

## SALUD ORAL Y CONDUCTAS ASOCIADAS EN ADULTOS MAYORES DE BAJOS RECURSOS

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 4, 1997/ 79-86

*Prof. Dra. C. Misrachi L.\*  
Srta. S. Lamadrid A.\*\**

### RESUMEN

El Ministerio de Salud ha determinado crear una modalidad de atención integral específica para los adultos mayores, centrada en el nivel primario. Por ello hay que conocer sus necesidades de salud oral, en especial las protésicas y periodontales por ser las más frecuentes y difíciles de satisfacer. Se utilizó un cuestionario aplicado a una muestra de 228 adultos mayores, 25,9% hombres y 74,1% mujeres, entre 60 y 89 años, provenientes de 7 consultorios del Area Norte de la Región Metropolitana. El 40,8% de la muestra tiene menos de 4 años de estudios. Se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado con  $p < 0,05$ , para las variables independientes sexo, edad y nivel educacional.

El índice periodontal (INTPC) indica que el 16,6% requiere tratamiento periodontal complejo y el 54,3% necesita destartraje y pulido radicular. Sólo 43,0% ha visitado al dentista en los últimos 12 meses. El 50% tiene 7 o menos piezas dentarias en boca, el 25,9% es desdentado total. Un 30,3% carece de prótesis, de este sólo 8,7% desea usarla. Del 67,5% que posee prótesis, hay que rehacer o reparar 53,3%, sólo el 44,2% las mantiene en buen estado de higiene y 91,5% necesita instrucción en higiene oral. La preferencia por alimentos blandos es significativamente mayor en las personas sin prótesis y la necesitan. Se concluye que esta población es muy poco demandante de servicios dentales y es urgente implementar servicios de prótesis, periodoncia y autocuidado de salud oral en la atención primaria específicamente diseñados para adultos mayores, con criterios validados para la selección de pacientes.

### INTRODUCCION

En las últimas décadas Chile ha experimentado un progresivo aumento de la población de adultos mayores, haciendo que el país se sitúe entre aquellos de rápida transición hacia el envejecimiento poblacional. Si bien es cierto que en la actualidad la población chilena vive más años, eso no significa que la calidad de vida de sus adultos

mayores, especialmente aquellos de bajo nivel socioeconómico sea adecuada. Por el contrario, ellos constituyen un grupo especialmente vulnerable, no sólo por sus condiciones físicas, sino también por su menor nivel de instrucción y menores recursos económicos que el resto de la población (1). Ya sea por su previsión social o por indigencia, la mayor parte de este grupo etáreo utiliza los servicios públicos de salud.

\* Profesor Titular y Presidente Comisión Gero-odontología. Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Miembro del Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos, Vicerrectoría Académica y Estudiantil, Universidad de Chile.

\*\* Socióloga. Docente-investigador, área de Ciencias del Comportamiento, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Este trabajo forma parte del Proyecto: Comportamientos en Salud Oral y Factores Determinantes Proyecto N° PRI-OI: 96004, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Desde mediados de la década de los 80, el Ministerio de Salud de Chile ha estado preocupado por abordar los problemas que plantea este segmento de la población. Sin embargo, aún en la actualidad la atención de salud del adulto mayor se incluye en el programa del adulto, en el que no se consideran las especificidades de su problemática social y de salud (2). Sólo en algunos municipios se están llevando a cabo proyectos de salud específicos para este grupo etéreo, los que en su mayoría no incluyen el componente de Salud Oral. Esto último contrasta con una de las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Envejecimiento Poblacional patrocinada por las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud que establece que: "la inadecuada salud e higiene orales son factores importantes de riesgo de envejecimiento prematuro y acelerada discapacidad" (3).

La calidad de vida del adulto mayor se ve influenciada por el estado de su salud bucal. Es indudable que la dentadura es muy importante para la estética facial y para la comunicación oral, influyendo grandemente en la vida de relación y por ende en la autoestima. El envejecimiento de la cavidad bucal hace que con frecuencia se produzcan modificaciones psicológicas por la adaptación a nuevas situaciones como: ausencia parcial o total de piezas dentarias, aceptación de prótesis, modificaciones de los tejidos dentarios, mucosas y glándulas salivales. Estas situaciones deben ser reconocidas por los profesionales de la salud y tomadas en cuenta en el proceso de apoyo para una buena reinserción del anciano a su entorno social (4, 5).

La pérdida de piezas dentarias y las modificaciones de los tejidos duros y blandos conllevan también problemas nutricionales y digestivos. Las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis completas, seleccionan su dieta haciendo peligrar su estado nutricional. La razón principal del cambio en su alimentación es el compromiso en la función sensorial oral. La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol importante en la ingestión de alimentos y en la percepción de distintos fenómenos orales asociados. Las personas con rendimiento masticatorio elevado muestran mayor número de ingestiones diarias, con mejor disposición para ingerir alimentos duros. A medida que las personas pierden sus piezas dentarias y deben utilizar prótesis, disminuyen su eficiencia masticatoria. Además, se ha demostrado que en ancianos tanto dentados como desdentados par-

ciales, los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la percepción de los sabores, la dureza y la textura de los alimentos, haciendo que decrezca el interés por alimentarse. Las diferencias en la frecuencia de ingestión dependen de la integridad del aparato masticatorio (6, 7).

Los cambios en la cavidad oral, además de influir en la frecuencia de la ingestión, influyen en el tipo de alimentos consumidos. La atrofia de la mucosa oral hace a los tejidos más vulnerables a los traumas y presiones durante la masticación, lo que unido a la disminución de su capacidad de regeneración los obliga a la selección de alimentos más blandos. El consumo reducido de alimentos fibrosos produce desórdenes gastrointestinales en ancianos desdentados con baja eficiencia masticatoria. Las prótesis dentales adecuadas han demostrado ser la condición principal para obtener una apropiada nutrición de estos ancianos, además de un factor de prevención de problemas digestivos al permitirles incrementar la alimentación con fibras (8).

La atrofia muscular hace que el anciano requiera de más tiempo de masticación para preparar el bolo alimentario, y la atrofia glandular, producto de los fármacos y de la edad, hace más difícil la preparación del bolo para ser deglutido. Todo ello unido a la falta de dientes impacta en la sociabilidad, haciendo que el adulto mayor seleccione la comida de modo adverso para su salud. El uso de prótesis mejora la dieta, a pesar de que la selección de alimentos puede seguir siendo inadecuada por la disminución en la eficiencia masticatoria en relación al individuo dentado (9).

La salud oral es un condicionante de la ingesta alimentaria y no una causa directa de déficit nutricional. La masticación inadecuada y dieta baja en fibras del anciano desdentado predispone a constipación, obstrucción intestinal aguda e irritación intestinal crónica. Individuos desdentados totales que seleccionan su dieta por este motivo, tienen menor concentración de ácido ascórbico sérico y 12% de hemoglobina menos que los que no lo hacen (10).

En la revisión del nivel de salud oral de los adultos mayores en Latinoamérica, efectuada por Marino (11) destaca el estado crítico de la salud bucal en esta población que exhibe alta prevalencia de pérdida de piezas dentales por caries y de desdentados totales. La revisión revela la escasez de datos relacionados con la salud periodontal y de los tejidos blandos. También se encontró que los sujetos estudiados tendían a percibir su salud bucal en una forma inconsistente con las observa-

ciones clínicas. La mayoría de ellos percibía su salud oral como buena o muy buena, con muy pocos problemas masticatorios. En relación con la utilización de los servicios, la mayoría de los entrevistados indicó que no había asistido al dentista en los 6 meses previos al estudio.

A diferencia de los países desarrollados, en Chile no existe la gero-odontología como especialidad y por ello actualmente en los currículos de pregrado no se enfatizan ni los cambios propios del envejecimiento ni las formas de trato particulares que precisan los adultos mayores para establecer una apropiada comunicación, que influirá tanto en el éxito del tratamiento como en el desarrollo de conductas de autocuidado.

Asimismo, la información disponible sobre el nivel de salud oral y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores es escasa. La mayoría de las investigaciones (12, 13, 14, 15) señalan que la salud oral de este grupo es muy deficiente. En el estudio de Soto *et al.* (1994) en las regiones IV, IX y Metropolitana se encontró que un 35,2% de la muestra era desdentado total, y el resto parcialmente desdentado; sólo 2 de cada 5 era portador de prótesis, y alrededor de 3 de cada 4 de éstas estaban en condiciones regulares o malas. Independientemente del estado de sus aparatos protésicos, el 90,2% utiliza la prótesis superior durante sus comidas y el 82,9% la mandibular. Sin embargo, el 68,3% ingiere habitualmente alimentos de consistencia blanda. La gran mayoría presentaba caries en las piezas remanentes, y su estado periodontal era muy insatisfactorio, observándose movilidad dentaria en más del 50%.

En el trabajo efectuado por Gamonal (1996) en una población de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la Región Metropolitana, se observó que la prevalencia de la enfermedad periodontal en los individuos de 65 a 74 años fue de 100%, presentando mayor severidad los varones de bajo nivel socioeconómico y educacional. Este resultado coincide con estudios efectuados en EE.UU. que señalan que los factores de riesgo asociados a la mayor prevalencia de enfermedad periodontal son la edad, el género, el nivel socioeconómico y el nivel educacional. El autor concluye que existe una dificultad de acceso a la atención dental profesional y ausencia de medidas preventivas y educativas en relación a las enfermedades periodontales, dirigidas a la población adulta.

Los estudios citados por Aránguiz (1994) al igual que el trabajo de Bernal (1985) confirman que el nivel de salud bucal del adulto mayor chileno es preocupante. Este último, realizado en una

muestra de adultos mayores institucionalizados, indica que más del 50% era desdentado total y entre los usuarios de prótesis, alrededor del 40% necesitaba renovarlas y el 35% algún tipo de reparación.

También hay poca información sobre las conductas que los adultos mayores tienen hacia su salud oral y menos aún sobre los conocimientos que manejan y las actitudes, creencias y percepciones que prevalecen al respecto. En relación con las conductas, Gamonal (1996) señala que el 78,5% de los adultos mayores investigados no utilizó ningún tipo de servicio dental durante los doce meses previos al estudio y un 31% no se cepillaba diariamente. En el estudio de Soto (1994) se encontró que sólo un tercio de la muestra tenía una higiene bucal adecuada.

Para que los programas de salud oral dirigidos a los adultos mayores resulten eficientes es necesario no sólo asignar racionalmente los recursos para los tratamientos curativos y de rehabilitación sino que poner especial énfasis en el desarrollo de conductas de autocuidado. La planificación de un programa de esta naturaleza exige conocer tanto el estado de salud oral como las conductas asociadas y los factores que las determinan.

La probabilidad de adopción de una determinada conducta en salud tanto por los individuos como por los grupos y/o las comunidades aumenta mientras mayor sea el cuidado que se haya puesto en la planificación de las intervenciones educativas. El modelo PRECEDE, elaborado por Green (16) para la planificación de programas de educación para la salud, obliga a un exhaustivo análisis de las conductas que influyen en un problema de salud determinado y a identificar y categorizar los factores que influyen en cada una de esas conductas, constituyéndose en una buena guía para analizar cómo los sujetos sociales llegan a desarrollar determinados comportamientos en salud, y establecer los factores sobre los que es posible influir para mejorar la salud de las personas.

Las publicaciones nacionales sobre factores determinantes de conductas en salud oral son escasas. En las existentes se han identificado factores que predisponen, facilitan y refuerzan conductas nocivas para la salud oral en poblaciones tanto adultas como infantiles y adolescentes (17, 18, 19, 20, 21, 22). No se han encontrado trabajos en los que se investiguen estos aspectos en poblaciones de adultos mayores.

A partir de 1997 el Ministerio de Salud ha determinado la urgencia de establecer una modalidad de atención de salud distinta a la otorgada

al adulto joven, dentro de un modelo integral, teniendo su eje central en el nivel primario de atención. A la fecha, los Centros de Atención Primaria no cuentan con un diagnóstico de las necesidades en salud oral percibidas por su población de adultos mayores, así como tampoco de sus necesidades reales de atención, ni de sus conductas en salud oral. Este diagnóstico es indispensable para establecer programas odontológicos para este grupo etáreo, que incluyan acciones tanto clínicas como de educación para la salud oral. Dentro de las necesidades de salud oral las protésicas son las más frecuentes y difíciles de satisfacer. Igual cosa sucede con los tratamientos periodontales cuya necesidad es muy alta y que actualmente, al igual que los tratamientos protésicos, son derivados a la atención secundaria. El propósito de este trabajo es aportar información útil para establecer criterios para la planificación de servicios dentales específicos y eficientes para los adultos mayores en los Consultorios de Atención de Nivel Primario.

## MATERIAL Y METODOS

La muestra estuvo constituida por 228 adultos mayores, autovalentes, 25,9% hombres y 74,1% mujeres, entre 60 y 87 años (\*). Con una edad promedio de 69,4 años, provenientes de programas distintos al dental, de 7 consultorios del Area Norte de la Región Metropolitana. El 40,8% de la muestra tiene menos de 4 años de estudios, de los cuales un 11,8% son analfabetos (a nivel nacional 12% de adultos mayores urbanos son analfabetos), un 19,4% tienen entre 7 a 12 años de estudios y sólo un 1,3% realizó estudios superiores. Se aplicó un cuestionario estructurado de 60 ítems, 14 de los cuales corresponden a examen clínico y necesidades de tratamiento, los restantes a conductas, actitudes y creencias en salud oral. La recolección de información fue realizada por un dentista, una socióloga y alumnos egresados de la carrera de odontología de la Universidad de Chile. En este trabajo se dará cuenta de los resultados obtenidos en 18 de los ítems.

---

(\*) Aunque para Chile el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) define la población de Adulta Mayor como aquella de 65 y más años, en este estudio se considerará la definición de las Naciones Unidas (1982) que recomienda trazar la línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo.

Para el análisis de los datos se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado con  $p < 0,05$  para las variables independientes sexo, edad y escolaridad.

## RESULTADOS

Los resultados muestran que los adultos mayores estudiados tienen un promedio de 9,0 piezas dentarias (3,6 en el maxilar superior y 5,4 en el maxilar inferior) y una mediana de 7,0, lo que indica que hay una gran dispersión en el número de dientes en boca sobre todo en el grupo que tiene entre 15 y 31 dientes. No hay diferencias significativas por nivel educacional; el número de dientes es significativamente mayor en hombres que en mujeres ( $p < 0,006$ ). Controlando por grupos de edad se encuentra que la diferencia por sexo es más significativa para los grupos de 60 a 69 años ( $p < 0,02$ ) y de 70 a 79 años ( $p < 0,0007$ ) que para los mayores de 80 en que la diferencia no es significativa. Más de un cuarto de los examinados (25,9%) es desdentado total y un porcentaje bastante alto de ellos (18,6%) no cuenta con prótesis.

El índice de necesidades terapéuticas periodontales de la comunidad (INTPC) nos indica que en los adultos mayores que conservan piezas dentarias en boca (74,1%) el 16,6% registra código 4 y por ello requiere de tratamiento periodontal complejo que puede incluir cirugía periodontal y/o destartraje profundo bajo anestesia local, más instrucción de higiene oral. El 54,3% registra código 2 ó 3 requiriendo de instrucción en higiene oral, destartraje, pulido radicular y eliminación de desajustes de obturaciones y coronas. El 20,5% registra código 1, necesitando sólo instrucción de higiene oral, no existiendo diferencia significativa por sexo, ni por nivel educacional. De los datos anteriores se desprende que casi la totalidad de la muestra (91,5%) necesita instrucción en higiene oral; no se observan diferencias significativas ni por edad, sexo, ni nivel educacional.

Menos de la mitad de la muestra (43,0%) ha visitado al dentista en los últimos 12 meses. No hay diferencias significativas por sexo ni nivel educacional. Las visitas al dentista son significativamente menores en los mayores de 80 años ( $p < 0,02$ ).

La Tabla N° 1 muestra la situación protésica de los adultos mayores examinados. Un 67,5% posee prótesis. Sin embargo, se observa que casi la mitad de éstas (47,5%) se encuentran en mal estado, hay que rehacer 40% y reparar 7,5%. De

**TABLA N° 1**  
Situación protésica

Portador de prótesis						Necesita y no posee								No necesita	
Buen estado		Mal estado		Total		Desea tener		Le es igual		No desea		Total		Total	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
81	52,5	73	47,4	154	67,5	6	8,6	16	23,2	47	68,1	69	30,3	5	2,2

esta manera un 62,2% de la población estudiada necesita nueva prótesis, ya sea que la tenga o no, o reparar la que ya posee. No existe diferencia significativa entre el porcentaje de prótesis superiores e inferiores que es necesario reparar o repetir. Llama la atención que al consultar al 30,3% que necesita prótesis acerca de su deseo de usarla, sólo el 8,7% respondió afirmativamente. El deseo de usar prótesis es significativamente mayor en las mujeres ( $p < 0,018$ ) y las razones más frecuentes para ambos sexos son mejorar la masticación (45,5%) y la estética (38,9%). No se encuentran diferencias significativas por edad, ni nivel educacional. Los resultados muestran que en el grupo que carece de prótesis el 53,7% necesita juego de parciales, 16,0% juego de totales y 20,4% total superior y parcial inferior, el restante 9,9% necesita parcial superior o inferior o prótesis inferior completa. Sólo un 2,2% de la muestra no requiere prótesis.

Los resultados sobre la frecuencia de uso de prótesis se muestran en el Gráfico N° 1; como era de esperar es mayor el porcentaje que no usa nunca la prótesis inferior que el que no usa la superior. No hay diferencias significativas en el uso de la prótesis superior e inferior.

Las respuestas a la consulta respecto a si el uso de la prótesis le provoca dolor aparecen en el Gráfico N° 2. Se observa que el porcentaje que no sufre dolor con la prótesis superior es 20% mayor que el de los que usan prótesis inferior. Al comparar los Gráficos N°s. 2 y 3 se puede observar que hay un 1% que usa la prótesis inferior a veces o siempre aunque le provoque dolor permanente y un 24,5% que la usa siempre aunque a veces le duela. El porcentaje de adultos mayores que no usa la prótesis superior coincide con el que manifiesta que su uso siempre le provoca dolor. Un 12,6% usa siempre la prótesis superior aunque a veces le provoque dolor.

Del Gráfico N° 3 se desprende que los entrevistados se sienten significativamente más cómodos usando las prótesis que sin ellas; no hay diferencias significativas entre la superior y la inferior.

El análisis de los datos que se muestran en el Gráfico N° 4 señala que la preferencia por alimentos blandos es significativamente mayor en las personas que necesitan prótesis y no la tienen, que en aquellos que son portadores de prótesis o que no la necesitan ( $p < 0,014$ ).

Respecto al estado de higiene de la prótesis sólo el 44,5% de los portadores de prótesis la mantiene en un buen estado de higiene, no hay diferencias significativas por sexo, edad o escolaridad.

**GRAFICO N° 1**  
Frecuencia uso de prótesis

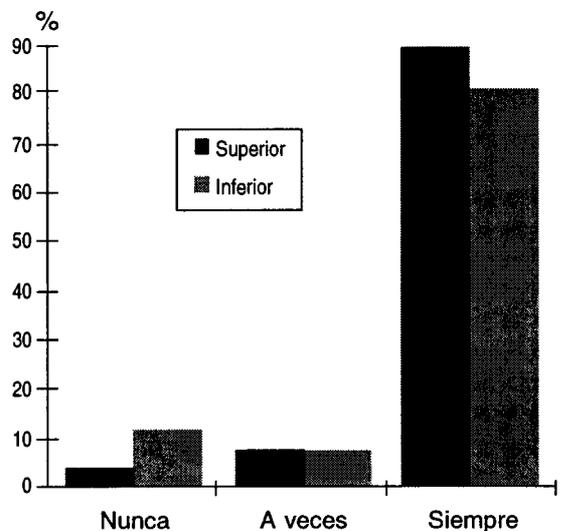


GRAFICO N° 2  
Dolor por uso de prótesis

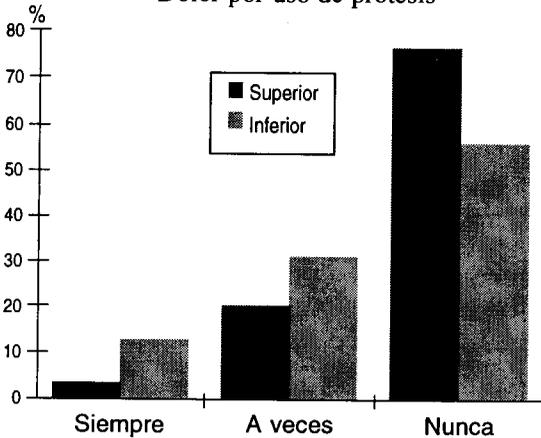


GRAFICO N° 3  
Sensación de confort en relación al uso de prótesis

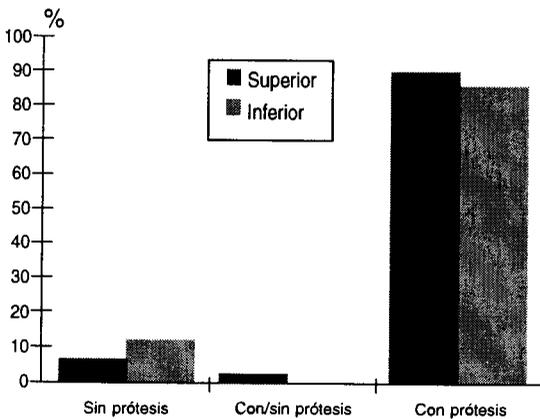
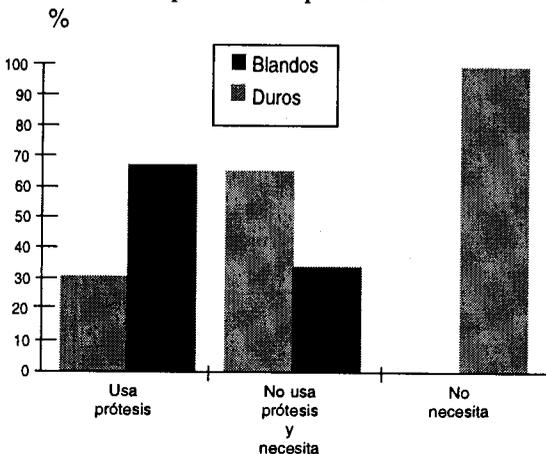


GRAFICO N° 4  
Selección de alimentos de acuerdo a ser o no portador de prótesis



DISCUSION

De los resultados se desprende que el nivel de salud oral de la población de adultos mayores examinada dista mucho de ser adecuado. Si se comparan los datos obtenidos por Soto y cols. (1994) se puede observar que el porcentaje de desdentados totales de nuestra muestra es menor (25,9% vs. 35,2%); sin embargo el porcentaje de personas con sólo 8 piezas en boca o menos en dicho estudio es de 36,8, mientras que en nuestra muestra el mismo grupo representa un 54,6%. Llama la atención que el número de dientes en boca sea significativamente mayor en los hombres que en las mujeres en los grupos de menores de 80 años. Este dato podría relacionarse, entre otras, con las creencias populares de que "cada embarazo cuesta un diente" y que "los dientes duran a lo más hasta la quinta década de la vida", resultados de investigación realizada en mujeres por Misrachi y Sáez, 1989. Es interesante seguir explorando en los factores sociales y culturales relacionados con esta diferencia, como por ejemplo, si estas creencias producen una actitud negativa hacia el cuidado de la salud oral que se traduce en la pérdida más temprana de piezas dentarias en las mujeres, o una posible mayor frecuencia de ingesta de carbohidratos en la dieta femenina.

En el estudio de Soto, el 40% era portador de prótesis y tres cuartos de ellas estaban en condiciones regulares o malas; en nuestra muestra un 67,5% es portador de prótesis y el 47,4% está en mal estado. En la muestra de Soto, el 68,3% ingiere habitualmente alimentos de consistencia blanda, mientras que en nuestro grupo el porcentaje que elige alimentos blandos es de 38,2%, en consonancia con el hecho de que hay mayor proporción de portadores de prótesis y que una mayor proporción de éstas están en buen estado. Estas mejores condiciones relativas de nuestra muestra podrían explicarse por tratarse de personas de la Región Metropolitana exclusivamente, donde hay mayor acceso a la atención dental.

En relación a la prevalencia de la enfermedad periodontal, el estudio de Gamonal señala que ésta es de un 100%, presentando mayor severidad en los varones de bajo nivel socioeconómico y educacional. En nuestro caso, obtuvimos un 91,4% de prevalencia sin diferencias significativas por sexo ni por nivel educacional. Respecto al uso de servicios dentales, Gamonal señala que un 78,5% de los adultos mayores no usó ningún tipo de servicio dental en los últimos 12 meses, en nuestra muestra, el 57% no ha asistido al dentista en el mismo período.

Los índices INTPC encontrados muestran la urgente necesidad de implementar la atención de periodoncia en la atención primaria para los grados 1, 2 y 3 de INTPC, que son perfectamente posibles de ser manejados por el odontólogo general, dejando sólo los tratamientos complejos para la atención secundaria a la que actualmente se deriva la mayor parte de los tratamientos de periodoncia. Para ello debiera dotarse a los consultorios de instrumental básico apropiado para tratamiento periodontal, el que actualmente es muy precario o inexistente en gran parte de estos centros de salud.

En relación a necesidades protésicas se observa que los adultos mayores de bajo nivel socioeconómico están lejos de tenerlas satisfechas; un tercio no tiene prótesis, necesítandolas y alrededor de la mitad de las prótesis en uso necesitan reharerse o repararse.

Marino señala en su revisión del nivel de salud oral de adultos mayores en Latinoamérica que éstos perciben su salud oral como buena, en otras palabras, no son demandantes activos de servicios de salud oral. En nuestra muestra se observan características similares, mostrando ser muy poco demandantes en relación a sus necesidades de salud oral y escasa cultura odontológica. Esto se refleja en el limitado número de adultos mayores que necesitando prótesis desea tenerla (8,7%) y en que, aunque alrededor de la mitad de las prótesis que poseen están en malas condiciones, un porcentaje alto las continúa utilizando. Sólo aquellas personas que sufren dolor constante con la prótesis dejan de usarla, situación que como era esperable es significativamente más frecuente en los portadores de prótesis inferior.

El desinterés hacia el uso de prótesis por aquellos que no la poseen puede ser atribuido a la percepción de barreras que se antepone a su posibilidad de obtenerlas: costo y acceso a los servicios. Asimismo, se puede deber a la influencia de factores culturales por los cuales la prótesis no es percibida como necesaria para la salud física, mental ni social. Llama la atención que la edad no influya significativamente en el deseo de acceder a una prótesis pero sí la condición de ser mujer.

La necesidad de instrucción en higiene oral es general en el grupo estudiado; esto se podría explicar por su edad ya que los programas de educación para la salud oral se iniciaron en Chile sólo alrededor de 30 años atrás y hasta la actualidad están centrados en los escolares. Además, trabajos de investigación de Misrachi y col. (1989, 1990, 1992, 1995, 1996) muestran que en grupos de bajo

nivel socioeconómico los conocimientos en salud oral son escasos y persisten creencias y actitudes que indican una muy limitada valoración de la dentadura.

Los dos tercios de la población estudiada que requieren de servicios protésicos representan una demanda que el servicio es incapaz de absorber en el corto o mediano plazo, ya que los servicios protésicos están definidos para la atención secundaria y no existe un programa odontológico sólo para adultos mayores, los que están incluidos en el programa del adulto. Habría que implementar programas protésicos en la atención de nivel primario definiendo previamente los criterios para la derivación a los especialistas de nivel secundario, de otro modo los adultos mayores nunca podrán acceder a los servicios.

Se concluye que si se desea contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores es urgente implementar específicamente para ellos servicios de prótesis y de periodoncia en la Atención Primaria con pautas de selección de pacientes validadas y un programa educativo de autocuidado de la salud oral. Se debe hacer hincapié en la especificidad de estos programas, en primer lugar porque las condiciones de vulnerabilidad de esta población le hace imposible competir por servicios con el resto de la población adulta y en segundo lugar porque las formas de comunicación con los adultos mayores son diferentes a las de los otros grupos etáreos.

## REFERENCIAS

1. Escobar, C., Salinas, I. Diagnóstico situación de los adultos mayores en Chile. En: Vejez y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos Demográficos. (F. Lolas edit.). Programa Interdisciplinario de estudios gerontológicos. Vicerrectoría Académica y Estudiantil, Universidad de Chile, 1996; págs. 51-85.
2. Misrachi, C., Hiotti, J., Cabargas, J., Soto R. La Salud Oral y el Adulto Mayor: desafíos para la odontología. Revista de la Facultad de Odontología, 1995; 13 (1): 9-15.
3. Shuman, T. *et al.* Population Aging: International Perspectives. University Center on Aging, College of Health and Human Services. San Diego, CA, 1993.
4. Montaldo, M. Patología Oral y Maxilofacial. En: Tratado de Geriátría y Asistencia Geriátrica. Salvat Editores S.A., Barcelona. 1986; págs. 451-463.
5. FAO. Los carbohidratos en la nutrición humana. Informe conjunto FAO/OMS. Estudio FAO: Alimentación y Nutrición. Roma. 1980; págs. 62-66.

6. Chaucey H.H. The effect of the loss teeth on diet and nutrition. *Int. Dent. J.* 1984; 34; 98-104.
7. Wayler A. H. Impact of complete dentures and impaired natural dentition on masticatory performance and food choice in healthy aging men. *The Journal of Prosthetic Dentistry*; 1983, 49 (3): 427-433.
8. Brodeur J. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J. Prosthet Dent.* 1993; 70: 468-73.
9. Knapp A. Nutrition and Oral Health in the elderly. *Geriatric Dentistry. Dental Clin. of North Am.* 1989; 33 (1): 109-125.
10. Bates J. F. Efecto de la dieta y cambios nutricionales. En: *Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. Manual Moderno*, 1984; págs. 25-39.
11. Marino, R. Oral Health of the Elderly: reality, myth and perspectives. [Review] *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1994; 28 (3): 202-210.
12. Soto, R. *et al.* Estado de salud bucal y nutricional de adultos mayores. *Geriatrka.* 1994; 2: 35-38.
13. Gamonal, J. Prevalencia de Enfermedades Periodontales y de Caries Dental en la población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento. Tesis para postular al Grado de Magíster en Ciencias Odontológicas. Facultad de Odontología Universidad de Chile, 1996.
14. Aránguiz, V. Prevención y Cuidados de la Salud Bucal En: *Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor, enfoque interdisciplinario.* (Marín P. Ed.). Vicerrec-toría Académica, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1994, págs 239-254.
15. Bernal, A. Estudio Descriptivo del Estado de Salud Oral y Necesidades de Tratamiento en un Grupo de Senescentes. Trabajo de investigación para optar al título de cirujano dentista. Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 1985.
16. Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G. & Patridge, K.B. *Health Education Planning: a diagnostic Approach.* Mayfield Publishing CO. Palo Alto, CA. 1980.
17. Misrachi, C., Sáez, M. Valores, Creencias y Prácticas populares en relación a la salud oral. *Cuad. Méd. Soc.* 1989; XXX(2): 27-33.
18. Misrachi, C., Sáez, M. Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbano marginales. *Enfoques en Atención Primaria.* 1990; 5(1): 13-19.
19. Misrachi, C., Sapag, R. Factores predisponentes y facilitadores de las conductas de salud oral en niños de 6 a 8 años. *Cuad. Méd. Sociales*, 1992; 33 (4): 43-51.
20. Misrachi, C., Arellano, M. "Conductas y Factores Determinantes en Salud Oral de los Adolescentes". *Revista Chilena de Pediatría*, 1995; 66 (6): 317-322.
21. Misrachi, C., Sáez, M. "Comportamientos de búsqueda de salud oral: factores determinantes, en poblaciones urbano marginales". *Revista Odontología Chilena*, 1995; 43 (1): 7-13.
22. Misrachi, C., Arellano, M. "Adolescentes: factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de conductas en salud oral". *Revista Odontología Chilena*, 1996; 44 (1): 23-29.