

# CARTAS AL EDITOR

## **Autorreporte de visitas al dentista y hábitos de higiene bucal en una población universitaria mexicana**

*Señor editor:* Remitimos algunos resultados de un estudio transversal descriptivo realizado de junio de 2008 a diciembre de 2011 relacionados con el autorreporte de visitas al dentista y hábitos de higiene bucal en una población universitaria mexicana. Como es sabido, las enfermedades bucales más frecuentes en el mundo son la caries dental y las periodontopatías que ocasionan la pérdida temprana de los dientes.<sup>1</sup> Varios investigadores han informado de la asociación entre la mala higiene bucal, la caries dental y las periodontopatías.<sup>2</sup> En México se han implementado programas nacionales para intensificar las acciones de prevención de enfermedades bucales, que a pesar de todo tienen una alta prevalencia<sup>3</sup> actualmente. El objetivo del presente estudio fue la obtención de un autorreporte de la frecuencia de visitas al dentista, el uso del cepillo dental, de las tabletas reveladoras, del hilo dental y otros auxiliares de higiene oral en una población universitaria en San Luis Potosí (UASLP), México, con la finalidad de identificar el autocuidado bucal de los participantes. Se invitó a 1 700 estudiantes de licenciatura de ambos sexos de la UASLP y de cualquier edad. Se incluyeron en el estudio 1 547 alumnos (aproximadamente 10% de la población total). Se seleccionó aleatoriamente a los sujetos y las variables que se evaluaron se especifican en el

cuadro I. Las preguntas del cuestionario se dividieron en función a su contenido en: a) preguntas de identificación (*ítems* 1 y 2), b) preguntas relacionadas con las actitudes concretas de los participantes en relación al tema (*ítems* 3, 4, 7 y 13), c) preguntas relacionadas con la percepción del estado bucal (*ítems* 5 y 6) y d) preguntas para valorar los hábitos existentes (*ítems* 8-12, 14, 15-27). En el cuestionario se integraron 27 *ítems*, incluyendo un total de 76 variables. Veinticinco preguntas eran cerradas, con la opción de “otros” y “especifique” y dos preguntas eran abiertas. Se realizaron 450 pruebas piloto para validar la herramienta e identificar las opciones de las preguntas cerradas. El cuestionario fue anónimo y las contestaciones de los participantes fueron individuales. Se realizó la prueba de ji cuadrada para comparar la variable sexo con las visitas al dentista, la intervención del dentista con algún tratamiento, el uso del cepillo, de las tabletas, del hilo dental y otros auxiliares. El análisis se efectuó con el programa JMP v 9.0. En el estudio se incluyeron 1 547 alumnos de 17 a 32 años de edad ( $20\pm 2.4$ ), 46.3% de sexo femenino ( $n=717$ ). En relación con las preguntas del cuestionario, en la pregunta 7 sólo tres participantes contestaron llenando el espacio de “otros” y “especifique”. En el cuadro II se reporta la frecuencia de visitas al dentista, el uso del cepillo dental, de las tabletas reveladoras y el hilo dental. El 96.8% de los sujetos que visitan al dentista fueron intervenidos con algún tratamiento. Sólo 60% de los que conocen la técnica de cepillado recibieron instruc-

ción por un profesional de la salud bucal. De los 1 547 sujetos que participaron, 1 083 (70%) utilizan otro auxiliar de higiene, y el enjuague bucal (80.1%,  $n=1 013$ ) fue el más utilizado. El sexo femenino se asoció con la frecuencia más baja de intervención del dentista con algún tratamiento ( $p=0.0098$ ) y con la frecuencia más alta en el uso de las tabletas reveladoras ( $p=0.0085$ ) y el hilo dental ( $p=0.0011$ ). Se ha reportado que en los países en desarrollo los niveles de prevención en el área de la salud bucal son deficientes, esto se debe a diversos factores, pero el principal es la falta de información. En México existe una actitud intervencionista en los temas de salud bucal, debido a que la mayoría de los pacientes sólo acude a los servicios odontológicos cuando tiene un problema. Otros autores evaluaron la frecuencia de la caries y la pérdida de los dientes en estudiantes de la UASLP; reportaron altos porcentajes en la prevalencia de caries (74.4%) y pérdida de órganos dentarios (18%).<sup>4,5</sup> Es importante notar que a pesar de que en el presente estudio el porcentaje de visitas al dentista (98.9%) y el conocimiento de la técnica del cepillado (95.5%) fue alto, el porcentaje en la intervención del dentista con un tratamiento también fue alto (96.8%) y el uso de las tabletas reveladoras, del hilo dental y el entrenamiento de los hábitos de higiene bucal por el profesional de la salud bucal fueron bajos, lo que evidencia la ausencia de prevención y control del autocuidado del individuo, motivo por el cual se considera conveniente establecer estrategias como: 1) Proporcionar

Cuadro I

CUESTIONARIO DE LAS VISITAS AL DENTISTA Y HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE UNA POBLACIÓN UNIVERSITARIA MEXICANA.  
SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO 2008-2011

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )
3. ¿Visitas al dentista?  
-Si ( ) -No ( )  
Si visitas al dentista, contesta la pregunta 4, 5 y 6.
4. ¿Con qué frecuencia visitas al dentista al año?  
-1 a 3 veces ( ) -Más de 3 veces ( )
5. ¿Por qué has visitado al dentista?  
-Revisión ( )  
-Dolor ( )  
-Tratamiento ( )  
-Otros: ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
6. ¿Qué tipo de tratamiento te ha realizado el dentista?
7. Si no visita al dentista, mencione por qué  
-Es muy caro ( )  
-No tienes tiempo ( )  
-Por temor ( )  
-No te interesa ( )  
-Otros: ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
8. ¿Te lavas los dientes con cepillo dental?  
-Si ( ) -No ( )  
Si te lavas los dientes con cepillo dental, contesta la pregunta 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.
9. ¿Qué cepillo usas?  
-Manual ( )  
-Eléctrico ( )  
-Ambos ( )
10. ¿Cómo seleccionas o compras tu cepillo dental?  
-Por el tipo de las cerdas ( )  
-El color ( )  
-Por el costo ( )  
-Por la forma del mango ( )  
-Por la marca ( )  
-Por el tamaño del cepillo ( )  
-Otros: ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
11. ¿Cómo reconoces que hay que cambiar o desechar tu cepillo dental?  
-Por el aspecto de las cerdas ( )  
-Por el tiempo ( )  
-No lo reconozco ( )  
-Otros ( ) . Especifique: \_\_\_\_\_
12. ¿Con qué frecuencia te lavas los dientes al día?  
-1 a 3 veces ( )  
-Más de 3 veces ( )
13. ¿Con que frecuencia cambias tu cepillo dental?  
-Cada 3 meses ( )  
-Cada 6 meses ( )  
-Al año ( )  
-Más de 1 año ( )
14. ¿Quién te enseñó a lavarte los dientes?  
-El dentista ( )  
-Un familiar ( )  
-Otros: ( ) . Especifique: \_\_\_\_\_
15. ¿Conoces la técnica del cepillado?  
-Si ( ) -No ( )
16. ¿Conoces las tabletas reveladoras?  
-Si ( ) -No ( )
17. ¿Utilizas las tabletas reveladoras?  
-Si ( ) -No ( )  
Si utilizas las tabletas, contesta la pregunta 18 y 19.
18. ¿Quién te enseñó a utilizar las tabletas?  
-El dentista ( )  
-Un familiar ( )  
-Otros ( ) . Especifique: \_\_\_\_\_
19. ¿Con qué frecuencia utilizas las tabletas?  
-1 vez al día ( )  
-1 vez a la semana ( )  
-1 vez al mes ( )  
Otros ( ) . Especifique: \_\_\_\_\_
20. ¿Conoces el hilo dental?  
-Si ( )  
-No ( )
21. ¿Utilizas el hilo dental?  
-Si ( ) -No ( )  
Si utilizas el hilo, contesta la pregunta 22, 23, 24, 25.
22. ¿Sabes usar el hilo dental?  
-Si ( )  
-No ( )
23. ¿Quién te enseñó a utilizar el hilo dental?  
-El dentista ( )  
-Un familiar ( )  
-Otros ( ) . Especifique: \_\_\_\_\_
24. ¿Con qué frecuencia usas el hilo?  
-1 a 2 veces al día ( )  
-1 vez a la semana ( )  
-1 o 2 veces mensual ( )  
-Otro: ( ) . Especifique: \_\_\_\_\_
25. ¿Cómo seleccionas o compras el hilo dental?  
-Por el costo ( )  
-Por recomendación ( )  
-No hay preferencia para seleccionarlo ( )  
-Por la marca ( )  
-Otros: ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
26. ¿Utilizas otros auxiliares para mantener tu higiene bucal?  
-Si ( )  
-No ( )
27. Si utilizas otros auxiliares, menciónalos:

**Cuadro II**  
**FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA, USO DE CEPILLO DENTAL, TABLETAS REVELADORAS E HILO DENTAL**  
**EN UNA POBLACIÓN UNIVERSITARIA MEXICANA. SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO 2008-2011**

Visitas al dentista	Frecuencia	Cepillado dental (%)	
Sí visita al dentista	1 530 (98.9)	Conocimiento de la técnica	1 478 (95.5)
Frecuencia de visitas al año:		Frecuencia del uso:	
1 a 3 veces	1 322 (85.5)	1 a 3 veces	1 397 (90.3)
Más de 3 veces	208 (13.4)	Más de 3 veces	149 (9.6)
Motivo de la visita:*		Selección:‡	
Dolor	259 ( 14.7)	Cerdas	989 ( 53.5)
Revisión	943 ( 53.4)	Color	2 ( 0.1)
Tratamiento	547 ( 31.0)	Costo	151 ( 8.2)
		Mango	36 ( 1.9)
		Marca	466 ( 25.2)
		Tamaño	204 ( 11.0)
Motivos de no realizar las visitas:		Reconocimiento para desechar el cepillo:	
Alto costo	3 ( 17.6)	Por las cerdas	1 100 ( 71.1)
Falta de interés	10 ( 58.9)	Tiempo	159 ( 10.3)
Temor	1 ( 5.9)	Ambos§	48 ( 3.1)
No es necesario	3 ( 17.6)		
Variable	Tabletas reveladoras	Hilo dental	
Conoce o identifica	613 (39.6)	1 486 (96.1)	
Utiliza o usa	127 (8.2)	631 (40.8)	
Frecuencia de uso:			
1 o 2 veces al día	17 ( 1.1)	362 ( 23.4)	
1 vez a la semana	21 ( 1.4)	187 ( 12.1)	
1 o 2 veces al mes	89 ( 5.8)	82 ( 5.3)	
Lo enseñó o entrenó:			
Dentista	100 ( 6.5)	550 (35.6)	
Otros	27 ( 1.7)	181 (11.7)	

n=1 547 sujetos

Se obtuvieron:

\* 1 766

‡ 1 848 respuestas de los 1 547 sujetos porque algunos participantes contestaron más de una respuesta

§ Ambos. Se desecha el cepillo por el desgaste de las cerdas y el tiempo

información e incrementar la educación sanitaria, 2) Generar programas de salud bucal con el propósito de fomentar la cultura del autocuidado, 3) Informar de los resultados de los programas para identificar debilidades y fortalezas, y 4) Realizar estudios longitudinales (no sólo transversales) para fortalecer el autocuidado bucal en el individuo.

Nuria Patiño-Marín, D en C,<sup>(1)</sup>  
 nuripaty@uaslp.mx  
 Selene Arizbé Moreno-Álvarez, M en C,<sup>(1)</sup>  
 Juan Pablo Loyola-Rodríguez, D en C,<sup>(1)</sup>  
 Gabriel Alejandro Martínez-Castañón, D en C,<sup>(1)</sup>  
 Luis Armando Leal-Tobías, M en C,<sup>(1)</sup>  
 Ma. del Pilar Goldaracena-Azuara, M en C,<sup>(1)</sup>  
 Carlo Eduardo Medina-Solís, M en C,<sup>(2)</sup>  
 Jorge Fernando Toro-Vázquez, D en Fq,<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Laboratorio de Investigación Clínica.  
 Facultad de Estomatología.  
 Universidad Autónoma de San Luis Potosí.  
<sup>(2)</sup> Área Académica de Odontología del Instituto  
 de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma  
 del Estado de Hidalgo. Pachuca, Hidalgo, México.  
<sup>(3)</sup> Facultad de Ciencias Químicas.  
 Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

### Referencias

1. Khan AA, Jain SK, Shrivastav A. Prevalence of dental caries among the population of Gwalior (India) in relation of different associated factors. *Eur J Dent* 2008;2:81-85.
2. Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J* 2000;50:129-139.

3. Maupomé-Carvantes G, Borges-Yáñez SA, Ledesma-Montes C, et al. The prevalence of caries in marginal rural and peripheral urban areas. *Salud Publica Mex* 1993;35:357-367.
4. García-Cortés JO, Medina-Solís CE, Loyola-Rodríguez JP et al. Dental caries' experience, prevalence and severity in Mexican adolescents and young adults. *Rev Salud Pública (Bogota)* 2009;11:82-91.
5. García-Cortés JO, Loyola-Rodríguez JP, Patiño-Marín N, et al. Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos. *Rev Estomatol Herediana* 2010;20:191-195.

### Corrección en artículo sobre hipertensión en adultos mexicanos

*Estimado editor:* En relación con el artículo "Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006", aparecido en Salud Pública de México,<sup>1</sup> nos gustaría señalar que por error presentamos prevalencias utilizando el punto de corte de la clasificación del ATP III<sup>2</sup> para definir hipertensión arterial, y no de la clasificación de JNC 7,<sup>3</sup> como se señala en el texto. Hemos recalculado las prevalencias de hipertensión en México, así como los cuadros y figuras del artículo,

para poder hacer comparaciones con la encuesta anterior y con las futuras utilizando los mismos puntos de corte (figuras 1 y 2, cuadro I).

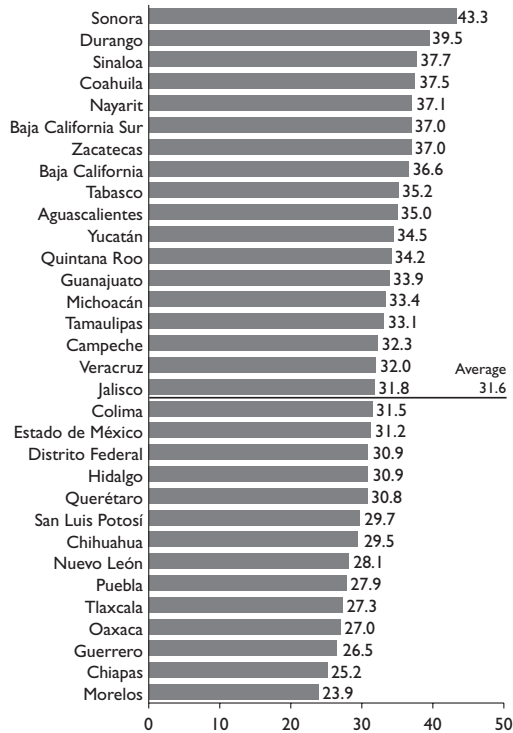
Con esta modificación, la prevalencia de hipertensión en México fue de 31.6%, cifra menor a la originalmente presentada.

Por lo anterior, pedimos una disculpa a los lectores y mucho agradecemos que esta información pueda ser distribuida por ustedes.

Simón Barquera, MD, PhD,  
Ismael Campos, MSc, Lucía Hernández, MSc,  
Salvador Villalpando, PhD, César Rodríguez, MD,  
Ramón Durazo, PhD, Carlos Aguilar, MC.

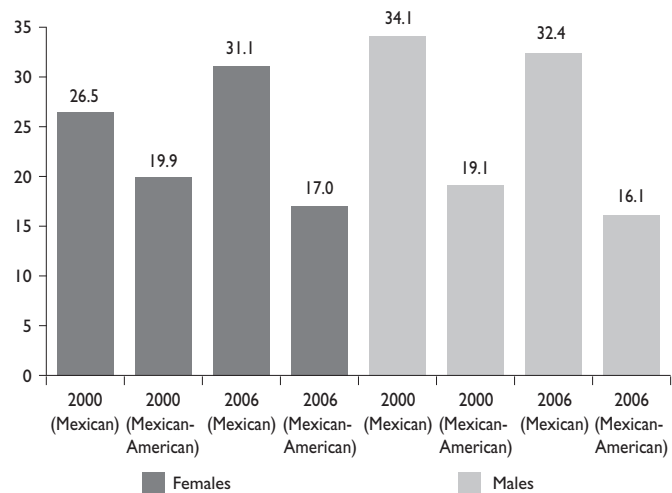
### Referencias

1. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizú R, et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex* 2010;52 suppl 1:S63-S71.
2. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002;106(25):3143-3421.
3. Chobanian A, Bakris G, Black H. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-2572.



\* JNC7 cut-off points. SBP  $\geq$  140 o DBP  $\geq$  90 mmHg or pharmaceutical treatment for hypertension  
Data adjusted for the survey complex design

**FIGURE 1. PREVALENCE OF HYPERTENSION IN MEXICAN ADULTS BY STATE. MEXICO, ENSANUT 2006\***



**FIGURE 2. CHANGES IN THE PREVALENCE OF HYPERTENSION IN MEXICAN ADULTS (MHS 2000, ENSANUT 2006 AND NHANES 1999-2000, NHANES 2005-2006)**

*Nota del editor:* Los cambios enviados por los autores del artículo "Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006" han sido incorporados y se pueden descargar gratuitamente en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002483>.

**Table I**  
**SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, ANTHROPOMETRY AND PREVIOUSLY DIAGNOSED CHRONIC DISEASES IN ADULT ≥ 20 YEARS WITH HYPERTENSION. MEXICO, ENSANUT 2006\***

	Hypertension <sup>‡</sup>			Survey finding			Previously diagnosed		
	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI	n
Total	31.6	30.9-32.4	10,742	15.1	14.5-15.7	5,336	16.5	15.9-17.1	5,406
Sex <sup>&amp;</sup>									
Females	31.1	30.1-32.1	6,398	11.8	11.2-12.5	2,569	19.3	18.4-20.1	3,829
Males	32.4	31.2-33.6	4,344	19.8	18.8-20.8	2,767	12.6	11.7-13.5	1,577
Age (years) <sup>&amp;</sup>									
20-29	14.2	13.1-15.4	1,102	7.8	7.0-8.7	602	6.4	5.6-7.2	500
30-39	21.6	20.3-22.9	2,024	11.7	10.7-12.8	1,135	9.9	8.8-10.8	889
40-49	31.2	29.5-32.9	2,192	15.9	14.6-17.1	1,144	15.3	14.1-16.7	1,048
50-59	46.1	43.7-48.4	1,976	21.3	19.4-23.2	947	24.8	22.7-26.8	1,029
≥60	59.2	57.4-61.1	3,444	24.3	22.7-25.9	1,507	34.9	32.8-37.0	1,937
Body mass index <sup>&amp;</sup> (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>§</sup>									
Normal	20.5	19.2-21.7	1,954	10.6	9.8-11.5	1,061	9.8	8.9-10.7	893
Overweight	30.9	29.7-32.2	4,004	15.4	14.5-16.3	2,080	15.6	14.5-16.6	1,920
Obesity	44.6	43.1-46.1	4,510	19.7	18.5-20.8	2,052	25.0	23.7-26.3	2,458
Abdominal obesity <sup>#,&amp;</sup>									
Yes	37.0	36.1-37.9	9,181	16.9	16.2-17.6	4,393	20.1	19.3-20.9	4,788
No	16.6	15.3-17.8	1,339	10.1	9.1-11.0	832	6.5	5.7-7.3	507
Region <sup>&amp;</sup>									
Northern	34.2	32.9-35.9	2,726	17.2	16.2-18.2	1,383	16.9	15.9-17.9	1,343
Central	30.1	28.3-31.8	2,084	12.6	11.4-13.8	989	17.5	16.0-18.9	1,095
Center/West	33.5	32.1-34.8	3,349	15.5	14.5-16.5	1,539	18.0	16.9-19.1	1,810
Southern	29.9	28.6-31.3	2,583	16.5	15.4-17.6	1,425	13.4	12.5-14.4	1,158
Area <sup>&amp;</sup>									
Rural	30.7	29.5-32.0	3,081	17.4	16.3-18.5	1,672	13.4	12.4-14.3	1,409
Urban	31.9	31.0-32.8	7,661	14.4	13.8-15.1	3,664	17.5	16.7-18.2	3,997
Socioeconomic status tertile <sup>&amp;</sup>									
Low	30.9	29.8-32.1	4,030	16.8	15.9-17.7	2,187	14.1	13.2-15.0	1,843
Medium	32.0	30.7-33.3	3,777	14.7	13.8-15.6	1,809	17.3	16.2-18.4	1,968
High	31.9	30.4-33.4	2,889	13.8	12.7-14.8	1,313	18.2	16.9-19.4	1,576
Education <sup>&amp;</sup>									
Primary school or less	45.3	43.0-47.6	1,646	21.9	20.5-23.8	824	23.3	21.2-25.4	822
Middle school	35.9	34.8-37.0	5,926	16.4	15.5-17.3	2,798	19.5	18.6-20.4	3,128
High school or more	23.5	22.3-24.6	3,129	11.9	11.1-12.7	1,688	11.6	10.7-12.5	1,441
Previously diagnosed type 2 diabetes <sup>&amp;</sup>									
Yes	56.2	53.0-59.3	1,330	18.7	16.3-21.0	439	37.5	34.3-40.7	891
No	29.7	28.9-30.5	9,396	14.8	14.2-15.4	4,889	14.9	14.2-15.5	4,507
Previously diagnosed hipercholesterolemia <sup>&amp;</sup>									
Yes	56.5	53.7-59.7	1,567	13.2	11.2-15.2	379	41.9	39.3-44.5	1,283
No	29.1	28.4-29.9	9,080	15.3	14.7-15.9	4,903	13.6	13.0-14.3	4,070

\* Data adjusted for the complex survey design. Cases analyzed if had blood pressure recorded and information on previous diagnosis.

‡ Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure cut-off points (JNC7). SBP ≥140 o DBP ≥90 mmHg or pharmacological treatment for hypertension.

§ WHO cut-off points. BMI normal = 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>, overweight 25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>, obesity ≥30 kg/m<sup>2</sup>.

# Abdominal obesity cut-off points by International Diabetes Federation criteria (≥80 cm females, ≥90 cm males).

& Statistically significant difference between categories using a Pearson  $\chi^2$  test ( $p < 0.05$ )

### Cara y cruz de las actitudes en seguridad clínica de pacientes y profesionales

*Señor editor:* Es conocido que la actitud de los profesionales ante los eventos adversos (EA) es crucial para lograr una atención sanitaria segura y que las actitudes defensivas impiden un análisis sosegado de las causas de los EA, dificultan que se adopten medidas que los eviten en el futuro y no contribuyen a generar un entorno seguro.<sup>1,2</sup> También es conocido que la seguridad de los pacientes no es sólo responsabilidad de los profesionales.<sup>3</sup> Los pacientes también contribuyen a crear un entorno sanitario más seguro.<sup>4</sup>

Por esta razón, en el desarrollo de un proyecto de investigación sobre "implicación de los pacientes diabéticos o con insuficiencia renal en la seguridad clínica", financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias de España y por Fondos FEDER (referencia PI08-90118), comparamos la percepción que pacientes y profesionales tienen de la frecuencia con que en la práctica clínica se producen EA. Ambas patologías fueron seleccionadas porque en ellas coincide un elevado riesgo de sufrir daño o lesión involuntaria asociada a la atención sanitaria.<sup>5</sup> Para llevar adelante este estudio, entrevistamos a una muestra aleatoria de 98 diabéticos y de 101 pacientes con insuficiencia renal crónica (mayores de edad y en tratamiento un mínimo de tres años) y a una muestra de conveniencia de 60 profesionales (entre

tutores de residentes, especialistas de hospital, médicos de familia y enfermeras de centros de atención primaria y de unidades de hemodiálisis, todos ellos con una experiencia de al menos tres años, miembros de sociedades científicas y asociaciones profesionales o que habían realizado formación reglada en seguridad del paciente). Menos de 5% de pacientes rechazaron responder. Un 20% de los profesionales no respondió en el plazo indicado. Se compararon sus respuestas mediante ji cuadrada con un intervalo de confianza de 95% ( $p<0.05$ ). A los pacientes se les preguntó: pensando en el conjunto de los pacientes diabéticos/renales que conoce ¿Con qué frecuencia cree que se producen fallos o errores clínicos (médicos o de enfermería) durante el tratamiento? A los profesionales se les preguntó: con qué frecuencia sufren los pacientes diabéticos/renales un EA: daño o lesión atribuibles directamente a la intervención o atención sanitaria que reciben.

En este caso, hasta nueve veces más de profesionales ( $n=28$ , 46.7%) que de pacientes ( $n=10$ , 5%) dijeron que los EA eran frecuentes. Estas diferencias estadísticamente significativas se mantuvieron en las submuestras de ambas patologías, diabetes tipo I ( $p<0,0001$ ) e insuficiencia renal ( $p<0,0001$ ) (cuadro I). Cabe destacar que en el caso de la insuficiencia renal los profesionales consideraron que el número de EA era menor al del tratamiento de la diabetes (37 vs 54.5%). En este caso, 63% de los profesionales consideraron que los EA en el curso del tratamiento de la

insuficiencia renal eran poco frecuentes y, lo más destacado, 10% consideraron que era muy raro que se produjeran EA en el curso del tratamiento de la diabetes.

Creemos que es positivo que los pacientes diabéticos y con enfermedad renal confíen en los profesionales, pero no es tan positivo que estos pacientes de mayor riesgo consideren improbable que puedan llegar a ser víctimas de un error clínico, sobre todo porque no adoptarán ninguna medida de precaución y es improbable que adopten un papel como segundo control que contribuya a evitar EA.<sup>4,5</sup> Por otro lado, aunque un elevado número de profesionales parecen alerta ante la posibilidad de un EA, confirmamos que todavía hay profesionales que infravaloran el riesgo de que se produzcan EA.<sup>6</sup>

Estos resultados confirman que los pacientes con mayor riesgo de sufrir un EA se comportan de modo similar a otros pacientes y no esperan que pueda producirse un EA.<sup>7,8</sup> Lograr la implicación de los pacientes en su propia seguridad sigue siendo por tanto una de las asignaturas pendientes. Primero, para no alertar a la población de forma innecesaria; segundo, para no minar innecesaria e irresponsablemente la confianza de los pacientes en el sistema de salud y, tercero, para convertir la pasividad en una actitud proactiva que reduzca los riesgos inherentes a la prestación sanitaria. Estos resultados de forma indirecta indican que aún queda camino por recorrer para desarrollar una cultura de seguridad que promueva conductas proactivas que eviten la ocurrencia de los

**Cuadro I**  
**FRECUENCIA DE ERRORES CLÍNICOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS A JUICIO DE PACIENTES Y EVENTOS ADVERSOS A JUICIO DE LOS PROPIOS PROFESIONALES**

	Total		Diabetes		Insuficiencia renal	
	Pacientes (n=199)	Profesionales (n=60)	Pacientes (n=98)	Profesionales (n=33)	Pacientes (n=101)	Profesionales (n=27)
Frecuentes	10 (5%)	28 (46,7%)	6 (6,1%)	18 (54,5%)	4 (4%)	10 (37,0%)
Infrecuentes	112 (56%)	29 (48,3%)	59 (59,6%)	12 (36,4%)	53 (52,5%)	17 (63%)
Raro que ocurran	66 (33%)	3 (5,0%)	28 (28,3%)	3 (9,1%)	38 (37,6%)	0
NS/NC	12 (6%)	0	6 (6,1%)	0	6 (5,9%)	0
	$\chi^2$ 66,6, $p<0,0001$		$\chi^2$ 37,1, $p<0,0001$		$\chi^2$ 30,7, $p<0,0001$	

EA prevenibles. En este sentido, en el caso de los pacientes, todo apunta a que estamos todavía eligiendo el camino a recorrer y que las experiencias que involucran a los pacientes como segundo control tendrán que esperar todavía a que sepamos trasladar mejor la información sobre los riesgos inherentes de la atención sanitaria. En el caso de los profesionales, parece que ya hemos andado un importante trecho, pero aunque resulta intrínsecamente positivo que una parte importante de los participantes en el estudio reconozca que existen riesgos, no deja de generar cierta preocupación el porcentaje de quienes consideran que en ambos procesos la ocurrencia de EA es infrecuente o de muy rara ocurrencia.

José Joaquín Mira, D en Psic.<sup>(1)</sup>  
jose.mira@umh.es  
Susana Lorenzo, D en M.<sup>(2)</sup>  
Virtudes Pérez-Jover, D en Psic.<sup>(1)</sup>  
Julián Vitaller, D en M.<sup>(1,3)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidad Miguel Hernández. Elche, España.

<sup>(2)</sup> Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España.

<sup>(3)</sup> Inspección Médica. Conselleria Sanitat. Elche, España.

## Referencias

1. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care*. 2009;47:23-31.
2. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA*. 2003;289:1001-1007.
3. Mira JJ. Pacientes por la seguridad de los pacientes. El papel del paciente en la seguridad de los pacientes. *Medicina Preventiva*. 2011; XVI: 5-11.
4. Schwappach DL. Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2010;67:119-148.
5. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y, and the ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23:705-711.
6. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JJ, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA et al. Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem of Medical Errors. *Arch Intern Med*. 2002;162:2186-2190.

7. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. *BMC Public Health*. 2006;6:41

8. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Ignacio E, et al. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Revista Médica de Chile*. 2009; 137;1441-1448.

## Perfil biopsicosocial de los muy mayores en Colima (80+)

*Señor editor:* Por la presente deseamos informar del estudio realizado en el contexto del Proyecto Fonciyct (CASOE-NAC-094670), cuyo objetivo fundamental ha sido describir en términos físicos, psicológicos y sociales una muestra de personas de 80 años o más que mantienen su capacidad cognitiva y viven en la comunidad en el estado de Colima. Inicialmente contamos con una muestra representativa de personas mayores de 80 años de la ciudad de Colima, de las cuales se evaluaron 121. A todas ellas se les administraron pruebas de valoración del estado cognitivo (SPSMQ)<sup>1</sup> y del estado físico (Escala de Barthel).<sup>2</sup> De las 121 personas valoradas, 63.6% presentaron un estado cognitivo normal y 56.9% no necesitan ningún tipo de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En los casos en que existe dependencia física para la realización de ABVD, 34.9% es dependencia leve y 8.2% presenta mayor grado de dependencia. En los casos de deterioro cognitivo, 16.8% presenta deterioro leve frente a 19.6% que manifiesta otros grados de deterioro cognitivo más severo. El número de personas que preservan su funcionamiento cognitivo pero son dependientes en las ABVD es mayor que el de las personas independientes en las ABVD que sufren deterioro cognitivo (20.7 vs 15.1% respectivamente). Las 69 personas que mostraron un estado cognitivo considerado normal fueron entrevistados mediante el protocolo PELEA,<sup>3,4</sup> que cuenta con los siguientes dominios: salud física y comportamental,

estado físico, funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo y funcionamiento social.

La caracterización de la muestra evaluada de personas de 80 o más años es la siguiente. *Sociodemográfico:* 52.2% de los entrevistados son mujeres, la media de edad fue de 85 años (DT=3.67; intervalo 79-94 años). El 59.4% son viudos, 30.4% están casados y 10.1% son solteros o divorciados. El 36.2% de la muestra no ha recibido educación formal y de los que sí, 42.1% recibió entre 1-3 años de educación. El 91.1% de la muestra se ocupó en trabajo de baja cualificación y alta exigencia física. El 23.2% de las personas entrevistadas viven solas. El 63.2% no recibe ingresos. *Funcionamiento intelectual:* puesto que el funcionamiento intelectual era un criterio de inclusión, el examen del estado mental nos muestra un grupo de personas con una capacidad cognitiva preservada (MMSE=23.06) con una adecuada plasticidad cognitiva. Encontramos diferencias significativas entre personas con y sin educación (MMSE= 24 vs 21, respectivamente). *Funcionamiento afectivo:* 67.7% dice sentirse bastante o muy satisfecho con la vida. Al compararse con el pasado, 41.2% informan menor satisfacción y sólo 20.6% informa sentirse más satisfecho en la actualidad. Las personas que viven acompañadas informan una emocionalidad negativa más alta que las que viven solas (mayor intensidad en temerosos, irritados, tensos y asustados). *Relaciones sociales:* 76.8% de las personas entrevistadas viven acompañadas por su familia (pareja, hijos, nietos y en menor medida otros familiares), en muchos casos son altamente dependientes económicamente. El 86.8% se sienten bastante o muy satisfechos con las personas con las que viven y 75.4% se siente bastante o muy satisfecho con la relación que tiene con su familia. Además, 45% mantiene una relación frecuente con amigos. El 85.5% considera que cuenta siempre con la ayuda de otras personas cuando la necesita. Estos datos dan cuenta de relaciones sociales frecuentes y satisfactorias.

Sin embargo, debemos destacar que 23.2% de los muy mayores entrevistados vive solo, que 11.6% no se reúne ni tiene noticias de ningún familiar, que 7.2% ve a sus familiares menos de una vez al mes, que 37.7% dice no tener ningún amigo y que 1.4% piensa que nunca tiene a nadie que le ayuda cuando lo necesita. *Frecuencia de actividades de ocio:* los muy mayores entrevistados invierten tiempo con mayor frecuencia (diariamente) en ver amigos o parientes, ver la televisión, pasear o hacer ejercicio e ir a la iglesia. Las actividades que realizan en menor medida (nunca) son pasatiempos; leer, ir a espectáculos, excursiones, escuchar la radio o viajar. Las personas con mayor educación dedican más tiempo a las actividades de ocio. Con respecto a las actividades productivas, la única actividad a la que mayoritariamente dedican tiempo diariamente los mayores entrevistados son las tareas del hogar. Las mujeres realizan más actividades productivas que los hombres. En cuanto a la salud, 72.5% de los sujetos informa no tener ningún problema que interfiera con sus actividades, a pesar de que 31.9% utiliza bastón y 15.9% andador. El 85.5% informa no presentar ninguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Los que dicen no poder valerse por sí mismos tienen muchas

dificultades para andar, usar el teléfono y el transporte público. Las personas entrevistadas muestran estilos de vida saludables (escaso o nulo consumo de tabaco y alcohol) y practican actividad física (36.2% ligera, 36.2% moderada). En cuanto al estado de las viviendas, 46.3% de los hogares visitados están algo desordenados, desordenados o muy desordenados. Además en algunas de estas casas las personas conviven con animales que provocan malos olores y suciedad. Con respecto a los medios de comunicación utilizados, 66% tiene teléfono en sus domicilios y solo 11.3% tiene internet.

Estos resultados son descriptivos y nos han permitido caracterizar la muestra de personas de 80 años o más años. Esta información ha sido entregada a la Secretaría de Salud del estado de Colima (entidad coordinadora del Proyecto CASOENAC) junto con una serie de sugerencias sobre políticas y acciones públicas que procuren un mayor bienestar en las personas muy mayores.

### Agradecimientos

La presente investigación ha sido financiada por el Fondo de Cooperación Internacional en Ciencia y Tecnología Unión Europea-México (FONCICYT) al proyecto CASOENAC (Cambio Socio-

demográfico y Envejecimiento Activo) código 94670, en su convocatoria C002-2008-1/ALA-127 249, concedido a los Servicios de Salud del estado de Colima. Este estudio ha sido realizado desde la Universidad Autónoma de Madrid como miembro del Consorcio CASOENAC. Nuestro agradecimiento a las personas que aceptaron colaborar en el estudio.

Maria Ángeles Molina<sup>(1)</sup>  
 mangeles.molina@uam.es  
 m.molina.psi.uam@gmail.com  
 Rocío Fernández-Ballesteros, PhD<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidad Autónoma de Madrid.  
 Madrid, España.

### Referencias

1. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1975;23:433-441.
2. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965;14:61-65.
3. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Rüdinger G, Schroots HJJ, Heikkinen E, Charzeska L, et al. Assessing competence: the European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology* 2004;50:330-347.
4. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, López MD, Molina MA, Díez-Nicolás J, Montero P, et al. Successful ageing: criteria and predictors. *Psychology in Spain* 2011;15:94-101.