociales afectadas por la mala salud bucal y la falta de acceso a la atención odontológica" Versión 03/2017.

3. Investigador responsable: Dra. Andrea Pizarro

4. Institución Patrocinante: Facultad de Odontología – Universidad de Chile

5. Documentación Revisada:

- Proyecto
- Consentimiento Informado (CI)
- Currículo del investigador responsable y coinvestigadores
- Nómina de los coinvestigadores y colaboradores directos de la investigación.
- Material que se utilizará como por ejemplo: encuestas, métodos de reclutamiento de participantes, material que se entregará a los participantes, entre otros.

b) Anexo 2. Acuerdo de confidencialidad

Yo Nicolás Enrique Luco Román, Rut: 18.465.197-1, por medio del presente documento, me adscribo al acuerdo de confidencialidad relacionado al proyecto FIOUCH “Aproximación cualitativa a las dimensiones psicosociales afectadas por la mala salud bucal y la falta de acceso a la atención odontológica” cuyo N° de folio es 0121/2017. Por medio de este acuerdo se me permitirá el acceso a la base de datos para la tesis “Aproximación cualitativa a las dimensiones psicosociales afectadas por la mala salud bucal y la falta de acceso a la atención odontológica en las personas mayores”. Sin embargo, no se me permitirá entregar nombres de personas ni hospitales, ni datos que puedan permitir la identificación de la persona que hayan entregado su información. Bajo la tutela de los doctores Marco Antonio Cornejo Ovalle y Andrea Viviana Pizarro Cano, junto con la psicóloga doctora María Fernanda Cordero.

Fecha: 14/07/2017

Firma Marco A. Cornejo	Firma Alumno	Firma Andrea V. Pizarro