

ORIGINAL

HÁBITOS HIGIÉNICOS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DEL ÁREA SANITARIA DE GUADALAJARA, SIN DETERIORO COGNITIVO Y RESIDENTES EN LA COMUNIDAD (*)

Vicente Albert Cuñat (1), María Esperanza Maestro Castelblanque (2), José Antonio Martínez Pérez (3) y Vicente Monge Jodrá (4)

(1) Zona Básica de Salud Guadalajara Periférico

(2) Zona Básica de Salud Yunquera de Henares. Guadalajara

(3) Zona Básica de Salud Guadalajara Sur.

(4) Servicio Medicina Preventiva Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

(*) Trabajo parcialmente financiado mediante beca de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha 97380.

RESUMEN

Fundamentos: Se pretende conocer las características de los hábitos higiénicos en las personas mayores de 65 años que no presentan deterioro cognitivo, de la provincia de Guadalajara, residentes en la comunidad y a partir de la hipótesis que estos son deficientes y por ello mejorables.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, analítico transversal, en el marco de la Atención Primaria, diferenciando ámbito urbano y rural. Se encuestó mediante cuestionario (con pilotaje previo y estudio de fiabilidad mediante análisis de estabilidad en las respuestas a partir de coeficiente kappa), a las personas de una muestra aleatoria estratificada, polietápica y proporcional según edad, sexo y núcleos de población. Analizamos las variables: A) Hábitos higiénicos: a.- Higiene personal-aseo diario: Procedimiento y periodicidad, Cuidados del cabello: Lavado de manos siempre antes de comer y después de ir al servicio; Afeitado en varones; Higiene bucodental, b.- Higiene del sueño, B) Variables sociodemográficas. Efectuamos análisis de datos mediante procedimientos propios de la estadística descriptiva, analítica y multivariante por regresión logística.

Resultados: La pérdida de sujetos de la muestra osciló entre el 16 y 26% (la negativa aparece como primera causa en el medio rural y la no localización en el medio urbano). La muestra finalmente estudiada incluyó a 388 personas en medio rural y 392 en el urbano. La mitad utilizan la ducha y lavan el cabello al menos una vez en semana. Hasta el 15% no se lavan las manos siempre antes de ir a comer y hasta el 44% no lo hacen después de ir al servicio. Mas del 50% de los varones se afeitan según el procedimiento correcto. Un alto porcentaje de edéntulos, tanto parciales como totales, no utilizan prótesis y en aquellos que sí lo hacen la higiene es defectuosa.

Conclusiones: Los hábitos higiénicos en las personas ancianas de nuestra provincia son manifiestamente mejorables en todos los aspectos analizados y de modo especial en el ámbito rural y en los varones. Esta debería ser una tarea prioritaria a cargo de cualquier persona de los EAP.

Palabras clave: Ancianos. Hábitos higiénicos.

ABSTRACT

Personal Care Habits of Individuals over Age 65 Having no Cognitive Impairment and Residing in the Guadalajara Health Care District

Background: The aim of this study is that of ascertaining the characteristics of the personal care habits of those individuals over age 65 who have no cognitive impairment within the province of Guadalajara who are residents of the community based on the hypotheses that the same are deficient and therefore subject to improvement.

Methods: This is an observational, analytical cross-sectional study within a Primary Care, distinguishing between the urban and rural environments. A questionnaire (involving prior trial and reliability study by means of an analysis of the stability of the answers based on a kappa factor) was given out to a random, layered ample divided into different stages and proportional by age, gender and centers of population. An analysis was conducted of the following variables: A) Personal care habits. A. Personal care- daily washing/dressing: procedure and frequency, Hair Care, Always washing hands before eating and after going to the bathroom; Shaving for men, Oral hygiene. b. Sleep routine. B) Sociodemographic variables. The data was analyzed using proprietary descriptive, analytical and multi-variable logistic regression procedures.

Results: The losses fell within the 16%-26% range (refusal was found to be the leading cause in the rural environmental and non-location in the urban environment). The sample finally studied included 388 individuals in the rural environment and 392 individuals in the urban environment. Half showered and washed their hair at least once a week. As high as 15% do not wash always wash their hands before eating and as high as 44% do not do so after going to the bathroom. Over 50% of the males shave using the correct procedure. A high percentage of those missing part of their teeth as well as those completely toothless do not use dentures, and those who do are lacking in hygiene. Sleep routines shows better results.

Conclusions: Personal care habits among senior citizens in our province are patently subject to improvement in all of the aspects analyzed, especially in the rural environment and among males. This should be a priority task under the charge of anyone assigned to the Primary Care Teams.

Key Words: Senior citizens. Personal care habits.

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida, uno de los factores determinantes de la salud¹, cabe entenderlo como conducta relacionada con la salud. El estado de salud suele ser reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida, evitando los factores que inducen a enfermar o la progresión de la enfermedad.

El contenido básico de la educación sanitaria que fomente la salud no varía en los ancianos y viene dado por: a) realizar una higiene correcta; b) mantener un grado adecuado de actividad física; c) tomar una alimentación adecuada tanto cualitativa como cuantitativamente; d) evitar hábitos tóxicos; e) desarrollar actividades que eviten el aislamiento y fomenten la salud mental.

A cualquier edad es necesario preservar la propia imagen a través del aseo personal y la adecuación del vestuario. No solo se trata de un aspecto social que revaloriza la autoestima, sino del primer eslabón que debe utilizarse como medida de protección de la salud.

Por otra parte, la relevancia e interés de plantear cambios conductuales en los ancianos deriva del hecho de ser un importante segmento de la población, tanto en valores absolutos como relativos, en la sociedad actual, con previsión ascendente². Además los programas de promoción de la salud, tienen la capacidad potencial de mejorar la de este colectivo³. Los ancianos como grupo responden positivamente a los consejos sobre prevención y son capaces de modificar sus hábitos incluso por encima de los 75 años⁴. Demuestran así mismo un alto interés y nivel participativo⁵.

Por todo ello justificamos la realización de nuestro estudio, estableciendo como objetivo del mismo conocer cuáles son los hábitos higiénicos en el colectivo de personas mayores de 65 años de la provincia de Guadalajara, en la hipótesis de que éstos son defectuosos y potencialmente mejorables. Ello redundaría en una mejora de la salud, especialmente a partir de la potenciación de una correcta higiene bucodental.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal, efectuado en el marco de la atención primaria, y desarrollado en la provincia de Guadalajara, caracterizada por presentar una población notablemente envejecida y muy dispersa, de modo especial en el ámbito rural. Dada la diferente estructura poblacional, diferenciamos entre ámbito urbano y rural.

Calculamos el tamaño muestral aplicando la fórmula recomendada para poblaciones finitas, caso de proporciones, considerando $k=2$; $p=p=0.5$, que sería el caso mas desfavorable. Aumentamos el tamaño muestral calculado en un 26%, que es el porcentaje de pérdidas que señalan otros autores en un estudio mediante encuesta a personas mayores de 65 años⁶.

Para poder ser incluida en el estudio, cada persona debería cumplir las condiciones que se citan: a) tener una edad igual o superior a 65 años cumplidos; b) residir de modo habitual en alguno de los municipios de la provincia de Guadalajara; c) no estar institucionalizado, residiendo de modo habitual en la comunidad; d) no presentar deterioro cognitivo. Para ello se evaluó a todas las personas incluidas finalmente en el estudio, mediante el test de Pfeiffer, estableciendo el corte en 4 puntos. Por este motivo fueron excluidas del estudio 23 personas (8 varones y 15 mujeres)

Definimos así mismo los criterios de no-inclusión, exclusión y pérdidas.

El muestreo es de tipo probabilístico, aleatorio, estratificado y hemos seguido un procedimiento polietápico y proporcional según edad, sexo y núcleos de población. A nivel urbano sólo son incluíbles las localidades de Guadalajara y Azuqueca de Henares. A nivel rural hemos clasificado las localidades en cinco categorías, según el número de habitantes: a) 0 - 299 habitantes; b) 300 - 599; c) 600 - 999; d) 1.000 - 1.999; e) 2.000 - 5.000.

A todas las personas seleccionadas aleatoriamente a partir de bases de datos poblacionales, les fue remitida una carta explicando el

motivo del estudio y solicitando su colaboración. Al cabo de una semana se intentaba conectar telefónicamente con ellos para recordarles la cita y confirmar su participación. Con ello intentamos disminuir las tasas de no-respuestas⁷.

La muestra finalmente necesaria estuvo compuesta por 473 personas en el medio rural (228 varones y 245 mujeres) y 477 personas en el medio urbano (210 varones y 267 mujeres). Las pérdidas oscilaron entre el 15.6% para los varones rurales y el 26.3% en las mujeres urbanas. En el medio rural el motivo predominante es la negativa a participar y en el urbano, la no localización por cambio de residencia.

La muestra finalmente estudiada la componen 388 personas en el ámbito rural (192 varones y 196 mujeres) y 392 en el urbano (172 varones y 220 mujeres). La distribución de la misma según edad, sexo y ámbito se muestra en la tabla 1.

Como variables de estudio consideramos:

A. Hábitos higiénicos⁸.

a) Higiene personal - aseo diario.

- Baño o ducha. Analizamos el procedimiento y la periodicidad, considerando como correcto efectuarlo al menos tres veces en semana.
- Lavado de manos. Consideramos correcto efectuarlo siempre antes de comer y siempre después de ir al servicio.
- Afeitado en varones. Se considera correcto efectuarlo a diario con maquinilla eléctrica.
- Cuidado del cabello. Se considera correcto lavarlo al menos dos veces en semana.
- Higiene de la boca y prótesis dentales⁹. Se considera correcto lavarlos siempre después de cada comida.

Tabla 1

Muestra finalmente estudiada. Distribución según edad, sexo y ámbito

ÁMBITO/EDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL
MEDIO RURAL			
65 - 69	60	59	119 (30.7)
70 - 74	43	45	88 (22.7)
75 - 79	40	42	82 (21.3)
80 - 84	29	31	60 (15.5)
85 Y MÁS	20	19	39 (10.1)
TOTAL	192	196	388
MEDIO URBANO			
65 - 69	65	74	139 (35.5)
70 - 74	42	48	90 (23)
75 - 79	32	44	76 (19.4)
80 - 84	20	29	49 (12.5)
85 Y MAS	13	25	38 (9.7)
TOTAL	172	220	392

Fuente y Elaboración propias. Entre paréntesis, porcentajes.

b) Higiene del sueño. En nuestro estudio consideramos correcto dormir al menos siete horas al día. Se considera incorrecto acostarse de modo inmediato después de cenar, así como las siestas diurnas^{10,11}.

B. Variables sociodemográficas

Edad, Sexo, Estado Civil (Soltero, casado, separado-divorciado, viudo), Nivel educativo-académico (analfabeto, primaria incompleta, primaria completa, bachiller elemental, estudios medios, estudios superiores), Nivel socioeconómico (alto: más de 60.000 pts al mes por cada miembro de la unidad familiar, medio: entre 30000 y 60000 pts al mes, bajo: menos de 30.000 pts al mes)., Situación familiar actual (vive solo, vive con su cónyuge solo, vive con su cónyuge y otros familiares, vive con sus hijos u otros familiares sin cónyuge de un modo estable, vive con otros familiares a temporadas y con cambio periódico de domicilio).

Procedimiento de recogida de datos

El cuestionario definitivo fue sometido a procedimiento de pilotaje previo entre profesionales sanitarios de dos Equipos de Atención Primaria de la provincia. Así mismo se estudió la fiabilidad en las respuestas en una muestra de 40 personas mediante el procedimiento test-retest, utilizando el coeficiente kappa ponderado en las variables categóricas politómicas y el simple en las dicotómicas¹². En la tabla 2 reflejamos los valores de este coeficiente.

Los datos han sido recogidos siempre por las mismas personas. Cada participante fue entrevistado en su domicilio o en la consulta según sus preferencias.

Análisis

Para el procesamiento y análisis de los datos hemos utilizado el programa integrado SPSS, apoyado en el procesador de textos

Tabla 2

Hábitos higiénicos. Índice K. Valoración del índice K

VARIABLE	T.V.	K. Pond.	I.C. 95%	K. simple	I.C. 95%	Val.
Procedimiento utilizado en el aseo personal	p	0'860	0'726 0'993			MB
Periodicidad en el aseo personal	p	0'674	0'482 0'866			B
Periodicidad en el lavado del cabello	p	0'674	0'482 0'866			B
Lava las manos siempre antes de comer	d			0'543	0'147 0'939	MO
Lava las manos siempre después de ir al servicio	d			0'541	0'187 0'895	MO
Afeitado (varones) según procedimiento correcto	p	0'583	0'230 0'937			MO
Conserva toda la dentadura	p	1'000	1'000 1'000			MB
Higiene bucodental en edentulos parciales	p	1'000	1'000 1'000			MB
Higiene bucodental en edentulos totales	p	1'000	1'000 1'000			MB
Duerme al menos siete horas al día	p	0'735	0'560 0'909			B
Efectua siestas diurnas	p	0'716	0'527 0'906			B
Se acuesta de modo inmediato tras cenar	p	0'509	0'225 0'793			MO

Fuente y Elaboración Propias.

T.V.: Tipo de variable; p: variable politómica; d: variable dicotómica; Val: Valoración; MB: Muy Bueno; B: Bueno; MO: Moderado; I.C.: Intervalo de confianza.

Microsoft Word, el cual permite la elaboración de tablas y gráficos. Hemos codificado la recogida de datos para facilitar el posterior vaciado de la información. Se revisó toda la información contenida en una selección aleatoria del 10% de los cuestionarios. Se efectuó depuración de los datos estudiando una a una todas las variables.

Para el análisis hemos utilizado los procedimientos propios de la estadística descriptiva, calculando porcentajes con sus intervalos de confianza en el caso de variables cualitativas; de la estadística analítica, comparando porcentajes mediante la prueba de chi-cuadrado; hemos efectuado así mismo análisis multivariante por regresión logística modelo logit

binomial, considerando como variables independientes las de tipo demográfico.

Recursos

Hemos utilizado las bases de datos CD-Rom e Índice Médico Español.

RESULTADOS

En la tabla 3 mostramos los resultados relativos a las variables sociodemográficas. En la tabla 4 mostramos los resultados correspondientes a las variables analizadas. Entre ellos,

Tabla 3

Variables sociodemográficas. Distribución según sexo y ámbito. Porcentajes

VARIABLES	Varón Rural	Mujer Rural	Varón Urbano	Mujer Urbana
ANCIANOS QUE VIVEN SOLOS	9.9 (6.7 - 14.7)	14.8 (10.3 - 20.3)	9.3 (5.5 - 14.4)	16.8 (12.3 - 22.2)
ESTADO CIVIL				
• Solteros	12.5 (8.4 - 17.8)	4.6 (2.3 - 8.3)	7.6 (4.3 - 12.3)	9.1 (5.8 - 13.5)
• Casados	75 (68.5 - 80.7)	63.3 (56.3 - 69.8)	81.4 (75.1 - 86.7)	62.3 (55.7 - 68.5)
• Separados-Divorciados	2.6 (0.9 - 6)*	2 (0.7 - 5.2)*	0.6 (0 - 3.2)*	0.9 (0.1 - 2.3)*
• Viudos	9.9 (6.2 - 14.7)	30.1 (24 - 36.8)	10.5 (6.5 - 15.7)	27.7 (22.1 - 33.9)
NIVEL ACADEMICO				
• Analfabetos	9.4 (5.8 - 14.1)	17.3 (12.5 - 23.1)	5.8 (3 - 10.1)	10.5 (6.9 - 15)
• Primaria Incompleta	62 (55 - 68.6)	60.2 (53.2 - 66.9)	57.6 (50.1 - 64.8)	48.2 (41.6 - 54.8)
• Primaria Completa	23.4 (17.9 - 28.8)	20.9 (15.7 - 27)	27.9 (21.6 - 35)	30 (24.2 - 36.3)
• Bachillerato Elemental	1.6 (0.3 - 4.5)*	0.5 (0 - 2.8)*	4.1 (1.7 - 8.2)	4.5 (2.3 - 8)
• Estudios Medios	1.6 (0.3 - 4.5)*	0.5 (0 - 2.8)*	1.7 (0.4 - 5)*	3.6 (1.7 - 6.8)
• Estudios Superiores	2.1 (0.6 - 5.2)*	0.5 (0 - 2.8)*	2.9 (1 - 6.7)*	3.2 (1.4 - 6.2)
NIVEL SOCIOECONOMICO				
• Bajo	9.9 (6.2 - 14.7)	12.8 (8.6 - 18)	4.1 (1.8 - 7.9)	6.4 (3.7 - 10.2)
• Medio	71.9 (65.2 - 77.8)	76.5 (70.2 - 82.1)	65.1 (57.8 - 72)	66.8 (60.4 - 72.8)
• Alto	18.2 (13.2 - 24.2)	10.7 (6.9 - 15.6)	30.8 (24.3 - 38)	26.4 (20.9 - 32.5)

Fuente y Elaboración propias.

(*) Intervalo de confianza calculado según método binomial exacto. Entre paréntesis Intervalo de Confianza al 95%.

Tabla 4
VARIABLES sociodemográficas. Distribución según sexo y ámbito. Porcentajes

VARIABLES	V.R.	M.R.	V.U.	M.U.
MODALIDAD PREFERENTE ASEO				
Baño en la Bañera	19'8 (14'6 - 25'9)	27'6 (21'6 - 34'1)	25 (19 - 31'9)	35'5 (29'3 - 41'9)
Ducha	53'1 (46 - 60'1)	43.4 (36'6 - 50'4)	64'5 (57'2 - 71'4)	47'7 (41'2 - 54'3)
Aseo «Por partes»	27'1 (21.2 - 33'7)	29'1 (23 - 35'7)	10'5 (6'5 - 15'7)	16'8 (12'3 - 22'2)
PERIODICIDAD ASEO PERSONAL				
Menos de una en semana	46'9 (39'9 - 54)	35'2 (28'8 - 42'1)	19'2 (13'8 - 25'6)	14'5 (10'3 - 19'7)
Uno o dos en semana	48'4 (41'4 - 55'5)	57'7 (50'6 - 64'4)	68'6 (61'4 - 75'2)	62'3 (55'7 - 68'5)
Tres o más en semana	4'7 (2'3 - 8'4)	7'1 (4'1 - 11'4)	12'2 (7'9 - 17'8)	23'3 (18 - 29'1)
PERIODICIDAD LAVADO CABELLO				
Menos de uno en semana	42'7 (35'8 - 49'8)	39'3 (32'6 - 46'3)	20'3 (14'8 - 26'9)	23'6 (18'4 - 29'6)
Uno en semana	45'8 (38'9 - 52'9)	52'2 (45'5 - 59'5)	39'5 (32'4 - 47)	51'8 (45'2 - 58'4)
Dos o mas en semana	11'5 (7'5 - 16'6)	8'2 (4'9 - 12'6)	40'1 (33 - 47'6)	24'5 (19'2 - 30'6)
LAVA MANOS SIEMPRE ANTES DE COMER	79'7 (73'6 - 84'9)	88'8 (83'8 - 92'6)	75 (68'1 - 81)	93'2 (89'2 - 96)
LAVA MANOS SIEMPRE DESPUES DE IR AL SERVICIO	55'7 (48'6 - 62'6)	78'1 (71'9 - 83'4)	69'8 (62'6 - 76'3)	85'5 (80'3 - 89'7)
AFEITADO EN VARONES				
A diario con maquinilla eléctrica	53'6 (46'6 - 60'6)		55'2 (47'7 - 62'5)	
A diario con cuchilla o similares	17'7 (12'8 - 23'6)		20'3 (14'8 - 26'9)	
No se afeita a diario	28'6 (22'6 - 35'3)		24'4 (18'4 - 31'3)	
CONSERVA TODA LA DENTADURA				
Si y lava boca tras comer	0'5 (0 - 2'9)*	4'1 (1'9 - 7'6)	2'9 (1 - 6'7)*	9'1 (5' - 13'5)
Si y no lava boca tras comer	0 (0 - 1'9)*	2 (1)*	5'2 (2'4 - 9'7)	3'6 (1'7 - 6'8)
No conserva toda la dentadura	99'5 (97'1 - 100)*	94'9 (91'1 - 97'4)	91'9 (87 - 95'3)	87'3 (82'4 - 91'2)
HIGIENE BUCODENTAL EN EDENTULOS PARCIALES				
No prótesis y lava boca	5'9 (2'4 - 11'8)	12'5 (6'8 - 20'7)	11'4 (5'5 - 20'5)	12'5 (6'3 - 21'7)
No prótesis y no lava boca	56'9 (47'1 - 66'2)	39'8 (30 - 50'3)	48'6 (37 - 60'2)	12'5 (6'1 - 21'7)
Prótesis y lava	15'7 (9'6 - 23'7)	19'3 (12'2 - 28'6)	25'7 (16'5 - 36'9)	61'1 (49'5 - 71'8)
Prótesis y no lava	21.6 (14.4 - 30.3)	28'4 (19'7 - 38'5)	14'3 (7'5 - 24)	13'9 (7'3 - 23'4)
HIGIENE BUCODENTAL EN EDENTULOS TOTALES				
No prótesis y lava boca	5.6 (1.8 - 12.6)*	7 (3' 1 - 13'4)	3'4 (0'7 - 9'6)*	5 (2'1 - 10'1)
No prótesis y no lava	13.5 (7.5 - 21.8)	12 (6'7 - 19'5)	9'1 (4'3 - 16'5)	7'5 (3'1 - 13'3)
Prótesis y lava	27 (18 - 37'4)	30 (21'6 - 39'5)	44'3 (34'2 - 54'8)	58'3 (49'4 - 66'9)
Prótesis y no lava	53'9 (43'5 - 64'1)	51 (41'2 - 60'7)	43'2 (33'1 - 53'7)	29'2 (21'6 - 37'8)
HIGIENE DEL SUEÑO **				
Duerme al menos 7 horas/día	77'6 (71'3 - 83'1)	66'8 (60 - 70'2)	73'5 (66'9 - 80)	67'3 (60'9 - 73'2)
Efectúa siestas diurnas	32'3 (26 - 39'2)	15'3 (10'8 - 20'9)	38'4 (31'3 - 45'8)	19'5 (14'7 - 25'2)
Se acuesta inmediato tras cenar	10'9 (7'1 - 16)	9'2 (5'7 - 13'9)	11 (7 - 16'4)	6'8 (4 - 10'8)

Fuente y Elaboración Propias

V.R.: Varón Rural; M.R.: Mujer Rural; V.U.: Varón Urbano; M.U.: Mujer Urbana. Entre paréntesis, intervalo de confianza al 95%.

(*) Intervalo de confianza según método binomial exacto. (**) En cada ítem solo tabulamos las respuestas positivas. Tenemos otras dos alternativas en los tres casos: «NO», «DE MODO OCASIONAL».

debemos destacar que aproximadamente la mitad de los sujetos encuestados utilizan la ducha como modalidad preferente para el aseo personal. En todos los grupos analizados más de la mitad lo hacen una o más veces en semana; la pauta se repite en el caso del lavado del cabello. En algunos casos hasta el 25% no se lavan las manos siempre antes de comer; y puede llegar al 44% el de los que no lo hacen siempre después de ir al servicio. Mas de la mitad de los varones se afeitan según el procedimiento que consideramos correcto.

En la tabla 5 expresamos los resultados del análisis bivariante al comparar según sexo-medio y según edad. Solo especificamos aquellos casos en que las diferencias son significativas entre grupos.

En la tabla 6 señalamos los resultados del análisis multivariante. Para cada variable dependiente se reflejan aquellas variables independientes finalmente incluidas en el modelo final, expresando la Odds Ratio y el intervalo de confianza de la misma. Las categorías de referencia de las variables independientes son: sexo femenino (obviamente excepto en el caso de afeitado), nivel educati-

vo alto, edad de 65 a 69 años, estado civil casado, nivel socioeconómico alto y ámbito urbano en el caso de las variables dependientes relativas a los hábitos de aseo personal. En el caso de las variables relativas a los hábitos del sueño, consideramos el sexo masculino y el ámbito rural, siendo las referencias en las otras variables, las mismas que las antes citadas. Las variables dependientes se categorizan en dos posibilidades: correcto, no correcto

DISCUSION

En nuestro estudio hemos analizado las características de algunos hábitos higiénicos en ancianos de la provincia de Guadalajara, encontrando que éstos son notablemente mejores. Así mismo descubrimos la influencia notable que sobre los mismos ejercen variables de tipo sociodemográfico en especial el sexo, la edad y el ámbito rural.

Señalaremos que nuestro porcentaje de pérdidas es similar al reflejado por M. Colombo¹³ en su estudio en el medio urbano, donde encuentra el 20%. Cabe considerar que nuestras tasas de repuestas son altas, y pensamos

Tabla 5

Grupos en los que el análisis bivariante según sexo-ámbito y según edad muestran diferencias significativas

VARIABLE	SEXO-ÁMBITO	EDAD
MODALIDAD ASEO PERSONAL	VR-VU, MR-MU, VU-MU	VR, MR, VU, MU
PERIODICIDAD ASEO PERSONAL	VR-VU, MR-MU, VU-MU	VR, MR, VU, MU
PERIODICIDAD LAVADO CABELLO	VR-VU, MR-MU, VU-MU	VR, MR, VU
LAVA MANOS ANTES DE COMER	VR-MR, VU-MU	MR, VU, MU
LAVA MANOS DESPUES DE WC	VR-VU, VR-MR, VU-MU	MR, MU
CONSERVA TODA LA DENTADURA	MR-MU, VU-MU	
HIGIENE BUCODENTAL EN EDENTULOS PARCIALES	MR-MU, VU-MU	
HIGIENE BUCODENTAL EN EDENTULOS TOTALES	MR-MU, VR-MR, VU-MU	MR, VU, MU
DUERME AL MENOS 7 HORAS DIA	VU-MU	VU
EFFECTUA SIESTAS DIURNAS	MR-MU, VR-MR, VU-MU	MU
SE ACUESTA DE MODO INMEDIATO TRAS CENAR		VU, MU

Fuente y elaboración propias.

V.U.: Varón urbano; M.U.: Mujer urbana; V.R.: Varón rural; M.R.: Mujer rural.

Tabla 6

Análisis multivariante. Variables independientes que se incluyen en la ecuación final con expresión de la odds ratio y el intervalo de confianza

Variable	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)
Sexo(1)	0.58 (0.79 - 0.43)	1.67 (2.34 - 1.19)		3.87 (6.20 - 2.42)	3.004 (4.25 - 2.13)		1.64 (2.45 - 1.10)	1.47 (2.11 - 1.03)	1.59 (2.19 - 1.16)	0.37 (0.52 - 0.27)	
Edad(1)	2.29 (3.43 - 1.53)	1.06 (1.76 - 0.64)	1.49 (2.43 - 0.92)	0.58 (1.17 - 0.29)	0.79 (1.30 - 0.48)	1.40 (2.18 - 0.89)	0.84 (1.37 - 0.51)			0.60 (0.97 - 0.37)	0.65 (1.34 - 0.31)
Edad(2)	2.96 (4.50 - 1.95)	2.05 (3.32 - 1.27)	2.85 (4.56 - 1.78)	1.47 (2.67 - 0.81)	1.25 (2.03 - 0.78)	1.35 (2.16 - 0.84)	1.13 (1.95 - 0.66)			0.98 (1.61 - 0.60)	1.20 (2.42 - 0.60)
Edad(3)	4.15 (6.70 - 2.57)	3.12 (5.26 - 1.85)	5.13 (8.59 - 3.07)	1.61 (3.12 - 0.83)	1.997 (4.39 - 1.20)	1.07 (1.83 - 0.63)	3.06 (7.09 - 1.32)			1.36 (2.35 - 0.68)	0.49 (1.30 - 0.18)
Edad(4)	8.59 (15.76 - 4.68)	4.53 (8.19 - 2.50)	5.80 (10.33 - 3.25)	5.21 (10.36 - 2.62)	3.72 (6.63 - 2.09)	0.51 (1.00 - 0.27)	1.55 (3.36 - 0.72)			1.18 (2.18 - 0.64)	1.97 (4.25 - 0.91)
Ámbito(1)	1.31 (1.77 - 0.79)	3.33 (4.74 - 2.34)	2.33 (3.26 - 0.78)		1.62 (2.28 - 1.15)		1.51 (2.26 - 1.10)	2.42 (3.49 - 1.67)		0.73 (1.01 - 0.52)	
Educ(1)		9.75 (72.38 - 1.31)	1.89 (5.19 - 0.69)		3.54 (12.08 - 1.04)		4.9 (10.44 - 2.30)	0.20 (0.86 - 0.05)			2.26 (4.44 - 1.15)
Educ(2)		6.62 (50.10 - 0.87)	1.10 (3.13 - 0.39)		2.04 (7.18 - 0.58)		4.57 (10.09 - 2.07)	0.18 (0.78 - 0.04)			1.17 (5.58 - 0.24)
Social(1)						3.33 (7.18 - 1.54)			0.39 (0.79 - 0.19)		
Social(2)						1.74 (2.57 - 1.18)			0.70 (1.01 - 0.48)		
Civil(1)				2.62 (4.92 - 1.40)		1.34 (2.43 - 0.74)					
Civil(2)				0.006		2.20 (10.28 - 0.47)					
Civil(3)				1.67 (2.99 - 0.93)		4.63 (8.38 - 2.56)					

OR: Odds Ratio; (IC): Intervalo de confianza

A: Modalidad en el aseo personal; B: Periodicidad en el aseo; C: Periodicidad en el lavado del cabello;

D: Lava manos siempre antes de comer; E: Lava las manos siempre después de ir al servicio;

F: Afeitado en varones según el procedimiento correcto; G: Higiene bucodental en edéntulos parciales;

H: Higiene bucodental en edéntulos totales; I: Duerme al menos siete horas al día; J: Efectúa siestas diurnas;

K: Se acuesta de modo inmediato tras cenar.

que a ello ha contribuido el procedimiento seguido en la captación de los encuestados, con notificación postal y posterior recordatorio telefónico, así como el haber comentado el proyecto, de modo previo, con los médicos de cabecera.

De otra parte, la fiabilidad del cuestionario, medida a través de la estabilidad en las respuestas, donde obtenemos buenos coeficientes excepto en dos ítems, en que los obtenemos moderados (probable sesgo de «conveniencia en la respuesta»), garantiza resultados fiables.

Hemos seguido la clasificación que hace Díaz de la Peña¹⁴ de los hábitos higiénicos y en las que establece las condiciones que se consideren correctas.

Debemos significar las grandes dificultades que hemos encontrado para poder comparar nuestros datos con los de la bibliografía consultada, derivadas, sobre todo, de las enormes diferencias metodológicas. Por ello solo hacemos aproximaciones cualitativas en las comparaciones.

En cuanto a los hábitos de aseo personal no hemos encontrado bibliografía que nos permita comparar datos en población anciana. En estudios efectuados en escolares, el porcentaje de aquellos que se duchan con una frecuencia superior a una vez por semana, así como lavado de cabello con la misma frecuencia, aumenta con la edad en el ámbito urbano. La frecuencia en el medio rural es menor¹⁵. De nuestros resultados cabe inferir que son peores en el medio rural y en los varones.

Los problemas bucodentales son frecuentes en los ancianos, destacando los que citamos a continuación: atricción-abrasión-erosión, caries, enfermedad periodontal, lesiones inducidas por prótesis tales como queilitis angular o hiperplasia por prótesis, lesiones precancerosas como leucoplasia o líquen plano, neoplasias malignas¹⁶. Muchas de ellas en relación directa con una inadecuada higiene bucodental y de las prótesis, aunque, lógicamente, pueden intervenir otros muchos factores, lo que justifica el estudio de estas variables en la población anciana. En todo caso el estado bucal y dental de estas personas será el resultado de una serie

de factores personales, sociales y de la técnica llevada a cabo por los profesionales odontomatólogos que le hayan asistido en los años anteriores. En nuestro estudio hemos considerado el uso de prótesis siguiendo los criterios de la OMS, y hemos diferenciado en *Usa prótesis*, y *No usa prótesis*. No hemos considerado el parámetro *Necesidad de uso de la prótesis* donde algunos autores establecen criterios estéticos y clínicos¹⁷. Tampoco hemos evaluado el parámetro *Nivel de eficacia de la higiene oral*, medible por medio del índice de O'Leary para el caso de individuos dentados y por medio del índice de Vigild¹⁸ para los portadores de prótesis. En cambio hemos utilizado criterios mucho más exigentes y restrictivos en lo referente a *Motivación y actitud hacia la higiene oral* considerando como correcto el lavado de la boca o prótesis después de cada comida, frente a otros autores que consideran adecuado el cepillado de al menos una vez todos los días, insuficiente si hay algún que otro cepillado o enjuague después de las comidas y nula total cuando no existe cuidado alguno de la boca¹⁹.

Cabe considerar como dentado al anciano que conserva todas sus piezas dentales o bien a aquel que presenta solamente ausencia de cordales o de alguna pieza dental con cierre del espacio interdentario sin afectar a la masticación. Cabe considerar desdentado total a la persona que carece totalmente de piezas dentales o que solamente conserva algún resto radicular o diente único cuya extracción está indicada. El porcentaje de edéntulos totales varía según los diferentes estudios revisados. Carvidón et al en su estudio de ancianos en Canarias²⁰ encuentran que el 69% eran desdentados totales en maxilar superior y el 92% en el maxilar inferior. El porcentaje de los desdentados totales aumentaba a partir de los 70 años. Caballero et al²¹ en su estudio encuentran que el 91.7% de los ancianos presentan alguna forma de patología periodontal; edentulismo total en el 53.1%; requieren prótesis completa superior el 57.5%; requieren prótesis parcial para maxilar inferior el 17% y el 13% para maxilar superior. En ancianos americanos del ámbito rural²², el 38% de los varones y el 40% de las mujeres mayores de 65 años eran edéntulos totales, aunque la tendencia es marcadamente decreciente en las últimas décadas.

La prevalencia de estomatitis por prótesis varía entre el 27% y el 67% dependiendo de la población que se estudie²³. Pero solamente el 10% refieren molestias²⁴.

Un estudio en una población de jubilados de la Comunidad de Madrid²⁵ encuentra que el 52.8% no se cepillan los dientes ninguna vez al día, con mayor porcentaje en varones; el 25.9% se los lavan una vez al día; el 21.2% lo hacen dos o mas veces. El 91% no acuden de modo regular al odontólogo, considerando el 25% que no era necesario, y argumentando motivos económicos el 10%. En los ancianos americanos solo el 29.5% habían visitado al dentista en el año anterior. El 47% no había visitado ninguna vez al odontólogo en los últimos 5 años²⁶.

Castillo et al²⁷ en su estudio señalan como a nivel rural el 22.4% de los varones y el 42.4% de las mujeres se pueden considerar edéntulos totales. En el medio urbano lo son el 42.4% de los varones y el 45.2% de las mujeres. En el ámbito rural utilizan prótesis dental el 40.4% de los varones y el 50% de las mujeres. En el urbano la utilizan el 61.7% de los varones y el 71% de las mujeres. Por su parte M. Colomo en su estudio a nivel urbano refiere que el 35% de los varones y el 48% de las mujeres son edéntulos totales. El porcentaje aumenta con la edad. Utilizan algún tipo de prótesis en 65% de las personas.

En cuanto a las alteraciones del sueño cabe decir que son una de las quejas mas frecuentes en los ancianos. Mas del 50% de las personas ancianas que viven en su propio domicilio tienen algún trastorno del sueño, llegando a los dos tercios en los ancianos institucionalizados²⁸. La prevalencia de estas alteraciones aumenta con la edad de modo lineal²⁹, con predominio en el sexo femenino, en los pacientes con problemas médicos o psiquiátricos y en los que se automedican³⁰. También es mayor la prevalencia en personas divorciadas, separadas o viudas, así como en aquellas de nivel socio-económico bajo³¹. Muy probablemente exista de modo subyacente una mala higiene del sueño, aunque en todo caso la prevalencia de esta cuestión es desconocida³². Señalaremos además el hecho de que los sujetos que se quejan de insomnio en muchos casos duermen el

mismo tiempo que aquellos que no refieren este problema. De lo que cabría deducir que tienden a magnificar el problema. Así mismo nos podríamos cuestionar cual es la cantidad de sueño que se necesita a cualquier edad. Y podríamos responder haciendo referencia a la cantidad necesaria para que el individuo se sienta completamente despierto y enérgico durante el día, despejado y sin embotamiento, activo y sin apatía. En todo caso, las necesidades de sueño medias varían en sentido inverso a la edad, pasando de las 17-18 horas del neonato hasta las seis horas y media en los mayores de 60 años³³. Sin embargo, las alteraciones en los patrones del sueño del anciano nos hace pensar que lo que disminuye con la edad no es la necesidad de dormir sino la capacidad para hacerlo³⁴. A medida que envejecemos el reloj circadiano se adelanta, produciendo un síndrome de adelanto de la fase del sueño. Es muy frecuente en ancianos y es una de las principales razones que explica las quejas de muchos de ellos, de despertarse pronto y ser incapaces de volverse a dormir.

A modo de conclusión, cabe decir que los hábitos higiénicos en los ancianos de nuestra provincia son mejorables en todos los aspectos analizados y de modo especial en el ámbito rural, en los varones, en los más ancianos y en aquellos con niveles educativos inferiores, tal como se desprende de los datos del análisis multivariante. Pensamos que compete tanto a los profesionales médicos como de enfermería de los equipos de atención primaria, la detección de estas deficiencias con la posterior implementación de medidas correctoras que redundaría en un mayor bienestar de los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salleras Sanmartí Ll. Educación Sanitaria. Bases científicas. En: Piédrola Gil G et al eds Medicina Preventiva y Salud Pública. 8ª edición. Barcelona: Salvat; 1989.p. 849 - 870.
2. Requés Velasco P. El envejecimiento de la población: una perspectiva geodemográfica. En: Crespo D. editor El envejecimiento. Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Prous Science; 1997.p. 1 - 31.

3. Fabacher D, Josephson K, Pietruska F, Liderbom K, Morley JE, Rubenstein LZ. An in-home Preventive Assessment Program for Independent older adults. A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 630 - 638.
4. Kligman EW. Preventive geriatrics: basic principles for primary care physicians. *Geriatrics* 1992; 47 : 39 - 50.
5. Riera M, Martín J, Fernández F, Aguilar M^a C, Domínguez J, Aguilar J. Educación para la salud (EPS). Una experiencia de intervención en el ámbito comunitario destinado a mayores. *Centro de Salud* 1996; 4 (10): 665 - 668.
6. Oyarzábal M, Cebrián C, Escós C, López R. Un sistema de citación eficaz para realizar entrevistas a las personas mayores de 65 años. *Aten Primaria* 1993; 12 (4): 224 - 226.
7. Eiroa Patiño P, Vázquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 641 - 648.
8. Díaz de la Peña J. Higiene, Régimen de Vida, Sueño e insomnio, Alimentación y Nutrición, Inmovilidad. En: Salgado A y Guillén F eds. *Manual de Geriatria*. Barcelona: Salvat; 1990. p. 105 - 120.
9. Carvidón MA, Anía BJ, Suárez JL, Guerra L. Salud en ancianos institucionalizados en Canarias. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1996; 31 (4): 211 - 215.
10. Estivill Sancho E. Trastornos del sueño en el anciano. *Medicine* 1991; 86: 3356 - 3363.
11. Estivill Sancho E. Conceptos actuales en los problemas del sueño del anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990; 25 (5): 265 - 267.
12. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona. Doyma; 1991.
13. Colomo M. Estudio sociosanitario en las personas mayores de 65 años en la ciudad de Guadalajara. [Tesis Doctoral]. Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá; 1998.
14. Díaz de la Peña J. Higiene, régimen de vida, sueño e insomnio. Alimentación y Nutrición. Inmovilidad. En: Salgado A y Guillén F. Eds. *Manual de Geriatria*. Barcelona: Salvat; 1990. p. 105 - 120.
15. Sánchez Moreno A, Barco Fernández V, Castillo Vicente P, Sánchez Estévez V, Cánovas Valverde J, Maset Campos P. Conocer los hábitos higiénicos de los escolares cauce de colaboración ciudadana en salud. *Aten Primaria* 1992; 9 (1): 24 - 28.
16. Caballero García J, Caballero García JC. Enfermedades y trastornos bucales en el anciano. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1991; 26 (1): 29 - 34.
17. Budtz-Jørgensen, Luan E. Mandibular relation related to dental, occlusal and prosthetic conditions in a selected elderly population. *Gerodontics* 1985; 1: 28 - 33.
18. Vigild M. Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 309-313.
19. Pinzón-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del índice de valoración de salud oral en Geriatria en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1999; 34 (5): 273 - 282.
20. Carvidón MA, Anía BJ, Suárez JL, Guerra L. Salud bucal en ancianos institucionalizados en Canarias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31 (4): 211 - 215.
21. Caballero García FJ, Caballero JC, Espina FJ, Estefanía E, González A, Goicoechea J. Estado de salud oral en ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990; 25 (4): 198 - 202.
22. Hunt RJ, Beck JD, Lemke JH, Kohont FJ, Wallen RB. Edentulism and oral health problems among elderly rural Iowans: the Iowa 65+ rural health study. *Am J Public Health* 1985; 75: 1177 - 1181.
23. Quinteros Borgarello A, Chimenos Küstner E, Gándara Rey JM. Consideraciones clínicas y terapéuticas de la estomatitis por prótesis. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1997; 32 (1): 217 - 224.
24. Ceballos A, González Moles MA, Urquía M. Estomatitis pr prótesis; incidencia de esta enfermedad y estudio sobre los factores más prevalentes. *Avances Odontoestomatol* 1992; 8 : 287 - 298.
25. Casado I, Gil Miguel A, López Jiménez R, Descalzo Fernández FJ, del Rey Calero J. Estudio epidemiológico de la salud dental en una población de jubilados. *Aten Primaria* 1994; 13 (4): 178 - 181.
26. Gordon SR, Jahning DW. Oral assessment of the dentulous elderly patient. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 276 - 281.

27. Castillo Soria O, Carrasco Asenjo M, Martínez Lázaro F, Magro Perteguer R, Sánchez Blanqué R. Epidemiología y Planificación de la asistencia sanitaria al anciano. *Gac Sanit* 1988; 2 (4): 30 - 33.
28. Treatment of sleep disorders of older people. NIH Consensus Development Conference Statement 1990; 25 (3): 26 - 28.
29. Gorbien MJ. When your older patient can't sleep: How to put insomnia to rest. *Geriatrics* 1993; 48: 65 - 75.
30. Morgan K, Dalloso H et al. Characteristics of subjective insomnia in the elderly living at home. *Age and Ageing* 1988; 17: 1 - 7.
31. Kupfer D, Reynolds C. Current concepts: management of insomnia. *N Eng J Med* 1997; 336: 341 - 346.
32. Becker PM, Jamieson AO. Common sleep disorders in the elderly. Diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1992; 47 (3): 41 - 53.
33. Montoya J, Soria J. Transtornos del sueño. Cuadernos geriátricos 2. Ed. Delagrangé SPV núm 42.
34. Ancoli-Israel S. Transtornos del sueño: a la cama con los mitos. *Modern Geriatrics* (ed. español) 1997; 9: 141-146.