

PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL GRUPO *AMOR Y ALEGRÍA*, DE LAGUNA DE ALFARO RUIZ

*Melania Villalobos Rodríguez**

Resumen: El objetivo principal de este trabajo fue medir los beneficios en la salud oral de un grupo de 21 mujeres adultas mayores vecinas de Laguna de Zarcerro, en respuesta a su participación en la conformación de un programa orientado a promover la salud oral y a prevenir las enfermedades dentales más frecuentes. Las señoras son miembros del grupo “Amor y Alegría” perteneciente a la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO). Con fines motivadores, se usaron principios andragógicos los cuales incentivaran cambios en las prácticas higiénicas empleadas tradicionalmente por las voluntarias; además, se les documentó sobre la relación entre la salud oral y la salud general. Al final del proceso, se observó un mejoramiento considerable en las prácticas de higiene oral y en la atención de las prótesis dentales. El programa fue exitoso al lograr que las pacientes reconocieran la importancia de la masticación y del flujo salival al consumir alimentos y su relación con la autoestima y percatarse de las implicaciones que tiene la cavidad bucal en el proceso de comunicación y en la expresión facial.

Palabras claves: salud bucodental, personas adultas mayores, promoción de la salud, enfermedades bucodentales en la persona adulta mayor, proceso de aprendizaje en personas adultas mayores.

Abstract: The results of an educational program on oral health conducted with a group of 21 elderly women from Laguna, Zarcerro, Costa Rica to fulfill the requirements of a Magister Degree Program in Gerontology at the University of Costa Rica, are summarized. The main objective of the study was to evaluate the benefits on the oral health of the group of volunteers in response to their participation in an interactive program aimed to promote oral health and to prevent the most common dental problems. The volunteers are members of the group “Amor y Alegría” (Love and Joy) which is part of the Asociación Gerontológica Costarricense (Costa Rican Association of Gerontology). The group belongs to the mid socio-economic class with an adequate physical and cognitive condition to participate in the process. Andragogic principles were used to motivate changes in the traditional hygienic practices used by the participants. The group was also well documented on the tight relationship between oral and general health. A considerable improvement on oral health practices as well as on the attention of dental prosthesis was observed at the end of the process. Patients recognized the relevance of proper mastication and salivary flux at the time of food consumption and its relation with self-esteem and became aware of the implications of the oral cavity in the communication process as well as on the facial expression. Predominant problems in the oral health of the participants were associated with the use of prosthesis, with periodontal aspects and with the traditional hygienic practices used and with the ignorance of options to treat

* Correo electrónico: melavillalobos@costarricense.cr

any specific pathology. It is worth mentioning that the majority of the patients considered teeth deterioration or lost of dental pieces as a normal consequence of aging. The results of this study show the relevance of implementing educational programs on oral health in elderly groups of the country.

Keywords: bucodental health, elderly people, health promotion, bucodental illnesses in the older persons, learning process in older persons.

INTRODUCCIÓN

Todas las personas, sin distingo de edad, tienen diversas necesidades en su cavidad bucal, tanto de índole funcional, para que les permita realizar funciones básicas de masticación, así como de estética, la cual les hace sentirse mejor para desarrollarse socialmente y consigo mismas. Debe tomarse en cuenta que, en una sociedad en donde la preocupación por la estética, por lo general, está relacionada solo con las personas jóvenes, no debe desligarse la posibilidad de que las personas adultas mayores también se interesen por esta, principalmente porque son parte de una comunidad.

Asimismo, como seres humanos, este grupo poblacional necesita involucrarse en actividades de índole social, por tanto, la capacidad fonética, la expresión del rostro y la sonrisa son dados por una adecuada salud bucodental, ya sea que usen prótesis, implantes, restauraciones u otros, que les ayuden en el proceso de comunicación y de masticación.

En relación con lo anterior, Petersen & Yamamoto (2005: p. 81) refieren que el edentulismo (pérdida total o parcial de las piezas dentales) es también una muestra en forma independiente de factor de riesgo en la pérdida de peso, adicionado a los problemas de masticación que, además, en las personas adultas mayores trae consecuencias sociales inmediatas relacionadas con la comunicación. Asimismo, una pobre salud oral y salud general se

interrelacionan primariamente por factores de riesgo en común, por ejemplo, la enfermedad periodontal severa asociada con: diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón y enfermedades crónicas respiratorias.

Por lo antes mencionado, es relevante mejorar en ellos y ellas la salud bucodental y lograr que la consideren fundamental para su desarrollo social, emocional y, por supuesto, como fuente de bienestar físico.

Con el programa educativo de salud bucodental para personas adultas mayores, se le da un aporte a la Gerontología a partir de la Odontología, en una zona rural donde se ubica el grupo seleccionado; este programa, a su vez, se hace poniendo en práctica la metodología andragógica, por medio de la cual, tanto las personas adultas mayores como la investigadora, pueden desarrollar técnicas que facilitan la interacción y mejoran la condición bucodental presente en ellos y ellas para lograr, de esta manera, que adquieran conocimientos para su autocuidado bucal, usando, al mismo tiempo, procedimientos odontológicos adaptados a la población adulta mayor asociados, básicamente, con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Este programa abarcó un período que correspondió a un año de trabajo conjunto –las personas adultas mayores participantes y la investigadora a cargo de la investigación–, el cual inició en octubre del 2006 y finalizó en septiembre del 2007.

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un programa educativo de salud bucodental dirigido a las personas adultas mayores del grupo *Amor y Alegría*, de Laguna de Alfaró Ruiz, con el fin de mejorar su condición de salud y su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principales problemas bucodentales que aquejan a las personas adultas mayores del grupo.
- Integrar, en conjunto con las personas adultas mayores participantes, los componentes de un programa educativo de salud bucodental.
- Implementar el programa educativo de salud oral en conjunto con el grupo.
- Evaluar, conjuntamente con el grupo, los resultados del desarrollo del programa educativo de salud bucodental.

MARCO TEÓRICO

Es importante señalar que los conceptos que se manejan y dan sustento a las bases teóricas del programa educativo sirven para motivar no solo a las personas adultas mayores participantes acerca de la importancia de la atención primaria en salud sino, también, a profesionales en Odontología quienes se preocupan por la atención o el tratamiento de este grupo etario, dado que se requiere de un enfoque diferente debido a que los cambios producidos por el proceso de envejecimiento, también afectan los diferentes servicios de salud que se prestan, incluido el estomatológico. Por ello, el programa abarca, como parte de su conceptualización teórica, temas tan relevantes como la educación para personas adultas (andragogía), la promoción de la salud, la interrelación entre enfermedades

de origen bucodental *versus* patologías crónicas, el proceso de envejecimiento y su relación con la cavidad bucal, entre otros.

Entre los conceptos más importantes, cabe rescatar los relacionados con los cambios físicos de la boca propios del proceso de envejecimiento; por ejemplo, Carranza (1998: 56) considera que en la cavidad oral se pueden observar muchos cambios pero es difícil determinar qué tanto contribuye el envejecimiento fisiológico a la situación total; sin embargo, la recesión gingival, la atrición dental y la reducción de la altura ósea en la persona adulta mayor son producto de la enfermedad y de los factores del ambiente bucal, no del envejecimiento en sí.

Por otra parte, las enfermedades bucodentales han dejado de ser vistas solo como un problema aislado (de la boca) dado que se ha encontrado una interrelación importante entre la salud general y la salud bucodental, tema que toma mayor importancia dada la transición demográfica en la cual la proporción de gerontes crece más que los otros grupos etarios y dado que, en dicha población, hay una mayor incidencia de enfermedades crónicas, las cuales se ven afectadas, a su vez, por la presencia de patologías bucales frecuentes en las personas adultas mayores.

Con respecto a lo anterior, Hiroshi, Petersen & Kandelman (2005: p. 33) mencionan que *“este tremendo proceso de cambio involucra la planificación de políticas de salud y sociales, particularmente porque las enfermedades también se modifican con los cambios demográficos”*.

Las enfermedades crónicas tales como: padecimientos cardiovasculares, hipertensión, cáncer y diabetes son especialmente prevalentes en personas adultas mayores y pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida. Asimismo, la carga de enfermedades orales es elevada en este

grupo etario. Globalmente, una pobre salud bucodental en gerontes, en primer lugar, se relaciona con niveles altos de pérdida dental, caries, prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía o boca seca y precáncer o cáncer oral, condiciones que tienen una alta incidencia en la calidad de vida.

Varias de estas condiciones orales están asociadas, a su vez, con enfermedades crónicas y el enlace entre la salud bucodental y la salud general con respecto a la calidad de vida es importante en la adultez mayor. Esto puede observarse, de forma resumida, en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Relación de la salud general con la salud bucodental:
condiciones más comunes

Salud general	Salud oral
Enfermedades mentales, incluyendo mal de Parkinson y demencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Altos índices de caries. • Pérdida dental. • Enfermedad periodontal. • Dificultades masticatorias. • Pobre función de prótesis dentales.
Xerostomía relacionada con enfermedades sistémicas, radiación de cabeza y cuello y uso múltiple o regular de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Caries dental. • Gingivitis (sangrado gingival). • Poca o reducida la habilidad para mantener la salud oral. • Disminución en la capacidad masticatoria, deglución y habla.
Nutrición inadecuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad periodontal. • Pérdida dental. • Pobre higiene oral. • Función masticatoria. • Percepción del sabor. • Sequedad de boca. • Dolor oral. • Cáncer oral.
Pérdida de peso.	Edentulismo.
Enfermedades respiratorias: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar crónica obstructiva. • Neumonía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobre higiene oral. • Enfermedad periodontal. • Deglución afectada.
Enfermedades cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad coronaria. • Infarto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida dental. • Enfermedad periodontal severa (pérdida ósea, bolsas periodontales profundas).
Diabetes mellitus tipo 1 y 2.	• Enfermedad periodontal severa.
Disminución de la capacidad visual.	<ul style="list-style-type: none"> • Caries dental. • Sangrado gingival. • Dificultad para mantener una adecuada higiene oral.

Fuente: Report of a meeting convened at the WHO Center for Health Development, in Kobe Japan, 1-3 junio 2005.

Es importante tomar medidas que logren atenuar las posibles complicaciones bucodentales o de salud general de las personas adultas mayores que, como se muestra en el cuadro anterior, en muchos casos, estas patologías son concomitantes y una de las medidas es implementar estrategias de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

En el caso de la promoción de la salud, Petersen (2003: p. 15) en su presentación del World Oral Health Report del 2003 menciona el posible riesgo de desarrollar enfermedades orales debido a ciertos factores socioculturales como lo son: bajo nivel educativo, pobreza o condicionantes culturales que puedan dar soporte a la salud bucodental, además de los factores ambientales, representados por comunidades con inapropiada exposición al flúor, ausencia de agua potable o facilidades sanitarias, por lo que el modelo que propone esta estrategia de promoción enfatiza en el rol de intermediario, modificando conductas riesgosas e implementando prácticas de higiene bucodental para que, de esta manera, se tenga un impacto en la calidad de vida de las personas.

Dado lo anterior, se requieren diferentes abordajes en cuanto a acciones de salud bucodental y no se pueden esperar mejoras si las intervenciones llevan como meta específicamente las conductas; será más efectiva si se combinan acciones políticas e individuales complementadas con promoción de estilos de vida saludables. Murillo & col. (2005: p. 20) con respecto a la promoción de la salud en personas adultas mayores mencionan que:

“se debe tomar en cuenta el nivel emocional de éstas(os), ya que al ser reprimidos(as) y aisladas(os) por la sociedad provoca en ellas(os) actitu-

des negativas hacia sí mismos(as) y hacia lo que podrían hacer, por lo que para lograr la participación activa de las personas adultas mayores en la promoción y prevención de la salud, es necesario atacar los estereotipos, creencias y sentimientos de ellos(as) y de la comunidad, proponiendo acciones sólidas para que sean aceptadas, transmitidas y perpetuadas. De esta forma se puede lograr un cambio de actitud positivo hacia el concepto de salud y enfermedad, como también sobre el envejecimiento”.

Por consiguiente, la promoción de la salud cumple un papel fundamental, tal y como lo mencionan Granados & Quesada (2005: p. 55), ya que la definen como una acción educativa formal e informal que debe estar presente desde la niñez hasta la vejez, la cual permite al individuo sensibilizarse ante su propio proceso de envejecimiento, adquirir y profundizar conocimientos e información útil, así como integrar hábitos, habilidades y destrezas para su autodesarrollo y autocuidado.

Rodríguez (2006: p. 2) menciona que la promoción de la salud busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar y el fortalecimiento de la capacidad de la población para verificar, acrecentar y mejorar su salud. Asimismo, se aboca a identificar los factores de riesgo que favorecen la inequidad, proponer acciones para aliviar sus efectos, alcanzar bienestar y hacer que las instituciones de salud actúen como agentes de cambio de conductas y actitudes de la población. La promoción de la salud tiene tres grandes objetivos: el impulso y aliento de estilos de vida saludables, el fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más accesibles y

eficientes, así como mejorar la calidad y la creación de ambientes saludables.

En el caso de la adultez mayor, no se puede dejar de lado que, para observar cambios con respecto a estilos de vida saludable, el proceso de aprendizaje en esta población es diferente y determina, en gran parte, el éxito de programas destinados a mejorar su calidad de vida. Es, por esta razón, que también se toma en cuenta la andragogía para modificar conductas o para reforzar aquellas prácticas que les facilite la realización de las actividades cotidianas, ya que, según Solano (1995: p. 11), se parte de la experiencia acumulada y se consideran, a su vez, las diferencias individuales: “*se fundamenta en enriquecer y perfeccionar las experiencias, habilidades y destrezas adquiridas, donde esta experiencia representa el producto resultante de vivir, confrontar situaciones y de practicar conocimientos teóricos*”.

Esta misma autora refiere que este proceso andragógico no se basa en depositar conocimiento sino en desarrollar el pensamiento y la creatividad de la persona, utilizando métodos participativos en donde se enfatiza en el proceso orientación-aprendizaje, el cual conduce a enriquecer los conocimientos culturales, profesionales o sociales de las personas adultas.

III. METODOLOGÍA

Este programa se llevó a cabo utilizando la metodología cualitativa, la cual pretende dar cuentas de significados, actividades, acciones e interacciones cotidianas de distintos sujetos, observados estos en un contexto específico o en un ámbito de dicho contexto. En este tipo de investigación se sigue un proceso inductivo en el cual hay una serie de implicaciones para realizar la sistematización y el análisis de los datos

recabados. Se usa el método de investigación-acción como tipo de estudio, el cual se centra en la resolución de problemas en el nivel metodológico, con los pasos habituales de la investigación clásica. Según Denman (2002: p. 58):

“en abstracto, los datos cualitativos se refieren a la esencia de personas, objetos y situaciones, esencialmente una experiencia al bruto es transformada en palabras y compilada en un texto prolongado, así mismo parte de esta experiencia puede ser capturada en imágenes quietas o animadas, las cuales también implican la conversión a la vinculación con palabras”.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Número de personas: en total, el grupo participante estuvo compuesto por 21 personas adultas mayores inscritas; sin embargo, en promedio llegaron a las sesiones entre 14 y 16, según datos de la coordinadora.

Sexo: entre el grupo, solo hubo un hombre inscrito, quien no llegó a las reuniones, por lo tanto, la totalidad de participantes fue de sexo femenino.

Edades: la población se ubicó en un rango entre los 60 y los 90 años.

Características sociodemográficas: en este grupo, la población adulta mayor participante pertenecía a una zona rural y el estatus económico de la mayoría era de clase media, y clase media baja la menor cantidad.

Características generales del grupo Amor y Alegría: este grupo fue fundado el 7 de febrero del 2002 e, inicialmente, estuvo integrado por 23 personas adultas mayores. Se encuentra entrelazado a la red de la provincia de Alajuela, que integra 7 clubes de

la Asociación Gerontológica Costarricense, denominados “Clubes por la calidad de vida de las personas mayores”.

Particularmente, a este grupo le gusta tener presencia en el pueblo: colabora en turnos, en aseo de las vías peatonales, en arreglo de jardines de los alrededores del lugar, en mejorar el estado de la gruta de la iglesia, entre otras acciones.

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En una primera parte, tomando en cuenta que ya se entablaba cierto grado de confianza con las participantes, con visitas previas, se identificaron las principales necesidades en cuanto a salud bucodental que aquejaban a las personas adultas mayores del grupo *Amor y Alegría*.

Para cumplir con esta primera etapa, se utilizaron diferentes técnicas, las cuales incluyeron:

- Un grupo nominal, con la idea de que las personas participantes pudieran, de manera individual, expresar por escrito sus vacíos con respecto a temas de salud oral.
- Una lluvia de ideas, para que señalaran, por orden de sus prioridades, los distintos padecimientos o las condiciones orales que les preocupaban.
- Charlas interactivas, con preguntas y respuestas que permitían adquirir más confianza entre la investigadora y las personas participantes, con el fin de que lograran expresar abiertamente las inquietudes con respecto a los distintos temas que se querían desarrollar.

La segunda parte incluyó la conformación del programa educativo de salud bucodental; en este punto, se requirió de

la participación activa y responsable de las personas adultas mayores pertenecientes al grupo. Para ello, se usaron técnicas andragógicas adaptadas a la enseñanza de técnicas dentales para mantener una adecuada salud oral y se consideró, a su vez, los aportes que las participantes hacían. Las actividades se llevaron a cabo con charlas, videoforos, dinámicas, entre otras, y, para registrar la información, se grabó la mayoría de las sesiones y, además, se llevó una bitácora en la cual la investigadora tomó nota de aspectos importantes que llamaron su atención; asimismo, quedaron, como parte de ese registro, las notas que escribieron las participantes cuando así se requiera, esto en el transcurso de las tres etapas.

La tercera parte correspondió a la evaluación de cada unidad desarrollada y del programa en general, con el fin dar una devolución, por parte de las participantes, de que lo aprendido fue realmente interiorizado y, de esta forma, poder observar cambios positivos. La evaluación, además, permitió la retroalimentación de los temas por medio de comentarios, preguntas, dinámicas, cuestionarios, con las cuales, a su vez, se verificaba si el objetivo final del proyecto llegó a cumplirse.

Finalmente, la sistematización de la información recolectada en todas las fases del programa, se llevó a cabo según lo propuesto por Jara (1994: p. 22), a saber: *“es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su orden y reconstrucción descubre la lógica del proceso vivido, los factores que intervienen y por qué”*.

IV. RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

De acuerdo con el orden descrito de las tres fases del programa, se determinó que este se desarrollaría en siete

unidades debidamente estructuradas, las cuales constan de su respectivo diseño instruccional. Cada unidad contiene un objetivo y una evaluación final, por tanto, luego de que se implementaba alguna, se hacía un análisis individual de las unidades y, por ende, del proceso grupal de cada sesión. A continuación, se muestran algunos de los datos recabados en relación con el tema desarrollado:

- Higiene bucodental. Cuidados generales.

A lo largo de la sesión, la facilitadora estimulaba a las participantes para que conversaran acerca de las creencias que ellas tienen sobre los cuidados bucodentales, o bien, acerca de lo que llegaron a observar a lo largo de su vida como técnicas de higiene oral:

...yo me acuerdo que me mandaban al dentista y solo me sacaba los dientes, a uno no le explicaban nada, no había otro tratamiento, ahora sí...MRC, 68 años.

...antes uno no se lavaba con pasta ni cepillo, porque no existía o no sé, pero yo me acuerdo que mamá nos decía que nos pasáramos un pedazo de carbón de la cocina de leña, y con eso era con lo que me los limpiaba. AV, 70 años.

Después de este comentario, surgió una serie de técnicas que ellas, en su juventud, usaron, tales como: palillos de guayaba redondeados, hojas de aguacate porque ayudaban a proteger las encías, sábila y leche de targuá para la piorrea, lo cual evidencia, no solo cómo antes se aseaban la cavidad bucal sino, además, las prácticas constantes de extracciones dentales, ya fuera por desconocimiento, consejo de sus

padres o de familiares cercanos e, incluso, como parte de casi el único tratamiento usado por parte de los dentistas de décadas pasadas.

- Prótesis dentales: opciones y cuidados.

El desarrollo de esta unidad comenzó con la proyección de un vídeo, el cual describe, en parte, los cuidados adecuados de las prótesis dentales y, posteriormente, se les preguntó acerca de la higiene de sus prótesis, así como de si estas las utilizaban al dormir, a lo que respondieron:

...yo me la dejo, porque me siento rara sin ella. ALR, 71 años.

...solo me quito la de abajo (prótesis inferior); la otra sí me la dejo puesta. NRM, 65 años.

En general, solo una de las presentes dijo quitarse las prótesis para dormir, el resto no lo hace. Seguidamente, se les preguntó: ¿con qué lavan las prótesis?, a lo que respondieron:

...yo uso el jabón azul (de barra) para lavarlas. MCCH, 80 años.

...a mí me gusta usar primero jabón y después bicarbonato. CQR, 91 años.

Solo las dos señoras antes mencionadas tienen técnicas diferentes al resto, quienes respondieron usar pasta de dientes y cepillo dental para lavarlas; esto indica la falta de conocimiento sobre formas adecuadas para la higiene de aparatología protésica, por lo que se les proyectó el vídeo, el cual contiene información que aclara mejor este punto.

- Prótesis dentales –II parte– e Importancia de la nutrición en personas adultas mayores.

Se inició con un videoforo y se les interrogó a las participantes acerca de las dificultades que ellas tienen cuando comen y si son usuarias de prótesis dentales parciales o totales:

...cuando como cosas duras como las semillas de guayaba, porque se me aflojan las prótesis y me lastiman. MRC, 68 años.

...sí, a uno le lastima la encía porque la “plancha” se levanta más de un lado con las cosas duras. ALR, 71 años.

Pese a las respuestas, ninguna de las participantes relacionó la dificultad para comer ciertos alimentos con el desgaste dental, ya sea de los dientes naturales o de las prótesis, lo que hizo que la investigadora explicara que no solo se dificulta el consumo de alimentos de consistencia dura por la posible movilidad de los aparatos protésicos sino, también, producto del desajuste de estos y del desgaste de la superficie masticatoria, principalmente si continúan usando prótesis que tienen muchos años.

Para continuar y entrar de lleno al tema de nutrición, se hizo mención de algunos otros alimentos que a las participantes les llamaba la atención preguntar, especialmente acerca de sus beneficios o sus contraindicaciones, como son: el huevo, el aguacate, las carnes y otros. En la medida de lo posible, se aclararon sus dudas y las razones por las cuales se tienen algunas ideas erróneas con respecto a esos alimentos, así como a las cantidades adecuadas, sus aportes en la dieta tanto de proteína,

grasa, colesterol y las maneras más adecuadas de cocinarlos. Por otra parte, se les mencionó que el envejecimiento no implica tener que cambiar drásticamente su alimentación, a menos de que sea necesario por indicaciones médicas o nutricionales. En relación con este aspecto, Sedó refiere lo siguiente:

“Entre las actividades del quehacer humano que más se someten a cambios drásticos, a veces innecesarios, se encuentra la alimentación. Con frecuencia se obvia la repercusión negativa que ellos pueden tener en la Calidad de Vida, al olvidar que el acto de alimentarse va más allá de ser una acción puramente material y que se relaciona íntimamente con aspectos relevantes en la vida de las personas”. (Sedó, 2004: p. 1).

- Evaluación final

En esta sesión se hicieron dos actividades:

- La primera un *collage*, para el cual las participantes se dividieron en grupos y, posteriormente, utilizaron recortes de periódicos, revistas u otros materiales pegados a una cartulina, los cuales se relacionaban con las unidades desarrolladas durante el programa educativo.
- La segunda actividad fue un cuestionario opcional, el cual llenaron de acuerdo con sus condiciones (unas no sabían leer o escribir), el que fue entregado posteriormente a la facilitadora.

Para dejar más claros los datos que se obtuvieron de la evaluación final, a

continuación se presentan algunas de las expresiones dadas por parte de las señoras participantes, durante la primera parte de esta sesión (*collage*), lo cual se facilita dado que se aplicó la metodología cualitativa y, por ende, se puede ejemplificar mejor parte del proceso educativo y sus resultados.

Integrantes: MBQ, CQS, CR.

Expositora:

MBQ, 61.

... más que todo son consejos muy importantes, comenzamos con este que se refirió a la escuela en donde hay un aumento de niños con caries, entonces habla de lo importante del programa que dice que hay para atender a los escolares...

...aquí esto no lo vimos en el curso pero a mí se me ocurrió que era importante, dice que es el maltrato psicológico, aquí gracias a Dios pues no lo conocemos creo; pero es algo que puede suceder...

...aquí como para rescatar lo que se habló de la alimentación, frutas en el desayuno para la energía del resto del día, que contienen agua para hidratarse y fibra para la digestión. Del sodio no consumirlo mucho por la presión porque el consumo de sal en exceso es malo para todo el mundo no sólo para uno...

Cabe señalar que, durante esta sesión, algunos temas fueron abordados reiteradamente por parte de las participantes, tales como: el cuidado de los dientes y la higiene de las prótesis; asimismo, lo referente a la nutrición tuvo mucha acogida pero, ade-

más, se deja ver la relevancia que le dieron a otros tópicos e, incluso, la exposición de algunos otros que no se dieron, como el maltrato psicológico o las enfermedades de la piel, que para quienes los mencionaron tienen un significado muy personal.

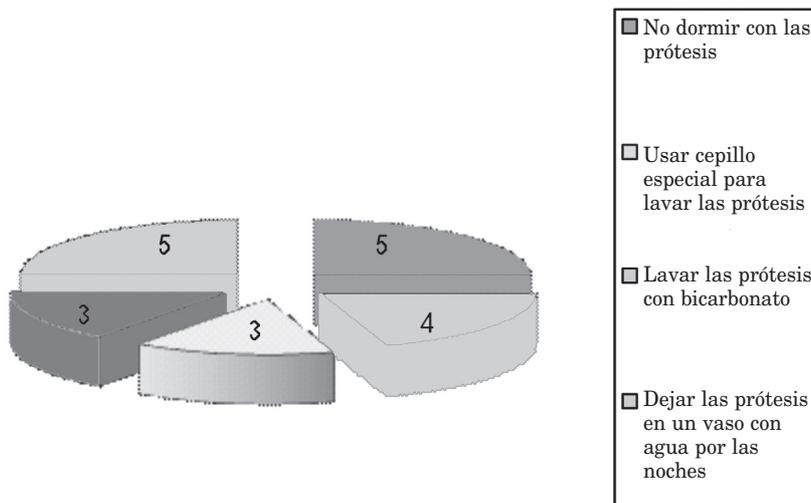
Finalmente, se puede indicar que la evaluación realizada permitió escuchar expresiones que, difícilmente, se hubiesen podido obtener en un cuestionario o en otra técnica evaluativa; esto hace que se encuentren puntos importantes los cuales, en definitiva, demuestran que pueden ser cambiados por medio de un programa educativo y que son notables en el grupo, sobre todo con respecto a los cuidados de las prótesis y al consumo de ciertos alimentos.

Lo anterior puede ser producto de que la mayoría de las integrantes usan aparatología protésica y porque padecen de alguna condición que ha hecho tengan que variar la dieta, como es el caso de las personas hipertensas o diabéticas pero, además, porque la forma en la cual se les presentaron los temas, permitió su participación, la que, en el transcurso del tiempo, fue cada vez más espontánea, incluso para quienes presentaban un grado de timidez importante.

En el caso del cuestionario opcional, se pueden ejemplificar mejor las respuestas en el Gráfico 1.

En este gráfico, las participantes demuestran que realmente interiorizaron ideas importantes en cuanto a los cuidados de las prótesis, principalmente las relacionadas con evitar su uso para dormir, usar un cepillo específico para prótesis (que puede ser similar al usado para limpiar las uñas de las manos) y, no menos importante, las diferentes formas de lavarlas (con bicarbonato, jabón líquido, otros).

Gráfico 1
 Respuestas más frecuentes a la pregunta No. 4 del Cuestionario de evaluación:
 si le pidieran que explicara cómo cuidar las prótesis dentales ¿qué diría?



Fuente: Cuestionario de evaluación. Grupo Amor y Alegría. Laguna de Alfaro Ruiz. 23 setiembre 2007.

V. ANÁLISIS DEL PROCESO GRUPAL

Este análisis se hizo utilizando la “Nueva guía para la sistematización de procesos grupales”, cuyo autor –Mustieles (1993: 39)–, menciona que facilita la sistematización de proceso como también de contenido; por ello, a continuación se hace la presentación del proceso grupal con énfasis en algunos aspectos que la Guía refiere.

Afiliación

Las necesidades que esperan las participantes satisfacer corresponden a las identificadas durante el proceso de diagnóstico, el cual se realiza en forma individual y grupal a la vez, lo que logra definir bien cuáles son dichas necesidades. En cada trabajo con el grupo, se muestra interés por abordar algún tema que corresponda con alguna de sus necesidades y las participantes lo hacen mediante inter-

venciones, con preguntas, al participar en las dinámicas, al hacer comentarios sobre alguna situación personal e, inclusive, al ayudar a alguna compañera a responder alguna pregunta de las dinámicas de evaluación.

...la caries que se forma en la raíz.
 ECh...

...entonces, por qué se me siguen haciendo ronchitas en el paladar si me cambié la prótesis... AL.

Pertenencia

Lo que se manifiesta de la asistencia, es el interés que las participantes tienen en el transcurso del tiempo, ya que hay lapsos de varias semanas entre una reunión y otra, por lo que al encontrarle el significado a la integración de la salud oral sobre la salud general ven el valor de

asistir para aprender a mejorar su calidad de vida.

... sí claro la boca es muy importante, es feo que huele mal. AL.

...si pero qué feo es, bueno, yo no puedo lavarme la lengua me dan ganas de vomitar, es horrible...MB.

Pertinencia

Durante el desarrollo de cada unidad, al grupo se le especificaba el tema que se abordaría durante ese día e, incluso, de antemano opinaban sobre este, o bien, deseaban saber si, por ejemplo, al ver un vídeo, el contenido evacuaría alguna de sus necesidades en particular.

...dígame, en el vídeo van a decir de esas pastillitas que dicen que hay para lavar las planchas... yo quería saber antes, si no para que me dijera como las consigo... ALR.

Aprendizaje

Se hizo evidente, conforme avanzaron las charlas, el interés que tenían las participantes; por ejemplo, en las últimas sesiones, la asistencia fue mayor. Sin embargo, lo mejor de esto fue que, en la sesión de evaluación, al hacer el *collage*, la investigadora logró observar que, en definitiva, sí había expresiones las cuales demostraban un cambio en las actitudes, sobre todo en lo que se refiere al cuidado de la salud bucal y la alimentación, así como en otros temas que ellas deseaban conocer, o bien, que se les diera importancia.

... yo aprendí montones y mis compañeras también, es muy importante y le agradecemos que venga y nos dé charlas como estas...IP.

...la boca es muy importante y aunque no tengamos algunos dientes, aprendemos a cuidar las prótesis y a saber que nos debemos ver bien y cuidar...MB.

CONCLUSIONES

A continuación se exponen algunos aspectos que evidencian los beneficios obtenidos con la implementación de un programa educativo, el cual le aporta mucho a la Gerontología, a partir de una rama biológica como lo es la Odontología:

- La mayoría de las señoras adultas mayores participantes lograron reconocer cuáles problemas bucodentales les afectan con mayor frecuencia, o qué las ha conducido a tener una condición específica en su cavidad bucal.
- Los problemas más frecuentes en el grupo estudiado están relacionados con el uso de las prótesis dentales, de índole periodontal (inflamación y sangrado gingival, entre otros), con las técnicas de higiene utilizadas para su autocuidado bucal (forma de cepillarse, higiene de aparatología protésica) y con el desconocimiento acerca de opciones de tratamiento para una patología específica.
- Una gran parte de la población del estudio manifestó no tener piezas dentales –en forma total o parcial–, y lo relacionaban con el proceso de envejecimiento; sin embargo, algunas aclararon que, probablemente, tendrían una cantidad de dientes mayor a la actual, de no haber sido por prácticas usadas en años atrás, o bien, si hubiesen conocido las consecuencias

de los tratamientos, habrían optado por alguno más conservador en lugar de someterse a extracciones múltiples.

- Luego de identificar sus problemas bucales, las personas participaron activamente en el proceso de integrar el programa, la toma de decisiones con respecto a los temas que realmente deseaban y los que consideraban necesarios para el grupo. Por lo que se puede concluir que la integración de los componentes se hizo en forma conjunta y las participantes lograron guiar el rumbo de la investigación.
- Al considerarse la participación de las personas adultas mayores en la toma de decisión acerca de los temas por tratar, así como en el orden de exponerlos, las personas adultas mayores fueron más participativas y se integraron más al programa; asimismo, lograron expresarse más abiertamente en cuanto a algún padecimiento o tratamiento en particular que ha influido en su vida personal.
- Durante el desarrollo del programa, se obtuvo información importante con respecto a los cuidados bucodentales utilizados por las participantes, los cuales, generalmente, tienen una raíz familiar; es decir, son conceptos o prácticas heredadas a lo largo del tiempo y que, si bien es cierto, algunas están bien utilizadas, otras obedecen a las necesidades de alguna época o a las costumbres aprobadas por familiares cercanos. En este sentido, es pertinente señalar el uso de ciertas plantas, así como de carbón, cáscaras de aguacate y otras, tanto para la higiene bucal como para las extracciones múltiples.

También es válido mencionar que la mayoría de las personas dijo desconocer acerca del cuidado de las prótesis y de evitar el uso de estas durante las noches, por lo que al hacer una práctica correcta de la higiene, tanto de la aparatología protésica como de los dientes naturales, se les facilitó el aprendizaje y la interiorización del tema.

- Las charlas interactivas permitieron la exposición tanto de temas que las participantes desconocían, así como para ejemplificar con algunos padecimientos, tales como la diabetes mellitus, la influencia de la condición de la cavidad bucal sobre la salud general y viceversa. Asimismo, se logró aclarar que la salud bucal, en personas adultas mayores, no se limita únicamente a extracciones dentales o al uso de prótesis.
- La incorporación de temas que tienen una relación importante con la boca, como es el caso de la nutrición y de la autoestima, facilitaron la participación de las señoras adultas mayores. Aspectos relacionados con las costumbres alimentarias y con el significado de autoestima que poseen (por lo general con el cuidado personal y el aprecio propio), brindaron una oportunidad importante para motivar a las personas a que adopten nuevas opciones de alimentación saludable y para que la aceptación de la llegada de la vejez sea más positiva, sin que se sientan menos valiosas y más bien que sean respetadas por lo que son en esta etapa de su vida.
- Se logró un compromiso importante por parte de las señoras pertenecientes al grupo, durante la implementación del

programa, aspecto que pudo notarse más con la presencia de más participantes en las últimas sesiones desarrolladas. Esto obedece a un claro interés por ampliar el panorama con respecto a la temática planteada o para mejorar algunas prácticas y costumbres de su autocuidado bucal y de su vida diaria.

- La evaluación de cada una de las unidades desarrolladas, con base en la investigación-acción, permitió plantear un mensaje importante en las participantes, quienes hicieron una devolución satisfactoria a la investigadora acerca de los temas planteados en cada sesión y, a su vez, permitió despejar dudas presentes en las participantes.
- El programa educativo permitió determinar datos importantes con respecto a cambios incorporados en las prácticas de autocuidado bucodental (principalmente relacionados con la higiene de los dientes, cuidados e higiene de las prótesis), dadas las expresiones de las participantes.
- El tema de nutrición evidenció el significado que tiene la alimentación saludable para la persona adulta mayor, así como el tipo de dieta que acostumbra tener y la influencia de la salud bucal y de la masticación en la salud integral.
- La autoestima fue identificada con respecto al bienestar y a la forma de desenvolverse socialmente, en especial al relacionarla con los cuidados bucodentales (sonreír, hablar, presentación personal), razón por la cual estos dos temas fueron del agrado y del interés

de las participantes, quienes los consideran de aplicabilidad en su diario vivir.

- Al evaluar el programa, las participantes consideraron que este tipo de actividades deben efectuarse con mayor regularidad. Es preciso señalar que la utilización de técnicas educativas permitieron determinar que muchas de las prácticas inadecuadas que se presentan en lo que a salud bucal se refiere, son, por lo general, por desconocimiento y, por lo tanto, es posible que produzca un cambio importante en las personas participantes, luego de promover la importancia de la salud bucodental como parte de la salud integral y la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carranza, F. (1998). *Periodontología clínica*. McGraw-Hill Interamericana. 56-58.
- Denman, C. (2002). Por los rincones. *Antología de métodos cualitativos*. El Colegio de Sonora. México. 257.
- Granados, M. & Quesada, A. C. (2005). Experiencias intergeneracionales en torno a la promoción de la salud en Costa Rica. *Revista Anales en Gerontología*. 5, 55-70. San José: Universidad de Costa Rica.
- Hiroshi, U., Petersen, P. E. & Kandelman, V. (2005). *Oral Health In Ageing Societies: Integration of Oral Health and General Health. Report of meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe Japan and*

- Department of Chronic Diseases and health Promotion Geneva Switzerland.*
Recuperado de:
[http://www.who.int/oral_health/publications/orh_oral health report 2.pdf](http://www.who.int/oral_health/publications/orh_oral_health_report_2.pdf)
- Jara, O. (1994). *Para sistematizar experiencias. Una propuesta teórica y práctica.* Alforja. 22.
- Murillo, O. & col. (2005). *Educación bucodental dirigida a las personas adultas mayores residentes en los cantones de Coronado, Goicoechea, y Desamparados.* San José, Costa Rica. 1-15.
- Mustieles, M. (1993). *Nueva guía para la sistematización de procesos grupales.* Ed. LUMEN. Argentina. 39.
- Petersen, P. E. (2003). *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme.* 15. Recuperado de: [http://www.who.int/oral_health/publications/orh_oral health report 03 .pdf](http://www.who.int/oral_health/publications/orh_oral_health_report_03.pdf).
- Petersen, P. E. & Yamamoto, T. (2005). *Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiology.* 33, 81-92. Recuperado de: http://www.who.int/oral_health/publications/orh_cdoe05_vol33.pdf
- Rodríguez, L. (2006). Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural. *Revista Cubana de Estomatología.* 43(4). Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Santiago de Cuba. Recuperado de: <http://www.odontologiaonline.com>
- Sedó, P. (2004). *Los significados del alimento: caso del adulto mayor. Red Latinoamericana de Gerontología.* Monografía. Recuperado de: <http://www.gerontologia.org>
- Solano, O. (1995). *Manual sobre estrategias metodológicas del aprendizaje andragógico.* Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. San José: Universidad de Costa Rica. 9-14, 34,35.