

72

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**“EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES
Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD BUCAL EN UN
GRUPO DE PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS
PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD CINCO AÑOS
DESPUÉS DE SU APLICACIÓN”**

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

Luis Pablo Cruz Herver

Directora de Tesis:

Dra. Aída Borges Yañez

México, D.F. 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

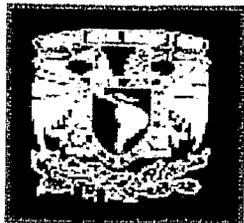
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACIÓN

DISCONTINUA



A mis Padres:

Por todo el apoyo que me han brindado desde el primer día de mi vida.

A mis Maestros:

Por todo lo que han dejado a lo largo de mi formación como profesional. En especial para la Dra. Aída Borges por dirigir el último escalón de mi carrera.

A mis Amigos:

A los que agradezco haber dado un sabor muy especial a estos 5 años de Carrera.

Luis Pablo Cruz Hervert

ÍNDICE

1. Resumen.	1
2. Abstract.	1
3. Introducción .	2
4. Marco Teórico.	3
a. Antecedentes.	3
i. Envejecimiento y salud.	3
ii. Características demográficas y epidemiológicas del envejecimiento.	4
iii. Principales alteraciones bucodentales en ancianos.	5
iv. Programas de educación para la salud en ancianos.	7
v. Programa educacional para mejorar la salud en una población de la tercera edad en México "Asilo Mundet" en 1996.	9
5. Definición del problema.	12
6. Justificación.	12
7. Objetivo general.	12
8. Objetivos específicos.	12
9. Hipótesis.	13
10. Material y métodos.	14
a. Diseño.	14
i. Tipo de estudio.	14
ii. Población en estudio.	14

iii. Selección y tamaño de la muestra.	14
iv. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	14
v. Variables.	
1. Variables demográficas.....	15
2. Variables sobre Prácticas, Conocimientos y Actitudes.....	16
a. Prácticas.....	16
b. Conocimientos.....	17
c. Actitudes.....	17
vi. Métodos de recolección de información.....	17
vii. Métodos de registro y procesamiento.	18
viii. Organización.	18
1. Recursos Humanos.....	18
2. Materiales.	18
b. Resultados.	18
i. Descripción sociodemográfica.	18
ii. Prácticas referentes a salud bucal.	19
iii. Conocimientos referentes a salud bucal.	21
iv. Actitudes referentes a salud bucal.	22
v. Tablas.	24
c. Discusión.	45
d. Conclusiones.	49
11. Referencias Bibliográficas.....	50

1. Resumen.

El propósito de este trabajo fue evaluar el impacto, de un programa de educación para la salud cinco años después de su aplicación (1996). Dicho programa tenía como objetivo mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal en un grupo de personas mayores de 60 años que asistían de manera regular a realizar actividades recreativas a la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet". Se aplicó un cuestionario al final del programa en 1996 y cinco años después (2001) se aplicó el mismo cuestionario a todas aquellas personas que seguían participando en los grupos recreativos del Asilo Mundet (24). La población en estudio estaba formada por 24 personas (91.6% mujeres). La edad promedio fue 75.4 años (d.e. 7.12). En cuanto a prácticas sobre higiene bucal, se encontró que 98.5% de la población (n=23) se cepilla diariamente, no hubo diferencias con la evaluación anterior. Sólo 3 personas usaban hilo dental, lo que señaló al igual que en 1996 muy poca utilización de éste. Aumentó el porcentaje de personas que utilizaban prótesis (75%), de las cuales se encontró que las prácticas de limpieza de las prótesis disminuyó 70.6 a 47.1% aunque la diferencia no fue significativa, siendo el agua, jabón y cepillo los principales medios para limpiarlas. La utilización de los servicios dentales no aumentó, y no hubo cambios de percepción de las necesidades de atención dental, ya que entre las principales razones para acudir al dentista se identificó: la reparación de prótesis dentales, molestias o dolor. En cuanto a conocimientos sobre la salud bucal, las personas realmente consideran el descuido de los dientes como la principal razón para perderlos, pero realmente son incapaces de definir el problema. De igual manera se observó que la causa de enfermedad periodontal no es comprendida. El 31.3% consideró que se encuentra en mejores condiciones de salud bucal comparadas con personas de la misma edad. No se encontraron diferencias entre los conocimientos actitudes y prácticas de las personas entrevistadas en 1996 y 2001. Es importante monitorear el programa de educación para la salud y llevarlo a cabo de manera continua.

2. Abstract.

The purpose of this study was to evaluate the impact of a dental health educational program for the elderly five years subsequent to its application (1996). The objective of the educational program was to improve the knowledge, attitudes and practices regarding oral health in a group of persons 60 year-old and over who attended recreational activities in the "Casa Hogar para Ancianos Arturo Mundet". The participants answered a questionnaire at the end of the program in 1996. Five years later (2001), the remaining participants answered the same questionnaire (24). The study population was of 24 persons (91.6% women). The mean overall age was 75.4 years (s.d. 7.12). As for practices on oral hygiene, it was found that 98.5% (n=23) brushed daily, there were no differences with the previous evaluation. Three persons used dental floss, showing a very low utilization, and was the same as in 1996. The percent of people that weared dental prosthesis increased (75%), and the cleaning practices of the dental prosthesis diminished from 70.6 to 47.1%, although, the difference was not significant. Water, soap and brushing were the most frequent methods for cleaning prosthesis. The use of the

dental services didn't increase, and there were no changes about the perception of dental needs. Among the main reasons to visit the dentist were: repair of dental prosthesis, irritation or pain. As for knowledge about the oral health, people considered not taking care of teeth as the main reason to lose them, but they are unable to define the problem. It was mentioned that the cause of periodontal illness is not understood. 31.3% considered that they have better dental health than people of their same age. There were no differences among the knowledge attitudes and practices in 1996 and 2001. Constant monitoring and supervising of the health educational program is very important to achieve its goals.

3. Introducción .

En la actualidad los estudios referentes a las personas de 60 años o más, han cobrado una mayor importancia, esto se refleja en lo que algunos autores han sugerido en denominar como "Transición Demográfica"¹, ya que se ha reducido la natalidad y la esperanza de vida ha aumentado con un consiguiente aumento de este tipo de población en las últimas décadas. En México, la esperanza de vida según datos oficiales es de 69.5 años para los hombres y 75.6 para las mujeres². Lo que nos sugiere que en las próximas décadas la población de la tercera edad será una población en aumento y que consumirá gran parte de los recursos nacionales destinados a la Salud, haciendo necesario el tener mejor conocimiento de los principales problemas de las personas de la tercera edad para planificar estrategias adecuadas y efectivas, que resultarán en una optimización de los programas de salud.^{2,3,4,5}

Para comprender las necesidades de esta población, es necesario advertir que estas personas comenzaron su relación con la odontología a principios del siglo pasado, lo que es un factor determinante, ya que desde entonces la ciencia y la tecnología han evolucionado aceleradamente y con ello también la Odontología. Estas prácticas, conocimientos y actitudes las han adquirido desde la infancia y las han llevado a cabo durante toda su vida⁶. Como se mencionó anteriormente, la odontología ha cambiado radicalmente, basta comprender que anteriormente el tratamiento para aliviar el dolor era la extracción y que en la actualidad la prevención y la estética han cobrado una mayor importancia, esta evolución no ha sido comprendida en su totalidad por la población de la tercera edad, que incluso llega al rechazo de la atención dental, provocado por sus experiencias anteriores o por la falta de conocimiento de las nuevas opciones terapéuticas. Estas son algunas razones por las que se han aplicado pocos programas de educación para la salud bucal en poblaciones de adultos mayores. En 1995, la Coordinación de Salud Pública Bucal diseñó e implementó un programa de educación para la salud bucal en un grupo de ancianos no residentes, y que acudían a realizar actividades recreativas al Asilo "Arturo Mundet" (DIF). Este programa consistió de 9 sesiones de una hora de duración que revisaban diferentes temas sobre higiene bucal, enfermedades bucales, cuidado de prótesis y dentaduras, autocuidado y nutrición entre otros. Se llevó a cabo una evaluación del impacto del programa inmediatamente después de su finalización en 1996 y a los 10 meses. La

propuesta de este proyecto fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal en el mismo grupo de personas cinco años después de la aplicación del programa. Con base en los resultados del estudio anterior, se aplicó el mismo cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas referentes a la salud bucal, el cual nos permitió comparar los resultados con los obtenidos en el estudio anterior y así evaluar el impacto a largo plazo del programa.

4. Marco Teórico.

a. Antecedentes.

i. Envejecimiento y salud.

Para hablar de la población de la tercera edad, es importante comprender dos conceptos que son: el envejecimiento y la salud. Se debe advertir que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero es importante explicar que el concepto de salud se modifica con el envejecimiento, ya que éste último es un proceso natural, crónico degenerativo en todos los aspectos del individuo, ya sea físico, biológico, psicológico y económico. Por lo que el concepto de salud en las diferentes etapas de la vida debe ser adaptado al momento en que se encuentra el individuo.

Se ha encontrado que el estado de salud en general, puede ser un sinónimo del estado de salud bucal. Varios estudios^{5,6} han señalado que una persona con problemas severos de índole psicológico, físico y motor, tiene una estrecha relación con al estado de salud bucal, incluso la pérdida de los dientes posteriores se ha visto relacionada con problemas de demencia.⁷ De igual importancia es la educación y el nivel socioeconómico, ya que se ha observado que a mayor nivel de educación mejor estado de salud bucal,⁸ y que una de las razones que limita la salud bucal es el costo del tratamiento y la concepción que presentan determinados grupos sociales en lo que a estética se refiere.⁹

La mayoría de las creencias, conocimientos y actitudes relacionadas con la salud bucal propias de ésta población, se han visto limitadas por los espacios informativos a los que éstas personas han tenido acceso, ya que si bien la tecnología representa una gran ayuda al conocimiento de nuevos conceptos, técnicas, y métodos preventivos, solamente se ven beneficiadas las personas que hacen uso de ésta nueva tecnología. Y como se mencionó, generalmente son personas con alto nivel socioeconómico, mejor educación, y una mejor actitud hacia la atención médica y el cuidado de su salud, en relación con individuos de su misma edad pero con diferentes características socioeconómicas.

La concepción que tiene el individuo anciano de sí mismo, lo hace un sujeto difícil de ser evaluado por su falta de interés en la atención y escasa educación odontológica, ya que es una persona que en su mayoría ha dejado de ser económicamente productiva y esto generalmente lo hace sentir relegada de la sociedad, además de que en muchas ocasiones está enferma y físicamente deteriorada. Actualmente se tiene un concepto equivocado de esta población,

identificándolos como no productivos, deficientes e inactivos, con la pérdida de todo lo que contribuye a la capacidad personal, el desempeño, los roles y la condición social. En ocasiones el sujeto a evaluar ya no tolera una entrevista sin quejarse o sin mostrar cansancio por lo que el interés por responder pasa a segundo término para él. Otra razón es que la persona ha perdido interés en el cuidado, aseo personal y en la estética, ya que no considera la apariencia y la salud como una prioridad, sino como un lujo que depende de su estado socioeconómico.¹⁰

ii. Características demográficas y epidemiológicas del envejecimiento.

La transición demográfica¹ representa los cambios de los modelos de fecundidad y mortalidad de la población, en el que la pirámide poblacional se irá modificando y esto es provocado por un aumento en el número de personas adultas y la disminución en proporción de la población más joven. En 25 años, la población de personas mayores de 60 años en América Latina y el Caribe aumentará de 42 millones a más de 97 millones. Durante el mismo periodo, el número de personas mayores de 60 años en los Estados Unidos y Canadá se espera que aumente de más de 50 millones en el año 2000 a más de 93 millones en el 2030.⁵

La población en la República Mexicana continúa siendo predominantemente joven; sin embargo, tanto el descenso de la fecundidad experimentada desde inicios de los 70, como la disminución de la mortalidad han propiciado su envejecimiento paulatino. Ello explica que la mediana de edad en el año 2000 sea de alrededor de 22 años, cuando en 1990 era de 19 y en 1970 de 17 años.² Este fenómeno se aprecia claramente al comparar las pirámides de población, donde se observa una reducción significativa en los primeros grupos de edad y un ensanchamiento en las edades mayores. En el país hay casi 5 millones de personas de 60 años y más, de los cuales más de la mitad son mujeres.²

En la actualidad, la población menor de 15 años concentra poco más de 34% de la población total, mientras que la que se encuentra en edad laboral de 15 a 64 años representa 60.6%, y la población en edad avanzada 5% de los habitantes del país.⁷ Se puede observar que la fecundidad en el país continúa disminuyendo, ya que el porcentaje de mujeres con más de tres hijos ha descendido, mientras que las que tienen tres o menos ha aumentado.² La razón del número de pensionados o de la existencia de programas asistenciales destinados a la población anciana nos sugiere un número muy reducido de beneficiados, que en México es de 8.2 en relación con Brasil, cuyo índice es de 42.8 y es el mayor de toda América. La mujer debido a su menor participación en el mercado formal de trabajo en América Latina, es menos probable que pueda obtener por derecho propio los beneficios de los sistemas de pensiones lo que en muchas ocasiones obliga después de su estado de viudez a una convivencia obligada con hijos y familiares ya sea por dependencia económica o por deterioro de la salud.²

Derechohabiencia. Se entiende por derechohabiencia a la prerrogativa que tiene la población a recibir servicios médicos cuando la empresa, fábrica o compañía para la que trabaja paga el servicio de una institución pública o privada, o cuando la persona, de manera particular, hace una aportación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para que ella y/o sus familiares tengan acceso a los servicios médicos que éste proporciona. ² Los resultados del XII Censo de Población y Vivienda realizado por el INEGI en el 2000 ² muestran que 41 de cada 100 personas residentes en el país declararon tener derecho a servicio médico en alguna institución de seguridad social, variando la cobertura de la población atendida entre las entidades federativas. A partir de los 25 años la cobertura se incrementa lentamente con la edad, hasta alcanzar su valor máximo de 48% entre los 65 y más años, cuando se ingresa a la condición de jubilados o de pensionados. El Censo del año 2000 indica que en la actualidad prácticamente el total de la población residente 96.4% hace uso de los servicios de salud existentes, tanto públicos como privados. ²

Discapacidad. México tiene 2.2 millones de personas con algún tipo de discapacidad física o mental, o con un problema de salud de largo plazo, que les impide realizar con plenitud algunas actividades que llevarían a cabo en condiciones normales. Este volumen representa el 2.3% de la población total del país. Las causas de la discapacidad son variadas. Es así que 31.6% adquirió esta condición derivada de alguna enfermedad, 22.7% como consecuencia de problemas relacionados con la edad avanzada. Del total de discapacitados el 44% señaló tener 60 años o más. ²

iii. Principales alteraciones bucodentales en ancianos.

La presencia de 20 o 21 dientes en la vejez ha sido usada por la Organización Mundial de la Salud como una meta de salud bucodental. ⁵ Muchas personas mayores no tienen dientes naturales, generalmente debido a la enfermedad periodontal. ^{11,12} Entre las manifestaciones del envejecimiento se encuentran la desecación tisular, reducción de la elasticidad, disminución de la capacidad reparadora, alteración de la permeabilidad celular y aumento de la concentración de calcio en células de muchos órganos. La dermis y la epidermis se adelgazan y disminuye su queratinización, vascularización y degeneración de las terminaciones nerviosas, mientras que el hueso se torna osteoporótico. Los principales problemas que enfrenta la población de la tercera edad, son primordialmente la pérdida de órganos dentarios, debido a la degeneración de los tejidos periodontales. Estos órganos dentarios presentan desgaste ya sea por atrición causada por malos hábitos masticatorios durante el transcurso de la vida, erosión por la ingesta cotidiana de ácidos que se encuentra naturalmente en alimentos, y abrasión (desgaste) que se da de manera paulatina. La mucosa oral presenta alta tendencia a la hiperqueratosis y pérdida de su elasticidad, mientras que la encía pierde el puntilleo característico, debido a la presencia de edemas, convirtiéndose en un tejido débil y fácil de dañar. Además, de que la poca pulpa

dental que queda en la persona mayor tiene un suministro sanguíneo y nervioso deficiente¹¹. La glositis atrófica es frecuente en personas de edad avanzada debido a la deficiencia del complejo B, que se manifiesta con problemas de queilosis angular o bien causando labios resecos.¹¹

La vejez por sí misma no parece inducir un descenso en el flujo salival, sobre todo en glándulas parótidas. Pero, las glándulas submandibulares y las glándulas menores pueden sufrir ligeros deterioros en su capacidad de producir saliva, sin ser estos la causa de la resequedad de la boca. Subjetivamente el paciente percibe la reducción del flujo salival cuando esta ha llegado al 50%. Además de que la pérdida de piezas dentarias influye en la capacidad masticatoria, lo que hace determinante preservar la mayor cantidad de dientes funcionales.^{12 11} Otro tipo de alteraciones que regularmente se encuentran en las personas ancianas, es la xerostomía que es una hipofunción que puede ser efecto colateral de un medicamento o de alguna enfermedad sistémica e influye en la percepción de los sabores y en otras alteraciones gustativas como la disgeusia y ageusia¹¹. Por otra parte, el proceso carioso, se encuentra determinado por la disminución del flujo salival. Sólo el 30% de la población identifica un problema de xerostomía. Este se encuentra con más frecuencia en mujeres mayores de 65 años.³ Lo que hace que el paciente se queje de ardor o cosquilleo en la boca, dificultad para tragar, comer, infecciones frecuentes, dificultad de utilizar prótesis. Además, como resultado se observa un incremento acelerado de incidencia de caries, infecciones, como la candidiasis, fisuras y lobulaciones en el dorso de la lengua, queilitis angular y en ocasiones inflamación de glándulas salivales.¹¹ La candidiasis puede aparecer como parches rojizos o como áreas rojas intensas difusas; como parches blancos removibles o como placas blancas que no pueden ser removidas.¹¹ Las lesiones cariosas se hacen frecuentes, desarrollándose de una manera muy rápida, en semanas o meses en lugar de años, localizándose en lugares poco comunes como lo son dientes anteriores inferiores y bordes incisales, debido al aumento en *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* y *Actinomyces*.¹¹

Se ha demostrado que existe una relación directa entre el estado de salud bucodental y el estado físico, mental e incluso la mortalidad. La ausencia de dientes posteriores ha sido relacionada en la enfermedad de Alzheimer, así como también a un bajo ingreso económico y la mortalidad.⁷

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal se puede presentar en cualquier etapa de la vida pero la prevalencia y la destrucción de los tejidos y la resultante pérdida de los dientes aumenta con la edad¹², esto debido a una higiene bucal deficiente, régimen alimentario rico en azúcares o ácidos, pocas visitas al dentista, disminución relacionada con la edad en la producción de saliva, cambios óseos relacionados con la edad de modo que las raíces del diente quedan expuestas y los dientes presentan movilidad, y una atrofia de las mucosas, de tal forma que las superficies orales son fácilmente susceptibles a un traumatismo. Cuando la raíz

está expuesta, pueden producirse caries radicular. Siendo casi exclusivamente una enfermedad de la persona mayor.¹¹

Caries radicular.

Cuanto más anciana es una población, más elevada es la prevalencia de enfermedad periodontal y como consecuencia mayor exposición de raíces al medio oral,^{13,14} por lo que la caries radicular es un problema cada vez más importante entre la población anciana dentada, aunque pueden darse en cualquier momento de la vida siempre que exista una exposición de la raíz como condición previa. Las mayores expectativas de vida de la población y la mejor conservación de los dientes con el paso de los años, nos conducen a que nos enfrentemos cada día más a tratar pacientes ancianos con más dientes en la boca, lo cual supone un mayor número de raíces expuestas y más elevado riesgo de caries radicular.^{14 15}

iv. Programas de educación para la salud para ancianos en el mundo

Locker et al¹⁶, ha mencionado que no se han desarrollado suficientes programas para las personas de la tercera edad. Ya que ésta población es en su mayoría edéntula, son las personas que tienen más miedo de acudir al dentista y son las que menos utilizan los servicios dentales. Todo esto puede ser consecuencia de experiencias dolorosas en la niñez y que resultan en una aversión a la atención dental. Lidell et al,¹⁷ reporta que las mujeres son las que presentan mayor ansiedad y que la ansiedad decrece con el miedo. Estos investigadores identificaron al miedo como una de las barreras para no asistir a la consulta dental. McCord et al,¹⁸ además del miedo también identificó como barreras a: la edad, nivel socioeconómico y lugar de residencia. En otro estudio, Locker et al,¹⁹ identificó otros factores como son: lugar de nacimiento, educación, estado civil, estado de salud en general, estrés, uso de servicios dentales, tratamiento prostodóncico y actitudes dentales, indicando que la relación de todas estas variables puede ser un indicador del estado de salud bucal. Kawamura et al²⁰, sugiere que para obtener mejores resultados en la educación para la salud de las personas de la tercera edad, se debe dar un enfoque más preventivo que restaurador a la odontología.

Se ha demostrado que los pacientes que tienen un mayor número de dientes presentes en la cavidad oral, también tienen mejores conocimientos y prácticas referentes a la salud bucal, como lo reportan Keogh et al.,²¹ Rossum et al.⁸ y Lee et al,²² quienes resaltan la necesidad del uso de la tecnología para mejorar los servicios dentales y la integración de los métodos preventivos, pero que los beneficios de la tecnología, sólo ayudan a quien tiene contacto con ella, afirmación con la que coincide Mojon.²³ El factor cultural se convierte en un problema para entender la educación para la salud, se debe de reconceptualizar el proceso de salud enfermedad, debido a la gran influencia de la cultura en algunas

civilizaciones o comunidades. Lee et al.²², proponen que para obtener mejores resultados se debe evitar el enfoque mágico y cultural de la salud, buscando una explicación médica razonable y captada para obtener resultados duraderos.

Asimismo, Kwan et al.⁹ señala que el factor cultural se puede convertir en una barrera, encuentra en los problemas de comunicación el principal problema para esclarecer conceptos, creencias y valores culturales, actitudes y expectativas. En programas de largo plazo se ha demostrado que los resultados pueden diferir debido a ciertas variables que deben ser tomadas en cuenta en la elaboración de estos programas, según Locker et al.²⁴, en un programa de educación para la salud en personas mayores de 60 años de edad que se llevó durante un periodo de 3 años se encontró que el 20% de los participantes consideró que empeoró su salud dental; el 68.5% consideró que se mantuvo en el mismo nivel y sólo el 10.5% mejoró; el 68.5% de las personas que consideraron que no habían tenido una mejoría se demostró que su indicador de la necesidad dental se basaba casi exclusivamente en el dolor y alguna otra sintomatología, demostrando que este grupo no tuvo un cambio significativo en sus conocimientos, creencias y practicas referentes a la salud bucal. En el 10% de los participantes que reportaron una mejoría, se observó un cambio significativo en lo relacionado a la propia percepción del individuo y sus expectativas, lo que hace que las personas se motiven y se lleguen a observar cambios aún en programas de largo plazo.

Una evaluación realizada por Davison et al.²⁵ después de un programa cuyo objetivo fue resaltar la importancia del cepillado y el uso de hilo dental como las principales prácticas preventivas, así como también el uso de pastas fluoruradas para la reducción de caries. Encontró que el 40% de la población usaba hilo dental, otro punto importante es que las mujeres tienen mejor hábitos de limpieza. Se encontró que las mujeres y las personas con mejor nivel socioeconómico eran las que mostraron mejor conocimientos y una mejor actitud. También se sugiere que los hábitos y experiencias desarrollados en etapas de la niñez son determinantes en la actitud que tendrá el individuo en etapas ulteriores. Por último, se reportó que los hábitos de limpieza disminuyen conforme la edad del individuo aumenta. En un programa de prevención de enfermedades periodontales en personas adultas durante tres años Persson et al.¹³ resaltó la importancia de provocar un cambio en la percepción de la necesidad de la utilización de los servicios dentales y de las prácticas preventivas para lograr un cambio significativo en prácticas referentes a la salud bucal, ya que el dolor es el único indicador de la necesidad de acudir a una revisión dental. La mayoría de las personas sabía que la mala higiene era la causa de la periodontitis y mejorarla era la mejor forma de prevenirla. En este trabajo se muestra una necesidad de instruir a las personas de manera adecuada por personal capacitado, monitorear con regularidad y en periodos cortos.

Nakazono et al.²⁶ encontró que las personas de raza blanca y de mediana edad tenían una mejor actitud hacia las prácticas de salud bucal, y que las personas que tenían una educación deficiente eran las que presentaban una actitud negativa. Los puntos que sugiere mejorar para la aplicación de programas

de educación para la salud son hacer entender a las personas que todos podemos padecer algún tipo de problema. Asimismo, demostró que las personas mayores de 65 años son el grupo que tiene actitudes menos favorables. Simmons²⁷ menciona que el estado de salud general influye en la participación de las personas mayores en los programas de educación para la salud, siendo la discapacidad una limitante para lograr buenos resultados. Como resultado del programa de educación para la salud que se aplicó, encontró que no se pudo obtener una mejoría en la conciencia de la prevención, pero sí se logró mejorar la asistencia a la atención dental restaurativa. Fishwick et al.²⁸, sugiere que los programas de educación para la salud tienen mejores resultados si se llevan a cabo en el lugar de trabajo, incluso después de una programa de 3 años y medio, encontró que mejoró la concepción y expectativas de la población con respecto a las practicas preventivas y a la utilización de servicios de salud. Lo y Schwarz^{29,30} encontraron que en China los valores culturales son la principal barrera para la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal. Estos autores han tratado de ampliar los conceptos de caries, enfermedad periodontal y medidas preventivas insertándolas dentro del contexto cultural de la población. Además, encontraron que las personas de mayor edad eran las que menos conocimientos tenían acerca de la salud, y que las mujeres eran las que más utilizaban los servicios dentales y tenían mejor actitud ante prácticas como el cepillado. Estos autores sugieren que para que los resultados sean los esperados se debe cambiar la concepción adecuando la instrucción a la cultura, y esta instrucción debe ser realizada por el dentista desde la primera entrevista con el paciente cambiando la concepción de que sólo el dolor es el indicador de la necesidad de atención, resaltando la importancia y los beneficios de las prácticas preventivas.

v. Programas de educacional para mejorar la salud en una población de la tercera edad en México "Asilo Mundet" en 1996.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del **"Programa Educacional Para Mejorar La Salud Bucal De Una Población De La Tercera Edad"** cinco años después de su aplicación en 1996. Para lograr evaluar el impacto de este programa de educación para la salud, es necesario describir de manera resumida los objetivos, el plan de trabajo y los resultados y productos obtenidos.

El objetivo general del programa de educación para la salud bucal de los ancianos fue mejorar o mantener el estado de salud dental en un grupo de individuos ancianos los cuales asistían a realizar actividades recreativas en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet".

Plan de Trabajo.

Dicho plan consistió en cuatro etapas:

1. La primera consistió en el diagnóstico de salud buco dental y evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas que fue realizado en los ancianos de la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet".

2. Diseño del programa de educación para la salud. De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos se obtuvo el diseño del "Programa de Educación para la Salud Dental". Dicho programa para su aplicación utilizó un guión de una obra de teatro, dos materiales audiovisuales, lo cuales consistían en una videocinta de 28 minutos de duración y una secuencia de diapositivas, además de juegos didácticos como los principales medios para lograr sus objetivos. El programa consistió en 9 sesiones con una duración entre una y dos horas.

Descripción del programa de educación para la salud

1° Sesión. Presentación del programa y conocimiento del grupo, que consistía en una breve introducción acerca del programa de higiene en personas de la tercera edad y se solicitó a los participantes que expresaran sus dudas al respecto.

2° Sesión. Mediante una introducción se buscó que las personas participantes identificaran los problemas de salud bucodental más frecuentes en el grupo, con el fin de seleccionar los temas de mayor interés.

3° Sesión. Capacitar a los participantes para identificar el origen de la caries, sus manifestaciones como enfermedad y su sintomatología, comprendiendo las consecuencias del descuido de la caries y las formas de prevenirlo.

4° Sesión. En esta sesión se profundizó acerca de la enfermedad periodontal crónica, enseñando a los participantes como identificar las anomalías de las encías. Identificar una encía sana de una enferma. Además de las formas de prevenir las enfermedades periodontales según sus necesidades y la importancia de la detención temprana de anomalías periodontales.

5° Sesión. Cómo el bienestar bucodental es un componente de la salud integral. Para lo cual se dio a conocer las principales repercusiones de una deficiente higiene oral. La importancia de identificar que los problemas biológicos y psicosociales son consecuencia de hábitos higiénicos bucodentales inadecuados, resaltando la prevención como el factor más importante par conservar la salud bucodental.

6° Sesión. Se buscó que los integrantes del grupo identificaran las estrategias de autocuidado. Además de reconocer las estrategias empleadas por los profesionales de la salud (dentistas) para favorecer la salud bucal, resaltando la importancia de cepillar los dientes, encías y lengua. Se les instruyó para que aprendan una técnica adecuada para cepillarse dientes, encías y lengua, además la importancia de emplear otros métodos auxiliares en la higiene bucodental.

7° Sesión. En esta sesión se mostraron los cuidados relacionados con la adaptación, uso y mantenimiento de dentaduras y puentes. Se explicó el proceso de adaptación de los puentes y dentaduras. Se buscó que los integrantes fueran capaces de identificar los diferentes términos para nombrar las prótesis removibles o dentaduras, además de que reconocieran la importancia de las revisiones periódicas de este tipo de prótesis dentales realizadas por un dentista. Conocer los cuidados básicos para mantener en buen estado las prótesis dentales y cuáles eran los alimentos más recomendables para no dañarlas.

8° Sesión. Resaltar la importancia de la relación entre nutrición y salud. Para lo cual se les mostró los grupos de alimentos que conforman una dieta balanceada. Además de la importancia de adecuar una dieta idónea para las personas de la tercera edad y de modificar los hábitos inadecuados de alimentación.

9° Sesión. Se instruyó a los participantes en los puntos importantes para conocer como examinar su boca, aumentando su conciencia en relación a las anomalías y entidades patológicas bucodentales, mediante rutinas y los conocimientos necesarios para detectar tempranamente signos y síntomas importantes, así como la forma de hacerles frente.

3. **Programa de Educación para la Salud Dental** se aplicó a 36 ancianos no residentes que asistieron al Asilo de Ancianos "Arturo Mundet" (AM) para realizar actividades recreativas durante dos horas tres veces a la semana además se les aplicó el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas.

4. **Evaluación del Programa de Educación Para la Salud Dental.** Todos los ancianos que fueron entrevistados, participaron en el Programa de Educación para la Salud. Ochenta por ciento de ellos participaron en todas las sesiones, el resto participó al menos en cinco de las nueve sesiones. En este grupo se hizo una evaluación inmediatamente después del cumplimiento del programa, se reevaluó a los tres meses, y diez meses después se les preguntó qué sesiones les interesaría volver a escuchar. Ellos propusieron tres de ellas, las cuales fueron replicadas y se realizó una nueva evaluación.

Reporte de resultados sociodemográficos

Entre los usuarios externos asistentes al Asilo Mundet, se registraron 34 personas de las cuales, 30 eran mujeres (88%) y cuatro hombres, con edades

entre 60 y 83 años. La media para todo el grupo fue 71 años, para los hombres fue 73.8 y para las mujeres 70.6 años; 44% de las personas eran viudas y 41% casadas, aunque 50% de los hombres estaba casado, uno era soltero y uno viudo. Veintisiete por ciento de las mujeres vivían solas, mientras que ningún hombre vivía solo. Trece por ciento de las mujeres (cuatro) no sabían leer ni escribir, todos los demás sí sabían leer y escribir. De acuerdo con la escolaridad, tres personas (9%) no tenían ninguna, el 59% tenían la primaria incompleta, 21% primaria completa, pero sólo cuatro personas (12%) tenían estudios más allá de la primaria. Sesenta y siete por ciento de las personas se dedicaban al hogar (sólo mujeres), 20.5% habían sido obreros o campesinos y sólo una persona trabajaba (3%). Con respecto a la derechohabiencia, 35% (12) no tenían seguridad social y todas fueron mujeres. Diecinueve por ciento eran derechohabientes del IMSS, 6% del ISSSTE y 3% de la Secretaría de la Defensa (distintos planes de salud y pensiones del estado mexicano). Los resultados de la evaluación se presentarán en el reporte de resultados ya que serán comparados con la evaluación realizada en el año 2001.

5. Definición del Problema.

Se ha reportado que los programas de educación para la salud en los ancianos no tienen gran impacto a largo plazo en la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal. Después de haber implementado un programa de educación para la salud en un grupo de ancianos, no se conoce cual fue el impacto a largo plazo de este programa. Lo que nos plantea nuestra pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto a largo plazo de un programa de educación para la salud bucal en los conocimientos, actitudes y prácticas de grupo de ancianos?

6. Justificación.

Se podrá identificar si los conocimientos actitudes y prácticas que se modificaron con la aplicación de un programa de educación para la salud han permanecido de la misma manera o se han modificado de nuevo, así se podrá establecer cuales conceptos y prácticas son las que permanecen y cuales son en las que habrá de hacerse énfasis durante la aplicación del programa. De la misma manera, se identificarán los conceptos y prácticas que se olvidaron o perdieron para posteriormente reorganizar el programa y reestructurar la presentación y desarrollo de estos temas.

7. Objetivo General.

Identificar si los conocimientos actitudes y prácticas con respecto de la salud bucal se han modificado después de cinco años (1996-2001) de la aplicación de un programa de educación para la salud en un grupo de ancianos de 60 años y más asistentes al Asilo Mundet.

8. Objetivos específicos.

1. Identificar la frecuencia de cepillado actual y compararla con la reportada en 1996 por los ancianos participantes en el programa de educación para la salud bucal.
2. Identificar si cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal el uso de servicios de salud dental por los ancianos participantes es igual o mayor al reportado en 1996.
3. Identificar si cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal el conocimiento sobre las causas de la caries dental por los ancianos participantes es igual o diferente al reportado en 1996.
4. Identificar si cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal el conocimiento sobre las causas de la gingivitis por los ancianos participantes es igual o diferente al reportado 1996.

9. Hipótesis.

- Ha1. Cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal. El uso de servicios de salud dental por los ancianos participantes es menor al reportado inicialmente.
- H01. Cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal. El uso de servicios de salud dental por los ancianos participantes es igual o mayor al reportado inicialmente.
- Ha2. Cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal. El conocimiento sobre las causas de la caries dental por los ancianos será menor al reportado en 1996.
- Ho2. Cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal, el conocimiento sobre las causas de la caries dental por los ancianos participantes permanecerá igual o será mayor que lo reportado en 1996.
- Ha3. Cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal el conocimiento sobre las causas de la gingivitis por los ancianos participantes será menor a lo registrado en 1996.
- H03. Cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal el conocimiento sobre las causas de la gingivitis por los ancianos participantes permanecerá igual o será mayor a lo registrado.

Ha4. Cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal el promedio de veces que los ancianos se cepillan los dientes por día será menor a lo reportado anteriormente.

H04. Cinco años después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal el promedio de veces que los ancianos se cepillan los dientes por día será igual o mayor a lo reportado anteriormente.

10. Material y métodos.

a. Diseño.

i. Tipo de estudio.

Evaluativo longitudinal

ii. Población en estudio.

- 34 ancianos no residentes de 60 años y más que participaron el programa de educación para la salud bucal aplicado en el Asilo "Arturo Mundet" en 1996.

iii. Selección y tamaño de la muestra.

- De un total de 34 personas que habían participado en la aplicación del programa de salud bucal en 1996, Se identificaron 24 personas siguen participando en las actividades recreativas del Asilo "Arturo Mundet".

iv. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

1. Criterios de Inclusión.

- Que hayan participado en el estudio anterior que se llevó a cabo en 1996.
- Que hayan aceptado responder el cuestionario.

2. Criterios de exclusión.

- Que no hayan aceptado participar en el estudio del 2001.
- Que ya no asistan al asilo "Arturo Mundet" por cualquier razón en el 2001.

3. Criterios de eliminación.

- Que al momento de la entrevista se nieguen a participar

v. Variables demográficas.

- **Edad:** número de años cumplidos a la fecha de la entrevista. Información obtenida por interrogatorio directo.
- **Sexo:** Masculino/femenino
- **Estado civil:** soltero/ casado/ viudo/ divorciado/ unión libre. Como lo reporta el paciente al interrogatorio.
- **Año de nacimiento:** Información obtenida por interrogatorio directo.
- **Escolaridad:** número de años de educación formal recibida y último grado cursado. Como lo reporta el paciente durante el interrogatorio.
Escala: años
- **Ocupación:** si está trabajando actualmente, o la última ocupación o empleo si el paciente no trabaja. Tipo de trabajo, oficio o tarea específica que desarrolla o desarrolló la persona en su trabajo principal. Escala: 1. Ama de casa 2. Obrero 3. Servicios 4. Técnico 5. Profesional 8. No sabe 9. No responde. Como lo reporta el paciente durante el interrogatorio.
- **Ingreso actual:** Cualquier tipo de ingreso monetario recibido (pensiones, rentas, seguros, gasto, sueldo, etc.) durante un mes, expresado en pesos. Como lo reporta el paciente durante el interrogatorio.
- **Lugar de residencia:** Dirección proporcionada por el paciente.
- **Composición familiar:** Número de personas (familiares o no) que viven con una persona anciana en la misma casa habitación. Información obtenida por interrogatorio directo. Escala: número
- **Derechohabencia:** Derecho a recibir atención por parte de alguna institución de salud del sector público (IMSS, ISSSTE, D.D.F., PEMEX, SDN, SM, etc.). Escala: Derechohabiente / no derechohabiente. Información obtenida por interrogatorio directo.
- **Situación laboral:** Jubilado (pensionado); jubilado y sigue trabajando; retirado (no trabaja y no recibe pensión); trabaja (desempeña una actividad remunerada); nunca ha trabajado (nunca ha tenido trabajo remunerado).
- **Utilización de servicios:** utilización de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses, información obtenida por interrogatorio
- **Tabaquismo:** consumo de cigarrillos, puros o pipa (SI/NO), y frecuencia de consumo por día (número).
- **Edentulismo.-** Es la ausencia de todos los dientes naturales por cualquier causa (caries, traumatismo, enfermedad periodontal, etc.) en ambas arcadas o alguna de ellas. La Información se obtuvo por interrogatorio.

- **Uso de dentaduras:** Utilización de cualquier clase de aparatología protésica dental removible. Información obtenida por interrogatorio. Escala SI/NO.
- **Dentadura completa:** Prótesis dental removible que substituye a todos los dientes de la arcada así como a los tejidos asociados. Información obtenida por interrogatorio. Escala: SI/NO
- **Tiempo de uso de la dentadura completa:** Período de tiempo en el que el paciente ha utilizado una dentadura completa. Información obtenida por interrogatorio.
- **Dentadura parcial removible:** Dentadura que sustituye los dientes y las estructuras asociadas en una arcada parcialmente edéntula y que puede ser removida de la boca. Información obtenida por interrogatorio.
- **Sensación oral:** percepción que tiene el paciente de sus tejidos orales; normal; seco; ardor.

vi. Variables sobre Prácticas, Conocimientos y Actitudes.

Las variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas con respecto de la salud dental se agrupan en tres. Cada una de las variables corresponde a un grupo de conocimientos (C), actitudes (A) y/o prácticas (P).

1. Prácticas.

Prácticas: Acciones concretas que ejecutan las personas con el fin de corregir los hechos, situaciones o actos que consideran inadecuados.³¹

1. ¿Acostumbra usted a cepillarse los dientes?
2. ¿Cuántas veces al día?
3. ¿Se cepilla los dientes después de comer algún alimento?
4. ¿Usa usted hilo dental?
5. ¿Usa usted palillos de dientes?
6. Para limpiar sus dientes, ¿Usa ud. algo diferente a lo mencionado?
7. ¿Usa usted algún tipo de prótesis o puente dental, ya sea fijo o removible?
8. En caso de usarlos ¿Con que los limpia?
9. ¿Cuántas veces los limpia al día?
10. ¿Cuándo fue usted por última vez al dentista? ¿Por qué?
11. ¿Ha visitado al dentista en los últimos 12 meses?
12. Si usted no ha visitado al dentista, en el último año ¿Por qué no lo ha hecho?
13. ¿Le gusta comer dulces u otros alimentos entre comidas?
14. ¿Toma café o té?
15. ¿Cuándo?
16. ¿Usted fuma?
17. ¿Cuántos cigarrillos se fuma usted al día?

2. Conocimientos.

Conocimientos Conjunto de conceptos, definiciones, nociones, ideas, teorías que se reconocen, apropian, aprehenden e interiorizan, aumentando el saber de la persona referido a todas las actividades intelectivas de la mente, tales como pensar, conocer, recordar, percibir, reconocer o generalizar.³²

18. ¿Por qué cree usted que se le caen los dientes a las personas?
19. ¿Por qué cree usted que una persona le sangran las encías puede evitarlo?
20. Una persona que tiene pocos dientes o ninguno ¿cree usted que pueda comer cualquier tipo de alimento?

3. Actitudes.

Actitudes: Se define como una predisposición que afecta de manera inmediata el desempeño del individuo. Esta predisposición favorable o desfavorable hacia un objeto psicológico.³³ También se define como el conjunto de conocimientos, sentimientos y vivencias que llevan a tener una posición personal frente a un tema, objetos, personas y hechos sociales y que pueden influir en el actuar ante un hecho concreto.

21. ¿Cree usted que las personas deben visitar al dentista?
22. ¿Cada cuanto tiempo usted lo visitaría?
23. ¿Qué cree usted que pudo haber hecho una persona para evitar perder los dientes?
24. ¿Cómo cree usted que este su boca y sus dientes en comparación con la de sus amistades?
25. ¿Para usted que significa que una persona pierda sus dientes?
26. ¿Cree usted que una persona de su edad sería capaz de cambiar la forma de cepillarse los dientes?
27. ¿Podría tener una persona como usted los dientes más limpios?
28. ¿Cómo usted cree que le pasaría a esa persona si lograra mantener sus dientes más limpios?

vii. Métodos de recolección de información.

Se localizó a los ancianos participantes en el programa llevado a cabo en 1996 y se solicitó permiso a las autoridades del Asilo "Arturo Mundet" para entrevistarlas nuevamente. Se contactó a las personas y de manera verbal se les

solicitó su participación. La información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario que se aplicó durante los meses de mayo y junio de 2001 en las instalaciones del Asilo "Arturo Mundet".

viii. Métodos de registro y procesamiento.

La información se capturó en una base de datos (DBASE IV) y fue analizada con el paquete estadístico SPSSPC 9.0.

ix. Análisis estadístico.

La media y la desviación estándar fueron calculadas para edad, años de escolaridad, ingreso. Se obtuvieron frecuencias para sexo, ocupación, estado civil, tipo de dentaduras en uso, etc. Se efectuaron cruces de variables demográficas con las clínicas.

Se obtuvieron las frecuencias de cada una de las variables indicadoras de conocimientos, actitudes y prácticas. Se efectuó un cruce de variables entre las respuestas dadas en 1996 y en 2001. Se realizó la prueba de Wilcoxon (no paramétrica) para muestras pareadas, además de la Prueba de McNemar y la prueba de Homogeneidad marginal para identificar si hubo cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas.

x. Organización.

1. Recursos Humanos.

1 Estudiante de último año de la carrera de Cirujano Dentista

2. Materiales.

35 Cuestionarios "Determinación del estado de Salud Bucodental y las actitudes, conocimientos y expectativas y creencias sobre la salud bucal". Este cuestionario tiene las mismas preguntas y el mismo formato empleado para la recolección de datos de 1996. ANEXO 1

Equipo de cómputo con programas de base de datos Dbase IV y SPSS versión 9.0

11. Resultados.

a. Descripción sociodemográfica.

De 34 personas que participaron en el programa de educación para la salud bucal en 1996, 24 (70.5%) todavía participan en las actividades recreativas en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", del 29.5% restante se desconocen las

causas por las que ya no asisten a dicha institución. De las 24 personas entrevistadas 22 (91.6%) fueron mujeres. El promedio de edad general en 2001 fue de 75.4 años (D.E.=7.1), para los hombres 85 años (D.E. = 4.2), y 74.6 años (D.E. = 6.7) entre las mujeres. En relación al estado civil 12 personas (50%) eran viudos, mientras que del resto nueve eran casados, dos solteros y sólo una persona era divorciada. El 95.8% (n=23) de la población sabía leer y escribir. Con respecto de las características sociodemográficas se encontró que no hubo gran variación en las personas que vivían solas ya que disminuyeron de seis a cinco en el 2001, mientras que las personas que viven con familiares o amigos aumentaron de 18 a 19 en el 2001. De acuerdo a la ocupación a la que se dedicaron durante su vida laboral, el 58.3% (n=14), el 25% reportaron que habían laborado como obreros o campesinos, dos personas tuvieron trabajos técnicos, mientras que una persona reportó dedicarse a servicios y otra ejerció como profesional (Tabla 1). El promedio de ingreso mensual para ambos sexos reportado en el 2001 fue de 628 pesos; para los hombres fue de 510 pesos mientras que, para las mujeres fue de 639 pesos. Cuando se les cuestionó acerca de su situación laboral en el 2001, 19 personas mencionaron que ya no trabajan, mientras que cinco dice que están jubiladas. Los resultados de los puntos anteriores registrados en 2001 se muestran en la Tabla 1, cabe resaltar que no se encontraron diferencias significativas con los datos obtenidos en 1996. En cuanto a la derechohabencia, 17 personas eran derechohabientes (70.8%), una persona más de las reportadas en 1996, mientras que cinco personas no tienen derecho de asistencia a ninguna institución de salud pública, una más que las reportadas en 1996. Del total de derechohabientes, 17 se encuentran afiliados al IMSS y dos al ISSSTE. (Tabla 2).

b. Prácticas referentes a salud bucal.

Cepillado dental

Respecto a las prácticas de cepillado dental, se observó que un individuo de las 24 personas entrevistadas no se cepillan diariamente. De los 23 participantes que se cepillan diariamente, 50% se cepillan tres veces al día, mientras que, en 1996 el 75% respondió que se cepillaban cuatro veces al día. No se encontraron diferencias significativas entre ambas evaluaciones (Tabla 3). De igual manera, se encontró una disminución considerable en el número de personas que se cepillaban después de comer ya que de 21 personas que lo hacían en 1996, en 2001 sólo son 15.

Otros auxiliares

En cuanto al uso de hilo dental, sólo tres personas reportaron su uso, mientras que anteriormente eran cinco (Tabla 4). La misma situación se presentó con el uso de palillos de dientes (Tabla 5). Ninguna persona reportó utilizar algo diferente a lo anteriormente mencionado para limpiar sus dientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos casos.

Uso de prótesis removibles

En ambas evaluaciones se encontró que 18 personas (75%) utilizaban prótesis removibles totales o parciales. Aunque, dos personas dejaron de utilizarlas y dos

comenzaron a utilizarlas (Tabla 6). Se encontró que el uso de prótesis totales aumentó de una persona en 1996, a nueve en 2001 (ocho usaban prótesis superiores y ocho inferiores) las diferencias fueron estadísticamente significativas. (Tablas 7, 8, 9). En 1996 sólo una persona registró el uso de una prótesis removible, mientras que en 2001 cuatro personas más ya las utilizan. Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Tablas 10)

En la tabla 11 se puede observar que disminuyó el número de personas que limpiaban sus prótesis tres veces al día, ya que en 1996 representaban el 70.6% y en 2001 disminuyó a 47.1%. Aunque dos personas incrementaron la frecuencia con la que realizaban la limpieza de sus prótesis dentales de dos a tres veces al día. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El número de personas que utilizaban un cepillo para limpiar sus prótesis aumentó de 9 (47.4%) a 13 (68.4%), sin embargo, las diferencias no fueron significativas (Tabla 12); en cuanto a las personas que respondieron usar solamente agua, en 1996 nadie utilizaba agua, mientras que en 2001 cinco personas la utilizaban (Tabla 13); nadie reportó la utilización de limpiadores especiales en ninguno de los dos reportes; cinco personas acostumbraban a remojar las prótesis durante la noche en 1996, mientras que en el 2001 sólo cuatro personas reportaron ésta práctica (Tabla 14). En 2001, 12 personas (63.2%) reportaron el uso de agua y jabón, mientras que en 1996 fueron once (Tabla 15). A pesar de ser una práctica no recomendada, nueve personas mencionaron el uso de la pasta dental para realizar la limpieza de sus prótesis dentales en las dos evaluaciones y de estas, cuatro, reportaron su uso en ambas ocasiones (Tabla 16). En ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Cuando se les cuestionó acerca de cada cuanto tiempo visitan al dentista, en 2001 16 participantes (66.7%) respondieron que una vez al año, de los cuales nueve siempre han tenido la misma idea. En 1996 solo 10 (41.7%) ofrecieron esta respuesta. Las personas que respondieron "cuando me duele algo", disminuyó de cuatro en 1996 a tres personas en 2001. (Tabla 17). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En 2001, 15 personas visitaron al dentista en los doce meses previos a la entrevista, de estos, diez también habían asistido al dentista en 1996 (Tabla 18). Cuando se les preguntó cual era la razón para haber acudido al dentista en los últimos doce meses, en 2001 una persona reportó que había acudido para ser revisado, mientras que en 1996 nadie ofreció esa respuesta (Tabla 19); una persona fue a que le realizaran una limpieza dental en 2001 y nadie lo hizo en 1996 (Tabla 20); tres acudieron en 2001 por que algo les molestaba y nadie lo hizo por esa razón en 1996 (Tabla 21); cinco asistieron a consulta por dolor (Tabla 22); seis personas a que se le reparara algún problema (Tabla 23); una persona acudió a que se le obturaran algún diente (Tabla 24); ninguna persona acudió por una extracción o mal aliento, y nadie acudió por esas razones en 1996.

Entre las personas que no acudieron al dentista, en 2001, cuatro indicaron que "no era necesario" y solo dos lo mencionaron en 1996 (Tabla 25); en 2001, una persona dijo que "no había sentido dolor" y dos lo hicieron en 1996 (Tabla 26); otra que "no hay dinero" y uno más "por desidia", estas respuestas no se dieron en la encuesta de 1996 (Tabla 27), mientras que nadie respondió "no tener dientes", la "dificultad para obtener una cita"; "no tener tiempo"; "distancia al dentista" o "miedo" como una razón para no asistir al dentista en el último año. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de 1996 y las de 2001.

En relación al consumo de carbohidratos entre comidas se encontró que el número de participantes que respondieron que "comían dulces entre comidas" fue de diez personas tanto para 1996 como para el 2001, de los cuales ocho lo respondieron en las dos valoraciones (Tabla 28). Respecto a la ingesta de café 16 personas respondieron afirmativamente en el 2001, mientras que en 1996, 21 personas tomaban café. Se observa que seis personas dejaron de tomar café en este periodo. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 29). El tabaquismo (ocasional) sólo fue positivo en una persona en 2001. En 1996 ninguna persona respondió afirmativamente. (Tabla 30).

c. Conocimientos referentes a salud bucal.

Con respecto de los conocimientos sobre las razones por las que se pierden los dientes se encontró que en 2001 una persona (4.2%) respondió "porque se cariaron" en 1996 nadie ofreció esa respuesta (Tabla 31); la respuesta "porque se aflojaron" fue respondida por dos personas en 1996, mientras que, ninguna persona dio esa respuesta en 2001 (Tabla 32); En 1996, 11 personas señalaron "porque no se cuidaron", mientras que en el 2001 de diez que respondieron así, siete dieron la misma respuesta en 1996 (Tabla 33); En 1996 cuatro personas señalaron "no ir al dentista" como causa de que se caigan los dientes, de las cuales en el 2001 dos personas dieron la misma razón y sólo una persona mencionó este motivo en las dos evaluaciones. (Tabla 34). Solo una persona consideró la "edad" una causa para la pérdida de dientes en 2001, esta misma persona lo consideró también así en 1996. Aunque en 1996 tres personas más lo había atribuido a la misma razón (Tabla 35). Entre otras razones para explicar la pérdida de dientes se mencionó: la "falta de calcio", la "falta de higiene", "desnutrición", la "herencia" y el "embarazo" que fueron mencionadas en ambas evaluaciones una persona respectivamente (Tabla 36). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas ofrecidas en 1996 y 2001.

Cuando se indagó acerca de "las razones por las que sangran las encías", en 1996, 13 personas respondieron porque "los dientes estaban enfermos", en 2001 disminuyó a 11 personas, de estos, siete mantuvieron la misma opinión en ambas ocasiones (Tabla 37); ninguna persona respondió que la "movilidad dental", el "comer cosas duras" o "por la edad"; El número de personas consideraron que la razón del sangrado era por "falta de cepillado" aumentó de dos a cuatro (Tabla

38); Mientras que el número de participantes que cree que es "por no visitar al dentista" se mantuvo en dos (Tabla 39); el resto de los participantes identificaron otras razones para el sangrado de las encías, aumentó de tres en 1996 a cuatro personas en 2001 (Tabla 40). También se preguntó "si una persona con pocos dientes puede comer de todo" fue respondida afirmativamente por la misma persona en ambas ocasiones. (Tabla 41). Ninguna de las diferencias entre las respuestas en 1996 y 2001 sobre conocimientos fueron significativas.

d. Actitudes referentes a salud bucal.

En 1996, 22 de las 23 personas que consideraron que es "importante acudir a revisión periódica con el dentista" respondieron de la misma manera en 2001 (Tabla 42). Cuando se les preguntó "si alguien que no esta acostumbrado a ir al dentista puede llegar a hacerlo", 17 personas en 2001 respondieron afirmativamente mientras que, en 1996 solo dos personas respondieron afirmativamente (Tabla 43). Cuando se preguntó "si es importante aprender a revisarse" 22 personas respondieron que sí en 2001, mientras que 23 lo hicieron en 1996. (Tabla 44).

A la pregunta de "que se puede hacer para evitar perder los dientes", 54.2% de las personas en 2001 respondieron "asistir a una revisión periódicamente", mientras que, en 1996 solo el 33.0% (8) dieron esta respuesta (Tabla 45); Nueve personas en 2001 respondieron que "cepillar bien", cuando en 1996 fueron 12. Sin embargo, solo seis personas dieron esta respuesta en ambas ocasiones (Tabla 46); Siete personas en 1996 y cuatro en 2001 respondieron que "cuidar los dientes" evita perderlos, sin embargo, solo dos confirmaron la opinión de 1996 (Tabla 47). En 1996 sólo dos personas identificaron el "uso de hilo dental" y ninguna lo hizo en 2001 (Tabla 48). Una persona en 2001 respondió "no comer demasiados dulces" mientras que, en 1996 dos personas dieron esta respuesta (Tabla 49), "cepillarse después de comer" fue mencionada por una persona en 2001, esa misma persona dio la esa respuesta en 1996 (Tabla 50). Otras respuestas fueron: "mejorar la alimentación", "tomar vitaminas" y "visitar al médico" (Tabla 54). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Con respecto de las creencias sobre la prevención de la enfermedad periodontal, la primera pregunta fue acerca de lo "que se puede hacer para evitar el sangrado", Seis personas mencionaron "conocer como cuidarse" en 1996 y 2001, aunque de estos, tres lo mencionaron en ambas ocasiones (Tabla 51). En el 2001, 11 personas mencionaron "revisarse" como una solución, el mismo número de personas lo mencionó en 1996. De éstas, siete coincidieron en ambas ocasiones (Tabla 52). Dos personas actualmente piensan que "cepillarse bien" evita el sangrado, una de ellas afirmó lo mismo en la primera evaluación (Tabla 53). Una persona en 2001 cree que "usar medicamentos" puede ayudar a solucionar este problema (Tabla 54). Un menor número de personas (tres) respondieron en 2001 que "cepillarse los dientes después de cada comida" es una forma de evitar el sangrado, cinco lo respondieron en 1996, aunque sólo tres personas respondieron

afirmativamente esta pregunta también en 1996 (Tabla 55). Cabe resaltar el hecho de que en ninguna de las dos evaluaciones se mencionó el uso de hilo dental y el consumo de alimentos blandos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entre 1996 y 2001.

Al preguntarles acerca de “¿Cómo cree que están sus dientes en comparación con los de sus amistades de la misma edad?”, se puede advertir que una gran proporción de las personas tienen una visión positiva de su estado de salud bucal, se observa que el 43.8% de las personas respondió que se encuentra igual que sus amistades, tanto en 1996 como en el 2001, mientras que el 31.3% consideró que se encontraban mejor en el 2001, y 37.5% en 1996 (Tabla 56). No se encontraron diferencias significativas entre 1996 y 2001.

Cuando se preguntó sobre las actitudes acerca de la “pérdida de dientes”, siete personas en 1996 y seis en 2001 consideraron que “se vería feo”, de éstas, tres respondieron de la misma manera en las dos evaluaciones (Tabla 57); mientras que para 11 personas el “no poder masticar” era el principal problema en 2001, anteriormente 17 personas (71%) habían respondido de esa manera, de las cuales, nueve personas dieron esta respuesta nuevamente en el 2001 (Tabla 58). “no hablar bien” fue mencionado por tres personas en ambas ocasiones, de los cuales, dos habían respondido de la misma forma en 1996 (Tabla 59); otras respuestas fueron: “problemas digestivos” y “mal aliento” (Tabla 60). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de 1996 y 2001.

Respecto de la actitud hacia el cambio de las prácticas de higiene bucal, cuando se les preguntó “Si serían capaces de cambiar la forma de cepillarse los dientes”, el número de personas que respondieron afirmativamente, aumentó de siete a 18 en 2001 (Tabla 61).

Al preguntárseles si podrían tener los dientes más limpios 18 personas respondieron afirmativamente en las dos ocasiones (75%), no se observó diferencia en la respuesta en ambas valoraciones (Tabla 62).

En cuanto a sí la meta de tener unos dientes más limpios se lograra, ¿Qué es lo que le pasaría a esta persona?. Cuatro personas respondieron que “no sentirían dolor” de las cuáles anteriormente sólo habían sido tres en 1996 (Tabla 63); dos personas mencionaron que “no tendría caries” (8.3%) en ambas valoraciones, sin embargo, ninguna persona coincidió con la respuesta que había dado anteriormente (Tabla 64); dos personas dicen que “no tendrían mal aliento” de las cuales, solo una ofreció esa respuesta en ambas ocasiones (Tabla 65); el número de personas que dice que “mejorarían su apariencia” disminuyó de once a seis, sin embargo, sólo tres lo mencionaron en las dos evaluaciones (Tabla 66); mientras que las personas que opinan que “no perderían sus dientes” se mantuvo en tres y sólo una respondió lo mismo en ambas ocasiones (Tabla 67); anteriormente seis personas respondieron que “estaría más sana” y actualmente ocho personas lo creen así, una dice que podría “comer mejor”, mientras que otra dice que tendría

una "mejor digestión" (Tabla 68). No se observaron diferencias significativas en las respuestas en ambas evaluaciones.

Con respecto de las prácticas para tener los dientes más limpios, en la tabla 69 se puede observar que en 1996, 20 personas respondieron que "cepillarlos", mientras que 21 personas respondieron de igual forma en 2001, de éstas, 18 (75%) así lo habían respondido desde 1996. Muy pocas personas consideraron que la "limpieza con el dentista" ayuda a mantener los dientes más limpios: cinco en 1996 y solo dos en 2001, aunque dos personas respondieron afirmativamente en las dos ocasiones (Tabla 70). Ninguna persona mencionó el uso del hilo dental, el uso de pastas fluoradas, el bicarbonato y los palillos de dientes como auxiliares de la limpieza. A pesar de que no se respondieron positivamente los enunciados acerca de los auxiliares en la limpieza, tampoco se mencionaron aquellos que pueden causar algún problema. No se encontraron diferencias en las respuestas ofrecidas en 1996 y 2001.

e. Tablas.

Tabla 1
Distribución de la población en estudio según su estado civil, analfabetismo, composición familiar, ocupación y si trabajó en 2001, Asilo Arturo Mundet.

	2001	%	n
Estado Civil	casado	37.5	9
	soltero	8.3	2
	viudo	50.0	12
	divorciado	4.2	1
	Total	100.0	24
Sabe leer y escribir	Si	95.8	23
	No	4.2	1
	Total	100.0	24
composición familiar	Vive solo	20.8	5
	vive con familia o amigos	79.2	19
	Total	100.0	24
trabaja actualmente	no	79.2	19
	jubilado	20.8	5
	Total	100.0	24
Ocupación	Ama de casa	58.3	14
	obrero o campesino	25.0	6
	servicios	4.2	1
	Técnico	8.3	2
	profesional	4.2	1
	Total	100.0	24
Ingreso mensual promedio 2001			
Sexo	Media	n	D.E.
Masculino	510.0	2	268.7
Femenino	639.7	22	632.9
Total	628.9	24	608.5

Anova
p= 0.780

Tabla 2
Distribución de la población en estudio según derechohabiencia en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996						Total	
	n	SI %	n	NO %	n	Jubilado %	n	%
SI	14	58.3	3	12.5	0	0	17	70.8
NO	1	4.2	4	16.7	0	0	5	20.8
Jubilado	1	4.2	0	0	1	4.2	2	8.3
Total	16	66.7	7	29.2	1	4.2	24	100.0

Media HM = 8.000

d.e. = 1.414

p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 3
Distribución de la población en estudio según el número de veces que se cepilla los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996						Total	
	2 veces		3 veces		4 veces		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguna	0	0	0	0	1	4.2	1	4.2
1 vez	0	0	1	4.2	2	8.3	3	12.5
2 veces	1	4.2	1	4.2	4	16.7	6	25.0
3 veces	1	4.2	1	4.2	10	41.7	12	50.0
4 veces	0	0	1	4.2	1	4.2	2	8.3
Total	2	8.3	4	16.7	18	75.0	24	100.0

Media HM = 42.500

d.e. = 2.272

p = .384

Fuente: Directa

Tabla 4
Distribución de la población en estudio según el uso del hilo dental en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996						Total	
	SI		NO		NO		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	3	13.6	0	0	0	0	3	13.6
NO	2	9.1	17	77.3	17	77.3	19	86.4
Total	5	22.7	17	77.3	17	77.3	22	100.0

McNemar p = .500

Fuente: Directa

Tabla 5
Distribución de la población en estudio según el uso de palillos de dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	1996				Total	
		SI	%	NO	%	n	%
SI	3	13.6	0	0	3	13.6	
NO	2	9.1	17	77.3	19	86.4	
Total	5	22.7	17	77.3	22	100.0	

McNemar p = .500

Fuente: Directa

Tabla 6
Distribución de la población en estudio según utilización de puentes o dentaduras en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	1996				Total	
		SI	%	NO	%	n	%
SI	16	66.7	2	8.3	18	75.0	
NO	2	8.3	4	16.7	6	25.0	
Total	18	75.0	6	25.0	24	100.0	

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 7
Distribución de la población en estudio según utilización de prótesis totales en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	1996				Total	
		SI	%	NO	%	n	%
SI	1	4.3	8	34.8	9	39.1	
NO	0	0	14	60.9	14	60.9	
Total	1	4.3	22	95.7	23	100.0	

McNemar p = .008

Fuente: Directa

Tabla 8
Distribución de la población en estudio según utilización de prótesis total superior en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	1996				Total	
		SI	%	NO	%	n	%
SI	1	4.3	7	30.4	8	34.8	
NO	0	0	15	65.2	15	65.2	
Total	1	4.3	22	95.7	23	100.0	

McNemar p = .016

Fuente: Directa

Tabla 9
Distribución de la población en estudio según utilización de prótesis total inferior en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.3	7	30.4	8	34.8
NO	0	0	15	65.2	15	65.2
Total	1	4.3	22	95.7	23	100.0

McNemar p = .016

Fuente: Directa

Tabla 10
Distribución de la población en estudio según utilización de prótesis removibles en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.3	4	17.4	5	21.7
NO	0	0	18	78.3	18	78.3
Total	1	4.3	22	95.7	23	100.0

McNemar p = .125

Fuente: Directa

Tabla 11
Distribución de la población en estudio según número de veces que limpiaba su dentadura en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996								Total	
	1 vez		2 veces		3 veces		4 veces		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 vez	0	0	0	0	2	11.8	0	0	2	11.8
2 veces	1	5.9	1	5.9	2	11.8	0	0	4	23.5
3 veces	0	0	2	11.8	6	35.3	0	0	8	47.1
4 veces	0	0	0	0	1	5.9	0	0	1	5.9
5 veces	0	0	0	0	0	0	1	5.9	1	5.9
No respondió	0	0	0	0	1	5.9	0	0	1	5.9
Total	1	5.9	3	17.6	12	70.6	1	5.9	17	100.0

Media HM = 44.500

d.e = 4.717

p = .244

Fuente: Directa

Tabla 12
Distribución de la población en estudio que usaba cepillo para limpiar su dentadura en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	7	36.8	6	31.6	13	68.4
no	2	10.5	4	21.1	6	31.6
Total	9	47.4	10	52.6	19	100.0

McNemar p = .289

Fuente: Directa

Tabla 13
Distribución de la población en estudio que usaba agua para limpiar su dentadura en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	NO	1996		Total	
			n	%	n	%
SI	5	26.3	5	26.3		
NO	14	73.7	14	73.7		
Total	19	100.0	19	100.0		

Fuente: Directa

Tabla 14
Distribución de la población en estudio que acostumbraba remojar la prótesis en la noche en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	SI	%	1996 NO		Total	
				n	%	n	%
SI	3	15.8	1	5.3	4	21.1	
NO	2	10.5	13	68.4	15	78.9	
Total	5	26.3	14	73.7	19	100.0	

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 15
Distribución de la población en estudio que usaba agua y jabón para limpiar sus prótesis en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	SI	%	1996 NO		Total	
				n	%	n	%
SI	9	47.4	3	15.8	12	63.2	
NO	2	10.5	5	26.3	7	36.8	
Total	11	57.9	8	42.1	19	100.0	

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 16
Distribución de la población en estudio que usaba pasta dental para limpiar sus prótesis en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	4	21.1	5	26.3	9	47.4
NO	5	26.3	5	26.3	10	52.6
Total	9	47.4	10	52.6	19	100.0

McNemar $p = 1.000$

Fuente: Directa

Tabla 17
Distribución de la población en estudio según frecuencia de visitas al dentista en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996										Total	
	1 vez año		cada 2 años		cuando duele algo		otra		ns		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 vez año	9	37.5	1	4.2	1	4.2	5	20.8	0	0	16	66.7
cada 2 años	0	0	0	0	1	4.2	0	0	0	0	1	4.2
cuando duele	0	0	0	0	1	4.2	1	4.2	1	4.2	3	12.5
otra	1	4.2	0	0	1	4.2	2	8.3	0	0	4	16.7
Total	10	41.7	1	4.2	4	16.7	8	33.3	1	4.2	24	100

Media HM = 73.500

d.e. = 42.682

$p = .237$

Fuente: Directa

Tabla 18
Distribución de la población en estudio según asistencia al dentista durante el último año en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	10	43.5	5	21.7	15	65.2
NO	3	13.0	5	21.7	8	34.8
Total	13	56.5	10	43.5	23	100.0

McNemar $p = .727$

Fuente: Directa

Tabla 19
Distribución de la población en estudio según la razón por la que asistió al dentista en los últimos 12 meses en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	NO	Para una revisión 1996		Total	%
			n	%		
SI	1		1	4.2	1	4.2
NO	23		23	95.8	23	95.8
Total	24		24	100.0	24	100.0

Fuente: Directa

Tabla 20
Distribución de la población en estudio según la razón por la que asistió al dentista en los últimos 12 meses en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	NO	Para una limpieza 1996		Total	%
			n	%		
SI	1		1	4.2	1	4.2
NO	23		23	95.8	23	95.8
Total	24		24	100.0	24	100.0

Fuente: Directa

Tabla 21
Distribución de la población en estudio según la razón por la que asistió al dentista en los últimos 12 meses en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	NO	Porque les molestaba algo 1996		Total	%
			n	%		
SI	3		3	12.5	3	12.5
NO	21		21	87.5	21	87.5
Total	24		24	100.0	24	100.0

Fuente: Directa

Tabla 22
Distribución de la población en estudio según la razón por la que asistió al dentista en los últimos 12 meses en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	NO	Por dolor 1996		Total	%
			n	%		
SI	5		5	20.8	5	20.8
NO	19		19	79.2	19	79.2
Total	24		24	100.0	24	100.0

Fuente: Directa

Tabla 23
Distribución de la población en estudio según la razón por la que asistió al dentista en los últimos 12 meses en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Para reparar sus prótesis 1996				Total	
	n	NO	%	n	%	
SI	6		25.0	6	25.0	
NO	18		75.0	18	75.0	
Total	24		100.0	24	100.0	

Fuente: Directa

Tabla 24
Distribución de la población en estudio según la razón por la que asistió al dentista en los últimos 12 meses en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Para una obturación 1996				Total	
	n	NO	%	n	%	
Sí	1		4.2	1	4.2	
No	23		95.8	23	95.8	
Total	24		100.0	24	100.0	

Fuente: Directa

Tabla 25
Distribución de la población en estudio según razones por las que no asistió a recibir atención dental en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Por que no creyó que fuera necesario 1996						Total	
	n	SI	%	n	NO	%	n	%
SI	1		7.7	3		23.1	4	30.8
NO	1		7.7	8		61.5	9	69.2
Total	2		15.4	11		84.6	13	100.0

McNemar p = .625

Fuente: Directa

Tabla 26
Distribución de la población en estudio según razones por las que no asistió a recibir atención dental en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Por que no había sentido dolor						Total	
	SI		1996 NO					
	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	1	7.7	0	0	1	7.7		
NO	1	7.7	11	84.6	12	92.3		
Total	2	15.4	11	84.6	13	100.0		

McNemar $p = 1.000$

Fuente: Directa

Tabla 27
Distribución de la población en estudio según razones por las que no asistió a recibir atención dental en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Otra razón				Total	
			1996 NO			
		n	%	n	%	
	No hay dinero	1	7.7	1	7.7	
	NO	11	84.6	11	84.6	
	Desidia	1	7.7	1	7.7	
Total		13	100.0	13	100.0	

Media HM = 14.000

d.e. = 3.240

$p = .002$

Fuente: Directa

Tabla 28
Distribución de la población en estudio según consumo de dulces entre comidas en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996						Total	
	SI		NO		A veces			
	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	8	33.3	1	4.2	1	4.2	10	41.7
NO	1	4.2	10	41.7	2	8.3	13	54.2
No sabe	1	4.2	0	0	0	0	1	4.2
Total	10	41.7	11	45.8	3	12.5	24	100.0

Media HM = 14.500

d.e. = 3.775

$p = .691$

Fuente: Directa

Tabla 29
Distribución de la población en estudio según consumo de café en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	15	65.2	1	4.3	16	69.6
NO	6	26.1	1	4.3	7	30.4
Total	21	91.3	2	8.7	23	100.0

McNemar $p = .125$

Fuente: Directa

Tabla 30
Distribución de la población en estudio según hábito de tabaquismo en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	NO		1996		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	1	4.2	2	8.3
NO	23	95.8	23	95.8	25	100.0
Total	24	100	24	100	49	100

Tabla 31
Distribución de la población en estudio según conocimientos sobre la etiología de la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Porque se cariaron		1996		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	1	4.2	2	8.3
NO	23	95.8	23	95.8	25	100.0
Total	24	100.0	24	100.0	49	100.0

Fuente: Directa

Tabla 32
Distribución de la población en estudio según conocimientos sobre la etiología de la pérdida de los dientes 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		Porque se aflojaron		1996		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NO	2	8.3	22	91.7	24	100.0	26	100.0
Total	2	8.3	22	91.7	24	100.0	26	100.0

Fuente: Directa

Tabla 33
Distribución de la población en estudio según sus conocimientos sobre la etiología de la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	7	29.2	3	12.5	10	41.7
NO	4	16.7	10	41.7	14	58.3
Total	11	45.8	13	54.2	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa.

Tabla 34
Distribución de la población en estudio según sus conocimientos sobre la etiología de la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	1	4.2	2	8.3
NO	3	12.5	19	79.2	22	91.7
Total	4	16.7	20	83.3	24	100.0

McNemar p = .625

Fuente: Directa.

Tabla 35
Distribución de la población en estudio según sus conocimientos sobre la etiología de la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	1	4.2	2	8.3
NO	3	12.5	20	83.3	23	95.8
Total	4	16.7	20	83.3	24	100.0

McNemar p = .250

Fuente: Directa

Tabla 36
Distribución de la población en estudio según sus conocimientos sobre la etiología de la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Otras razones														Total	
	falta calcio		no		enfermedad		no higiene		Mal nutrición		herencia		embarazo		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
falta calcio	3	12.5	2	8.3	0	0	1	4.2	0	0	0	0	1	4.2	7	29.2
no diabetes	4	16.7	5	20.8	0	0	1	4.2	1	4.2	1	4.2	0	0	12	50.0
no higiene descuido	1	4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.2
desnutrición	0	0	0	0	1	4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.2
falta de dinero	1	4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.2
Total	10	41.7	7	29.2	1	4.2	3	12.5	1	4.2	1	4.2	1	4.2	24	100.0

Media HM = 53.000

d.e. = 10.320

p = .846

Fuente: Directa

Tabla 37
Distribución de la población en estudio según sus creencias sobre la etiología del sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Porque los dientes están enfermos						Total	
	SI		NO		1996		n	%
	n	%	n	%	n	%		
SI	7	29.2	4	16.7	11	45.8		
NO	6	25.0	7	29.2	13	54.2		
Total	13	54.2	11	45.8	24	100.0		

McNemar p = .754

Fuente: Directa

Tabla 38
Distribución de la población en estudio según sus creencias sobre la etiología del sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Por falta de cepillado						Total	
	SI		NO		1996		n	%
	n	%	n	%	n	%		
SI	1	4.2	3	12.5	4	16.7		
NO	1	4.2	19	79.2	20	83.3		
Total	2	8.3	22	91.7	24	100.0		

McNemar p = .625

Fuente: Directa

Tabla 39
Distribución de la población en estudio según sus creencias sobre la etiología del sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	1	4.2	2	8.3
NO	1	4.2	21	87.5	22	91.7
Total	2	8.3	22	91.7	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 40
Distribución de la población en estudio según sus creencias sobre la etiología del sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 no		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	3	12.5	4	16.7
no	2	8.3	18	75.0	20	83.3
Total	3	12.5	21	87.5	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 41
Distribución de la población en estudio según opinión sobre la " capacidad de consumo de alimentos cuando hay pocos dientes en la boca" en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	0	0	1	4.2
NO	0	0	23	95.8	23	95.8
Total	1	4.2	23	95.8	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 42
Distribución de la población en estudio según importancia atribuida a la revisión por el dentista

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	22	91.7	0	0	22	91.7
NO	0	0	1	4.2	1	4.2
NO sabe	1	4.2	0	0	1	4.2
Total	23	95.8	1	4.2	24	100

Tabla 43
Distribución de la población en estudio según opinión sobre la posibilidad de que "una persona logre asistir con mayor frecuencia a recibir atención dental" en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996		1996		Total	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
n	n	%	n	%	n	%
SI	2	8.3	15	62.5	17	70.8
NO	0	0	7	29.2	7	29.2
Total	2	8.3	22	91.7	24	100

Fuente: Directa.

Tabla 44
Distribución de la población en estudio según opinión sobre la importancia de aprender a revisarse la boca en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996		1996		Total	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
n	n	%	n	%	n	%
SI	22	91.7	0	0	22	91.7
NO	0	0	1	4.2	1	4.2
No sabe	1	4.2	0	0	1	4.2
Total	23	95.8	1	4.2	24	100.0

Fuentes : Directa

Tabla 45
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Revisarse periódicamente		1996		Total	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
n	n	%	n	%	n	%
SI	6	25.0	7	29.2	13	54.2
NO	2	8.3	9	37.5	11	45.8
Total	8	33.3	16	66.7	24	100.0

McNemar p = .180

Fuente: Directa

Tabla 46
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Cepillarse adecuadamente		1996		Total	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
n	n	%	n	%	n	%
SI	6	25.0	2	8.3	8	33.3
NO	6	25.0	10	41.7	16	66.7
Total	12	50.0	12	50.0	24	100.0

McNemar p = .289

Fuente: Directa

Tabla 47
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	2	8.3	2	8.3	4	16.7
NO	5	20.8	15	62.5	20	83.3
Total	6	29.2	17	70.8	24	100

Fuente: Directa

Tabla 48
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
NO	2	8.3	22	91.7	24	100.0
Total	2	8.3	22	91.7	24	100.0

Fuente: Directa

Tabla 49
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	0	0	1	4.2	1	4.2
NO	2	8.3	21	87.5	23	95.8
Total	2	8.3	22	91.7	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 50
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar la pérdida de los dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	0	0	1	4.2
NO	1	4.2	22	91.7	23	95.8
Total	2	8.3	22	91.7	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 51
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar el sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	Conocer como cuidarse				Total	
		1996		1996		n	%
SI	%	NO	%	NO	%		
SI	3	13.0	3	13.0	6	26.1	
NO	3	13.0	14	60.9	17	73.9	
Total	6	26.1	17	73.9	23	100.0	

McNemar $p = 1.000$

Fuente: Directa

Tabla 52
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar el sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	%	Asistir a revisión			
			1996		1996	
SI	%	NO	%	NO	%	
SI	7	29.2	4	16.7	11	45.8
NO	4	16.7	9	37.5	13	54.2
Total	11	45.8	13	54.2	24	100.0

McNemar $p = 1.000$

Fuente: Directa

Tabla 53
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar el sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	Cepillarse adecuadamente				Total	
		1996		1996		n	%
SI	%	NO	%	NO	%		
SI	1	4.2	1	4.2	2	8.3	
NO	1	4.2	21	87.5	22	91.7	
Total	2	8.3	22	91.7	24	100.0	

McNemar $p = 1.000$

Fuente: Directa

Tabla 54
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar el sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	Usar medicamentos				Total	
		1996		1996		n	%
SI	%	NO	%	NO	%		
SI	1	4.2	1	4.2	1	4.2	
NO	23	95.8	23	95.8	23	95.8	
Total	24	100.0	24	100.0	24	100.0	

Fuente: Directa

Tabla 55
Distribución de la población en estudio según sus actitudes para evitar el sangrado gingival en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Cepillarse después de cada comida							
	SI		1996 NO		Total			
	n	%	n	%	n	%		
SI	3	12.5	0	0	3	12.5		
NO	2	8.3	19	79.2	21	87.5		
Total	5	20.8	19	79.2	24	100.0		

McNemar $p = .500$

Fuente: Directa

Tabla 56
Distribución de la población en estudio según su opinión sobre el estado de sus dientes comparados con los de sus amistades en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	1996									
	Mejor		Igual		Peor		NS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual	2	12.5	4	25.0	0	0	1	6.3	7	43.8
Peor	2	12.5	0	0	1	6.3	0	0	3	18.8
Mejor	2	12.5	2	12.5	1	6.3	0	0	5	31.3
NS	0	0	1	6.3	0	0	0	0	1	6.3
Total	6	37.5	7	43.8	2	12.5	1	6.3	16	100.0

Media HM = 104.500

d.e. = 61.557

$p = .994$

Fuente: Directa

Tabla 57
Distribución de la población en estudio según el significado que tiene para una persona el perder sus dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Se vería feo							
	SI		1996 NO		Total			
	n	%	n	%	n	%		
SI	3	12.5	3	12.5	6	25.0		
NO	4	16.7	14	58.3	18	75.0		
Total	7	29.2	17	70.8	24	100.0		

McNemar $p = 1.000$

Fuente: Directa

Tabla 58
Distribución de la población en estudio según el significado que tiene para una persona el perder sus dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		No mastica bien 1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	9	37.5	2	8.3	11	45.8
NO	8	33.3	5	20.8	13	54.2
Total	17	70.8	7	29.2	24	100.0

McNemar p = .109

Fuente: Directa

Tabla 59
Distribución de la población en estudio según el significado que tiene para una persona el perder sus dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		No habla bien 1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	2	8.3	1	4.2	3	12.5
NO	1	4.2	20	83.3	21	87.5
Total	3	12.5	21	87.5	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 60
Distribución de la población en estudio según el significado que tiene para una persona el perder sus dientes en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Otras respuestas 1996								Total	
	problemas digestivos		no		mal aliento		no desarrolla		n	%
problemas digestivos	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
problemas digestivos	1	4.3	0	0	0	0	0	0	1	4.3
no	5	21.7	14	60.9	0	0	1	4.3	20	87.0
Mal aliento	0	0	1	4.3	1	4.3	0	0	2	8.7
Total	6	26.1	15	65.2	1	4.3	1	4.3	23	100.0

Media HM = 18.000

d.e. = 4.743

p = .673

Fuente: Directa

Tabla 61
Distribución de la población en estudio según "si se consideran capaces de cambiar la forma de cepillarse" en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	6	25.0	12	50.0	18	75.0
NO	1	4.2	5	20.8	6	25.0
Total	7	29.2	17	70.8	24	100.0

Tabla 62
Distribución de la población en estudio según su opinión sobre si podrían tener los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	18	75.0	2	8.3	20	83.3
NO	2	8.3	1	4.2	3	12.5
NO sabe	1	4.2	0	0	1	4.2
Total	21	87.5	3	12.5	24	100.0

Fuente: Directa

Tabla 63
Distribución de la población en estudio según su opinión de lo que pasaría si una persona tuviera los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	1	4.2	3	12.5	4	16.7
NO	2	8.3	18	75.0	20	83.3
Total	3	12.5	21	87.5	24	100.0

Tabla 64
Distribución de la población en estudio según su opinión de lo que pasaría si una persona tuviera los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	SI		1996 NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
SI	0	0	2	8.3	2	8.3
NO	2	8.3	20	83.3	22	91.7
Total	2	8.3	22	91.7	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 65
Distribución de la población en estudio según su opinión de lo que pasaría si una persona tuviera los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	SI	%	1996		n	%	n	%
				NO	Total				
SI	1		4.2	1		1	4.2	2	8.3
NO	1		4.2	21		21	87.5	22	91.7
Total	2		8.3	22		22	91.7	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 66
Distribución de la población en estudio según su opinión de lo que pasaría si una persona tuviera los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	SI	%	1996		n	%	n	%
				NO	Total				
SI	3		12.5	3		3	12.5	6	25.0
NO	8		33.3	10		10	41.7	18	75.0
Total	11		45.8	13		13	54.2	24	100.0

McNemar p = 1.000

Fuente: Directa

Tabla 67
Distribución de la población en estudio según su opinión de lo que pasaría si una persona tuviera los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	n	SI	%	1996		n	%	n	%
				NO	Total				
SI	1		4.2	2		2	8.3	3	12.5
NO	2		8.3	19		19	79.2	21	87.5
Total	3		12.5	21		21	87.5	24	100.0

Tabla 68
Distribución de la población en estudio según su opinión de lo que pasaría si una persona tuviera los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Otra respuesta										Total	
	no		1996 mejor digestión		más sano		duran más		platicar más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comer mejor	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.3	1	4.3
no mejor	9	39.1	0	0	2	8.7	1	4.3	0	0	12	52.2
mejor digestión	0	0	1	4.3	0	0	0	0	0	0	1	4.3
más sano	5	21.7	0	0	3	13.0	0	0	0	0	8	34.8
mejor salud general	1	4.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.3
Total	15	65.2	1	4.3	5	21.7	1	4.3	1	4.3	23	100.0

Media HM = 43.000

d.e. = 8.689

p = .818

Fuente: Directa

Tabla 69
Distribución de la población en estudio según su opinión de lo que haría para tener los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet.

2001	Más Cepillado						Total	
			1996					
	SI	NO	SI	NO	n	%	n	%
SI		19	79.2%	2	8.3%	21	87.5%	
NO		1	4.2%	2	8.3%	3	12.5%	
Total		20	83.3%	4	16.7%	24	100.0%	

Fuente: Directa

Tabla 70
Distribución de la población en estudio según su opinión de lo que haría para tener los dientes más limpios en 1996 y 2001, Asilo Arturo Mundet

2001	Limpieza con el dentista						Total	
			1996					
	SI	NO	SI	NO	n	%	n	%
SI		2	8.3	0	0	2	8.3	
NO		3	12.5	19	79.2	22	91.7	
Total		5	20.8	19	79.2	24	100.0	

McNemar p = .250

Fuente: Directa

12. Discusión.

Es importante mencionar que los resultados de este estudio no se pueden generalizar a toda la población anciana, a pesar de que la distribución por sexo es similar a la de la población anciana en México², las características de la población estudiada son diferentes, ya que al participar en este grupo y realizar actividades recreativas fuera de sus casas, son probablemente personas más activas que las demás personas de su edad.

Aunque se observaron algunas diferencias por sexo, estas no pudieron ser analizadas debido al pequeño número de participantes del sexo masculino. Sin embargo, algunos autores señalan que las mujeres tienen mejores hábitos de limpieza, ya que se preocupan más por su apariencia y hacen mayor uso de los servicios de salud dental.²⁵

Cabe señalar que la mayoría de las personas entrevistadas saben que deben cepillarse los dientes diariamente, aunque fueron muy pocas las que conocían y utilizaban el hilo dental, esta práctica y conocimiento no se vio modificado y parece ser que es necesario reforzar su uso. Aunque es importante considerar que el costo y la posible dificultad para manejar el hilo dental sean uno de los obstáculos para su utilización. Asimismo, es evidente la necesidad de reforzar la importancia del cepillado y el uso del hilo dental, ya que al no comprenderse su importancia nos sugiere que la instrucción de estas prácticas fue deficiente o que necesita ser reforzada constantemente. Según Davidson et al,²⁵ los hábitos de limpieza disminuyen conforme aumenta la edad, lo que sugiere que la motivación de los ancianos es un elemento a considerar para el mejoramiento de la salud bucodental al realizar programas de educación para la salud. La motivación y el reforzamiento se deben realizar en periodos cortos.

El número de personas que utilizaban prótesis fue del 75%, este alto porcentaje apunta la necesidad que tiene este grupo de la población de reforzar los conocimientos sobre su cuidado, ya que si bien la mayoría utiliza un cepillo o en su defecto agua y jabón, el número de personas que dejan remojando su prótesis en agua durante la noche disminuyó, mientras que se debe enfatizar que nadie utiliza limpiadores especiales, esto tal vez debido a que la población en la que se llevó a cabo el estudio como ya se ha mencionado anteriormente muestra una dependencia económica lo que probablemente dificulta la adquisición de este tipo de productos. Esto concuerda con quienes identifican a los problemas económicos como una barrera para mejorar la salud bucal.¹⁸

A pesar de que el número de personas que acudieron al dentista en los últimos doce meses se incrementó, las razones para la utilización de servicios dentales fueron para que se les reparara su prótesis, por dolor o alguna molestia lo que desmerita la intención de las visitas al dentista dejando como único indicador de la necesidad de atención dental al dolor, la molestia o el mal funcionamiento de una

prótesis. Es importante enfatizar en el programa de educación para la salud bucal la necesidad de acudir a revisión o a profilaxis dental como una forma de prevenir alguna complicación mayor. Lockert et al ¹⁶ y McCord ¹⁸, coinciden en identificar al factor socioeconómico, lugar de residencia y al miedo como las principales barreras para no acudir al dentista, aunque en este grupo de ancianos la principal razón fue que no era necesario, esto indica que el problema para asistir a consulta es la falta de motivación para mejorar su actitud para lo que requieren de una monitorización constante y una estimulación adecuada para provocar una mejora en las prácticas preventivas y en la utilización de los servicios dentales como lo describe Fishwick. ²⁸

Es importante señalar que las personas muestran un conocimiento confuso acerca de las razones para perder los dientes, aunque mencionan que la principal razón es "por no cuidarse", no definen una causa específica, sólo una persona señaló las caries como su posible consecuencia, aunque otras razones que no están relacionadas también fueron mencionadas. Es necesario reforzar las actividades del programa que se refieren a las causas y los métodos preventivos de la pérdida dental, señalando principalmente que la pérdida de los dientes no es consecuencia de la edad y la importancia que tiene la caries dental en este grupo poblacional.

Las prácticas para evitar la pérdida de dientes evidenciaron que, si bien la revisión por el dentista (54.2%) aumentó, y que el cepillado también es reconocido por este grupo de personas como una práctica para evitar la pérdida de los dientes, se necesita enfatizar acerca del uso del hilo dental. Sin embargo, al mencionar que la revisión por el dentista es una práctica, esta afirmación sugiere que las personas no se hacen responsables de su salud dental atribuyéndole este deber al dentista.

En relación con la enfermedad periodontal, las personas atribuyen su presencia a la falta de revisión y al descuido, y nuevamente muestran una dependencia de la ayuda de un dentista para reconocer un proceso patológico, es importante reforzar el auto cuidado y la higiene dental como métodos preventivos. Esto se refleja en que relegan a segundo término la importancia del cepillado y del uso del hilo dental ya que este último nadie lo identifica como un método para evitar el sangrado de las encías. Es importante, por lo tanto, resaltar la necesidad de esclarecer y ampliar los conocimientos acerca de este tema y reforzar la sesión del programa de educación para la salud bucal sobre el autoexamen bucal.

Los resultados obtenidos deben ser entendidos según lo que explica Lo et al ^{29, 30}, ya que las personas que más edad tienen, son las que menos poseen conocimientos sobre la salud. Además de entender que se debe reconceptualizar el proceso salud enfermedad ya que los conocimientos, prácticas y actitudes que estas personas poseen, las han adquirido de acuerdo con la odontología de principios de siglo XX y las han realizado durante toda su vida ⁶ lo que advierte que el principal problema para lograr un cambio significativo es eliminar o modificar los viejos conceptos culturales.

La mayoría de las personas identificó el aspecto funcional como el principal problema de la pérdida de los dientes mencionando en primer lugar que no podrían masticar. Esto se relaciona con la pérdida de dientes porque la mayor parte de estas personas ha perdido un considerable número de órganos dentarios lo que dificulta la masticación de sus alimentos. La estética pasó a segundo término esto tal vez debido a que como ya se ha mencionado anteriormente, estas personas han abandonado su cuidado personal y lo consideran como una actividad menos importante, armentando que se encuentran en los últimos años de su vida. Pocas personas han comprendido la función fonética de los dientes tal vez por eso sólo tres personas identificaron esto como una causa.

Los resultados muestran que el 43.8% de las personas cree que se encuentra igual que sus amistades, 31.3% consideró que se encontraba mejor en relación con sus amistades, mientras que 9.3% consideró que se encontraba peor y sólo el 3.1% respondió que no sabía. Estos resultados son similares a los obtenidos por Locker et al ²⁴ en cuanto al orden de frecuencia en que se presentaron los diferentes tipos de respuestas quien después de tres años de aplicación de un programa de educación para la salud encontró que el 20% de las personas entrevistadas consideró que empeoró su estado de salud, el 68.5% se ubicó en un estado de salud igual al inicial, y sólo el 10.5% consideró que había mejorado su salud, asimismo, encontramos que el grupo de personas que no encontró cambios basó su asistencia a los servicios dentales en la sintomatología y el dolor como únicos índices de ésta necesidad, a lo que nosotros nos gustaría agregar otro indicador que es la reparación de prótesis.

Realmente no se logró que las personas visitaran con mayor frecuencia al dentista, que fue uno de los objetivos del programa de educación para la salud, pero para lograr este propósito y obtener un cambio significativo se debe de promover un cambio en la percepción de la necesidad de la atención dental, eliminando la concepción del dolor como indicador, promoviendo las prácticas preventivas y los beneficios que estos ofrecen, para lo cual como lo indica Persson et al ¹³ la instrucción de las personas debe ser monitoreada con regularidad y en periodos cortos aun cuando el programa sea de larga duración, y teniendo como eje principal el principio de que la mala higiene es la causa de las enfermedades periodontales y que mejorarla es la mejor forma de prevenirlas.

Entre los factores que han evitado el cumplimiento a largo plazo de los propósitos del programa de educación para la salud bucal de los ancianos, se puede argumentar de acuerdo a lo que menciona Nakazono, ²⁶ quien identifica que una actitud negativa es provocada por una educación deficiente, además de señalar que las personas mayores son las que tienen actitudes menos favorables, estos dos criterios se observaron en nuestros estudios ya que el nivel promedio de estudios de las personas que formaron parte de este trabajo se ubican a nivel de educación primaria, asimismo ninguna persona era menor de 65 años. Es importante mencionar que en la evaluación inicial de este programa se observaron cambios importantes en cuanto a actitudes que después de cinco años han desaparecido casi completamente.

Los resultados que arroja este estudio deben ser tomados en consideración ya que como sugiere Fishwick ²⁸ los programas de educación que obtienen mejores resultados son los que se realizan en el lugar de trabajo o de asistencia continua incluso después de tres años de su aplicación, lo que nos señala que el lugar de aplicación para este programa de salud fue el óptimo, pero el tiempo transcurrido para evaluar el impacto del programa a largo plazo fue muy largo (cinco años). Y por último señalar que aunque el estudio fue aplicado en una casa hogar para ancianos, la población seleccionada fue la que se encontraba en categoría de "Externos", es decir personas que no viven dentro de las instalaciones pero que acuden a realizar actividades recreativas de manera habitual, y son personas que no presentan alguna capacidad limitante como las personas que están en calidad de "Internos", ya que de acuerdo con Simmons et al ²⁷ el estado de salud general influye en la participación en los programas de salud, siendo la discapacidad una limitante, además de acuerdo con otros estudios⁷ las personas con discapacidades son las que peor estado de salud general y bucal presentan.

Es importante continuar con el diseño, implementación de programas de educación para la salud bucal dirigidos a la población anciana, porque en un futuro no muy lejano la proporción de la población mayor de 60 años será considerable y los recursos para su atención no serán suficientes. Comenzando a realizar labores preventivas en adultos y adultos mayores podrá ayudar a que el impacto de las enfermedades sea menor para el sistema de salud y para mejorar la calidad de vida de la población anciana.

13. Conclusiones.

1. No se encontraron diferencias entre los conocimientos actitudes y prácticas de las personas entrevistadas en 1996 y 2001.
2. No fue posible establecer si existían diferencias por sexo debido al pequeño número de hombres participantes.
3. Es importante monitorear el programa de educación para la salud y llevarlo a cabo de manera continua.
4. Las prácticas de cepillado dental las llevan a cabo el 95.8% de los participantes aunque no de manera adecuada.
5. Hay poco conocimiento acerca de las prácticas preventivas referentes a la Salud Bucal.
6. Los cambios observados inmediatamente después de concluido el programa de educación para la salud bucal no pudieron mantenerse después de cinco años de su aplicación.
7. Se debe reestructurar el programa de conocimientos, actitudes y prácticas referentes a la salud bucal, identificando los puntos que necesitan más atención y desarrollo.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

14. Referencias Bibliográficas.

- ¹ Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López-Cervantes M. Health transition in middle-income countries: New challenges for health. *Health Care. Health Policy Plan.* 1989; 4: 29-39.
- ² Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
- ³ Luna G. J: Principios de Odontogeriatría(2). *Pract Odontol* 1986;7:10-2
- ⁴ Luna G. J: Principios de Odontogeriatría. *Pract Odontol* 1986; 7:21-2.
- ⁵ Takamura, J.C., Justice, D : Creating promise out of longer life. *The magazine of the Pan American Health Organization* 1998; 3; 28-32.
- ⁶ Kiyak H.A. : Measuring Psychosocial variables that predict older persons' oral health behavior. *Gerodontology* 1996; 13: 69-75.
- ⁷ Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H, Takehara T; Influence of dentition on Physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *J Dent Res* 2001; 80:340-345.
- ⁸ Rossum GMJM van, Kalk W, Felling AJA, Hof MA van't: Dental health behaviour and attitudes- an application of correspondence analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:321-3.
- ⁹ Kwan SYL, Williams SA; Attitudes of Chinese people toward obtaining dental care in UK. *British Dental Journal* 1998; 185:188-191.
- ¹⁰ McKeown : Introducción a la Medicina Social. Editorial Siglo XXI. 2º Edición. México 1998. Págs 351-357
- ¹¹ Seif RT, Bóveda C, Calatrava LA, Criado MV, Delgado DR, Maldonado DA, Perrone CM, Saldivia SY, Villegas DT: Saliva: su rol en salud y enfermedad. En: *Cariología: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental*. México D.F. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. 1º Edición. 1997. Págs 217-240.
- ¹² Glickman I, Carranza, F.A Comp. Envejecimiento y Periodoncio. En: *Periodontología Clínica de Glickman*. México D.F. Editorial Interamericana. 8º Edición. 1998. Págs 69-77.
- ¹³ Perssons RE, Perssons GR, Powell LV, Kiyak HA: Periodontal effects of a bio-behavioural prevention program. *J Clin Periodontol* 1998; 25: 322-329.
- ¹⁴ Papapanou PN, Wennström JL, Grödhil K. Periodontal status in relation to age and tooth type. *J Clin Periodontol* 1988; 15:469-478
- ¹⁵ Fejerskov O, Luan W, Nyad B, Budtz-Jorgensen E, Holm-Pedersen P. Active and inactive root surface caries lesions in a selected group of 60 to 80 year old Danes. *Caries Res* 1991; 25: 385-391.
- ¹⁶ Locker D, Liddell A, Burman D: Dental fear and anxiety in older adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:120-4.

- ¹⁷ Liddell A, Locker D: Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 314-8.
- ¹⁸ McCord FJ, Wilson MC: Social problems in geriatric dentistry: an overview. *Gerodontology* 1994; 11(2): 63-66.
- ¹⁹ Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology* 1994; 11: 108-104.
- ²⁰ Kawamura M, Iwamoto Y: Present state of dental health knowledge, attitudes/behaviour and perceived oral health of Japanese employees. *Int Dent J* 1999; 49: 1773-181.
- ²¹ Keogh T, Liden GJ: Knowledge, attitudes and behaviour in relation to dental health of adults in Belfast, North Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:246-8.
- ²² Lee KL, Schwarz E, Mak KYK: Improving oral health through understanding the meaning of health and disease in a Chinese culture. *Int Dent J* 1993; 43: 2-8.
- ²³ Mojon P, MacEntee M: Estimates of time and propensity for dental treatment among institutionalised elders. *Gerodontology* 1994; 11: 99-107.
- ²⁴ Locker D, Jokovic A: Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. *J Dent Res* 1997; 76: 1292-1297.
- ²⁵ Davidson PL, Rams TE, Andersen RM: Socio-behavioral determinants of oral hygiene practices among USA ethnic and age groups. *Adv Dent Res* 11: 245-253.
- ²⁶ Nakazono TT, Davidson PL, Andersen RM: Oral health beliefs in diverse populations, *Adv Dent Res* 1997; 11: 235-244.
- ²⁷ Simons D, Baker P, Jones B, Kidd EAM, Beighton D: An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *British Dent J* 1988 188: 206-210.
- ²⁸ Fishwick MR, Ashley FP, Wilson RF: Can a workplace preventive programme affect periodontal health. *British Dent J* 1998 184: 290-293.
- ²⁹ Lim LP, Schwarz E, Lo ECM: Chinese health beliefs and oral health practices among the middle-aged and elderly in Hong Kong. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22:364-8.
- ³⁰ Lo ECM, Schwarz E: Attitudes toward dentist and the dental care system among the middle-aged and the elderly in Hong Kong. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22:369-73.
- ³¹ Secretaria de Salud de Santander. División de prevención y promoción con colaboración de la coordinación de programas específicos de la Secretaría de Educación de Santander. Informe final: conocimientos, tendencias actitudinales y practicas de violencia y maltrato en Santander. Recolección, sistematización y análisis de la información. Conclusiones y recomendaciones. Septiembre de 1998. Available from: URL: <http://www.fungamma.org/santander2.htm>.
- ³² Battro AM. El pensamiento de Jean Piaget.: 1º Edición. Buenos Aires: Editorial Emec 1969.p 259.
- ³³ Arias Galicia F. Actitudes, Opiniones y creencias. 3º Edición. México D.F.: Editorial Trillas 1980. pp. 15-18.

Anexo

**DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL Y LAS
ACTITUDES, CONOCIMIENTOS, EXPECTATIVAS Y CREENCIAS SOBRE LA
SALUD BUCAL
Asilo Mundet 2001**

Fecha:

Nombre: _____

Dirección: _____

1. **Edad:** / / / /
2. **Sexo:** 1 Fem 2 Masc / /
3. **Estado civil** / /
1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Divorciado
5. Unión libre 8. No sabe 9. No responde
4. **Composición Familiar** / /
1. Solo 2. Familiares 3. Amigos 4. Otro
8. No sabe 9. No responde
5. **Sabe leer y escribir** / /
1. Sí 2. No 8. No sabe 9. No responde
6. **Escolaridad** / /
1. Ninguna 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa
4. Secundaria 5. Preparatoria 6. Universitaria
7. **Trabaja actualmente** / /
1. Si 2. No 3. Jubilado 8. No sabe
9. No responde
8. **Cual es o era su ocupación** / /
1. Ama de casa 2. Obrero 3. Servicios 4. Técnico
5. Profesional 8. No sabe 9. No responde
9. **Ingreso mensual promedio: (en Pesos)** / / / / / /
10. **Tiene derecho a recibir atención dental** / /
1. Si 2. No 3. Jubilado 8. No sabe
11. **Si la respuesta es SÍ en donde** _____ / /

ACTITUDES, CONOCIMIENTOS, EXPECTATIVAS Y CREENCIAS.

1. **¿Acostumbra usted a cepillarse los dientes?** /___/

1.Sí 2.No 3. A veces 8.NS NR

1.A **¿Cuántas veces al día?** /___/

1.Ninguna 2. Una Vez 3. Dos Veces 4.Tres Veces
5.Cuatro Veces 8.No sabe 9.No responde

2. **¿Se cepilla los dientes después de comer algún alimento?** /___/

1.Sí 2.No

3. **¿Usa usted hilo dental?** /___/

1.Sí 2.No 9. No responde
8.No sabe

4. **¿ Usa usted palillos de dientes?** /___/

1.Si 2.No 9. NR, NS

5. **Para limpiar sus dientes, ¿Usa usted algo diferente a lo mencionado?**

1.Si 2.No 9.No responde /___/

6. **¿Usa usted algún tipo de prótesis o puente dental, ya sea fijo o removible?** /___/

1.Si 2.No 9.No responde NS

5.A **En caso de usarlos, ¿Con que los limpia?**

1. Sí 2. No 8. No sabe 9 No responde

- Con cepillo dental /___/
- Sólo con agua corriente /___/
- Con limpiadores /___/
- Los remoja en agua corriente durante la noche /___/
- Con agua y jabón /___/
- Con pasta dental /___/
- Otra /___/
- ¿Cuál? _____

5.B. ¿Cuántas veces los limpia al día? /___/

- 1.Ninguna 2.Una vez 3.Dos veces 4.Tres veces
5.Cuatro veces 6.Cinco veces 8.No sabe 9. No responde

6.¿Cree usted que las personas deben visitar al dentista? /___/

- 1.Si 2.No 8. No sabe 9. No responde

6.A ¿Cada que tiempo usted lo visitaría? /___/

1. Una vez al año 2.Cada dos años 3.Cuando me duele algo
4.Otra, ¿Cuál?_____ 8. No sabe 9. No responde

7. ¿Cuándo fue usted por última vez al dentista ¿Por qué lo visitó? /___/

- 1.Revisión 2.Limpieza dental 3.Le lastimaba algo
4.Tenía dolor 5.Para reparar la prótesis 6.Para hacer una obturación
7.Para una extracción 8.Por tener mal aliento
9.Otra ¿Cuál?_____ 8.No sabe 9.No responde

8. ¿Ha visitado usted al dentista en los últimos 12 meses? /___/

- 1.Sí 2.No 9. NS, NR

8.A Si usted no ha visitado al dentista, en el ultimo año, ¿Por qué no lo ha hecho? /___/

- 1.No ha sido necesario en su opinión 2.No tiene dientes
3.No ha tenido dolor 4. Ha obtenido dificultad para obtener cita
5.No ha tenido tiempo 6.No hay servicio dental cerca de su casa
7.Tiene miedo al dolor 8.Tiene miedo al dentista
9.Porque estoy sano 10.Otra, ¿Cuál?_____

9. ¿Por qué cree usted que se le “caen” los dientes a las personas? /___/

- 1.Porque los dientes se cariaron 2.Porque los dientes se aflojaron y se cayeron
3.Porque no los cuidaron bien 4.Por no visitar al dentista
4.Por la edad 5.Otra, ¿Cuál?_____

8. No sabe 9. NR

9. ¿Qué cree usted que puede haber hecho una persona para evitar perder los dientes? /___/

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Conocer como cuidar sus dientes | 2. Revisar periódicamente para detectar una enfermedad |
| 3. Cepillar bien los dientes | 4. Usar hilo dental |
| 5. Usar pastas con fluoruros | 6. No comer demasiados dulces |
| 7. Cepillar después de cada comida | 8. Otra, ¿Cuál? _____ |
| 8. No sabe | 9. No responde |

12. ¿Cómo cree usted que este su boca y sus dientes en comparación con la de sus amistades? /___/

- | | | |
|--------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. Igual que todos | 2. En peores condiciones | 3. En mejores condiciones |
| 8. No sabe | 9. No responde | |

13. ¿Por qué cree usted que a una persona le sangren las encías? /___/

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Porque no se cepilla | 2. Porque se le movían los dientes |
| 3. Porque tiene enfermos los dientes | 4. Porque come cosas muy duras |
| 5. Porque no visita al dentista | 6. Por la edad |
| 7. Otra, ¿Cuál? _____ | 8. No sabe |
| | 9. No responde |

14. ¿Cómo usted cree que una persona que le sangran las encías puede evitarlo? /___/

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Conocer como cuidarse enfermedad | 2. Revisar periódicamente para detectar una enfermedad |
| 4. Usar hilo dental | 3. Cepillarse bien los dientes |
| 6. Comiendo alimentos blandos | 5. Usando medicamentos |
| 8. Otra, ¿Cuál? _____ | 7. Cepillarse después de cada comida |
| | 8. No sabe |
| | 9. No responde |

14. ¿Para usted que significa que una persona pierda sus dientes? /___/

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Que se vea "feo" | 2. Que no pueda hablar bien |
| 3. Que no pueda masticar bien | 4. Otra, ¿Cuál? _____ |
| 8. No sabe | 9. No responde |

15.- ¿ Le gusta comer dulces u otros alimentos entre comidas? /___/

- | | | | |
|-------|-------|------------|----------------|
| 1. Si | 2. No | 8. No sabe | 9. No responde |
|-------|-------|------------|----------------|

16.- ¿Toma café o té? /___/

- | | | | |
|-------|-------|------------|----------------|
| 1. Si | 2. No | 8. No sabe | 9. No responde |
|-------|-------|------------|----------------|

16. ¿Cuándo? /___/

1. Continuamente 2. Después de cada comida 3. Sólo en las mañanas
 4. Una vez al día 5. Otras Cual? _____ 8. No sabe
 9. No responde

17. ¿Usted fuma? /___/

1. Si 2. No 8. No sabe 9. No responde

17^a. ¿Cuántos cigarrillos se fuma usted al día? /___/

1. Menos de 10 2. De 10 a 20 3. De 20 a 30 4. Más de 20

18. ¿Cree usted que una persona de su edad sería capaz de cambiar la forma de cepillarse los dientes? /___/

1. Si 2. No 8. No sabe 9. No responde

19. ¿Podría tener una persona como usted los dientes más limpios? /___/

1. Si 2. No 8. No sabe 9. No responde

20. ¿Cómo usted cree que esa persona podría llegar a tener los dientes más limpios? /___/

1. Cepillándolos 2. Usando hilo dental 3. Usando pastas con fluoruros
 4. Usando palillos 5. Usando bicarbonatos para limpiarlos
 6. Haciéndose limpiezas dentales con el dentista 7. Otra cuál? _____

21. ¿Qué cree usted que le pasaría a esa persona si lograra mantener sus dientes más limpios? No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que de el encuestado. /___/

1. No sentiría dolor 2. No tendría caries
 3. No le sangraría encías 4. No tendría mal aliento
 5. Se vería mejor 6. No perdería los dientes
 7. Otra ¿Cuál? _____ 8. No sabe 9. No responde

22. ¿Usted cree que una persona de su edad que no visite al dentista /___/ frecuentemente lograría ir al dentista a revisarse la boca?

1. Si 2. No 8. No sabe 9. No responde

23. ¿Cree usted que entonces esta persona deba visitar al dentista? /___/

1. Si 2. No 8. No sabe 9. No responde

24. ¿Considera usted que entonces esta persona deba visitar al dentista? /___/

1. Si 2. No 8. No sabe 9. No responde

25. Una persona que tiene pocos dientes o ninguno ¿cree usted que pueda comer cualquier tipo de alimento? / /

1.Si

2.No

8.No sabe

9.No responde

ESTADO DE SALUD BUCO-DENTAL

54.Tipo de edentulismo: / /

1. superior 2. inferior 3. Total 8. No se aplica 9. No hay respuesta

55.Años que ha permanecido sin ningún diente en su boca / // /

8. No se aplica 9. No hay respuesta

56. ¿Usa placas dentales? / /

1. Sí

2. No

8. No sabe

9. No hay respuesta

57. ¿Usa prótesis dentales removibles?

Superiores

/ /

Inferiores

/ /

58. ¿Usa prótesis totales?

Superiores

/ /

Inferiores

/ /

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**