



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Programa de salud Bucodental dirigido a adultos
en plenitud. Casa del adulto mayor
Nuevo Amanecer. 2004**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

BELINDA LIZBETH BARBOSA ROMERO

Nancy Jaques
DIRECTORA: C.D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA
ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2004



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.

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por haberme permitido
Cumplir con una de mis más grandes metas.

A la C.D. Nancy Antonieta Jacques Medina por su apoyo
Para llegar al término de un ciclo más de mi vida profesional.

A mi esposo: Carlos

Por el apoyo y el amor que siempre me has dado, y por ser parte esencial de mi vida. Te amo

A mi hija: Fernandita

Por ser mi fuerza e inspiración para poder llegar a hacer realidad éste gran anhelo. Te quiero mucho.

A mis Padres: Estela y Luis Alfonso.

Gracias por su apoyo, confianza, su ayuda y su cariño incondicional para así poder ser cada día mejor y por enseñarme a luchar contra la corriente y así lograr las metas que uno se proponga. Los quiero mucho.

A mis Hermanos: Mónica y Luis Alberto.

Por su apoyo y ayuda, y por alentarme a ser una mejor persona tanto en mi vida familiar como profesional.

A mis Suegros Juana y Miguel Angel

Les doy las gracias por compartir conmigo éste momento tan importante y por haberme brindado su apoyo.

A mis Abuelos: Manuel + y Manuela.

Porque sin su cariño no hubiera podido hacer éste sueño realidad.

A mis Abuelos: José + e Icela +

Porque donde se encuentren les doy las gracias por haberme ayudado a lograr esta meta.

A mis Tías: Silvia, Rosa María, Gloria, Leticia y Laura

Gracias por su apoyo y por alentarme para poder llegar a ser una profesionista, y porque se que cuento con ustedes en cualquier momento.

A mis Tios : María Eugenia, Raúl, Carmen, Reyna y Lorena.

Por su cariño y apoyo para poder así hacer de mí una persona de bien.

A mis Todos mis primos: Gracias por compartir éste gran logro

INDICE

Introducción

1	Antecedentes.....	1
1.1	Definiciones.....	4
1.2	Características del adulto mayor.....	5
1.3	Principales problemas que presentan los pacientes en relación con el mantenimiento de la salud bucal.....	7
1.4	Estomatopatías.....	10
1.5	Educación para la salud dirigidas al paciente geriátrico.....	16
2	Planteamiento del problema.....	25
3	Justificación.....	26
4	Objetivos.....	27
4.1	Objetivo general.....	27
4.2	Objetivo específico.....	27
5	Hipótesis.....	27
6	Metodología.....	28
6.1	Material y método.....	28
6.2	Tipo de estudio.....	29
6.3	Población de estudio.....	29
6.4	Muestra.....	29
6.5	Criterios.....	29
6.5.1	Criterios de inclusión.....	29
6.5.2	Criterios de exclusión.....	30
6.6	Variables.....	30
6.6.1	Variables dependientes.....	30
6.6.2	Variables independientes.....	30
6.7	Técnica de recolección y análisis de datos.....	31
7	Programa de educación para la salud bucodental.....	31

7.1	Contenido temático.....	31
7.2	Metas.....	31
7.3	Estrategias.....	31
7.4	Límites del programa.....	31
	De espacio.....	31
	De tiempo.....	31
	Universo de acción.....	32
7.5	Especificación de actividades.....	32
7.6	Recursos.....	33
7.7	Cronograma de actividades.....	34
7.8	Evaluación del programa.....	35
8	Resultados.....	35
9	Conclusiones.....	47
10	Bibliografía.....	49
11	Anexos.....	51

ADULTO EN PLENITUD



INTRODUCCIÓN.

En el pasado era sumamente difícil llegar a la vejez, esa posibilidad se consideraba como un privilegio y hablaba de la fortaleza y del vigor de los que la lograban. Se consideraba como una etapa de la vida rica en experiencia y sabiduría, por lo que se respetaba a los ancianos.

En la actualidad el adulto mayor se ha convertido en una carga familiar, social y económica después de haber dedicado los mejores años de su vida, la más productiva en construir la sociedad que ahora lo rechaza.

En el terreno demográfico México experimenta procesos de enorme trascendencia. Uno de ellos es una disminución de la mortalidad general e infantil, que en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad, ha producido el envejecimiento de la población, es decir, el aumento de mayor edad en la estructura poblacional. Son justamente estas personas las que, además de demandar pensiones experimentan procesos de enfermedades que requieren de una atención médica más compleja.

Estos cambios demográficos tendrán una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios, ya que los problemas de salud de la población adulta madura (45 a 64 años) y sobre todo de la población adulto mayor (65 años y más) son más costosos y difíciles de atender.

En México, como consecuencia del incremento en población senecta, se presenta con mayor frecuencia las enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan a la tercera edad, a lo que se denomina "transición epidemiológica".

Se espera que para el tercer milenio el perfil epidemiológico bucal se caracterice por una elevada incidencia de caries dental y paradontopatias, por lo que las necesidades de atención en este grupo de personas aumentaran considerablemente.

El edentulismo puede afectar el estado de salud oral y general de los individuos, siendo un factor importante en la disminución de la calidad de vida, ya que el uso de dentaduras completas modifica la habilidad para hablar, masticar, la percepción de los sabores y la socialización, aparte de la inevitable resorción ósea a lo largo del tiempo, lo que también disminuye la retención y estabilidad de las dentaduras.

Llegar a la tercera edad con todos los dientes o con los pocos que queden en buen estado requieren de una adecuada prevención y atención dental, es aquí donde el odontólogo debe intervenir educando a sus pacientes jóvenes y adultos, en el cuidado de su salud dental con lo cual se verán recompensados en la senescencia.

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar, implementar y evaluar, un programa de educación para la salud bucodental dirigido a esta población así como conocer el uso e índice de necesidades protésicas.

1. ANTECEDENTES

Taboada AO y cols. realizaron un estudio en 61 ancianos de 60 a 90 años de los cuales, 77% fueron del sexo femenino y 23 del sexo masculino, la media de edad fue de 76.6 (DE +- 8.3).

Los resultados señalan que el CPOD medio para todas las edades fue de 18.3, el sexo masculino es el mas afectado ya que presenta un CPOD de 19.7 con respecto al sexo femenino el cual tiene un CPOD de 17.9 ⁽¹⁾

Por su parte, Heredia Ponce E, Sánchez García S, Borges Yáñez SA.- realizaron un estudio en la Casa Hogar para ancianos "Arturo Mundet" de enero a junio de 2001.

Las variables dentales fueron: cepillado dental (si/no), número de veces que acostumbra cepillarse por día, higiene oral (IHOS), edentulismo (si/no), caries coronal (prevalencia y CPOD) caries radicular (prevalencia, promedio de raíces sanas expuestas y CO en raíz).

Se encontró que el 76.9% (n=91) de los sujetos examinados fueron mujeres y el 24.1% (n=29) hombres. La media de edad para toda la población fue de 76.6 +-9.0 años para las mujeres de 77.3 +- 8.9 años y para los hombres de 78.7 +- 9.4 años. No se observaron diferencias significativas por sexo.

El IHOS en placa fue bueno en 61 (93.8%) de los 65 sujetos que presentaban los dientes índices. El 35.8% (n=43) eran edéntulos de los cuales el 72% (n=31) eran mujeres y 28% (n=12) hombres. En general la prevalencia de caries coronal fue de 42% (n=50) y la media de dientes cariados fue de 0.8+-1.4, la media CPOD fue de 27.0+-5.7. La caries radicular se observo en el 49% (n=58) de los sujetos examinados, la media de raíces cariadas fue de 1.1+-1.4, el promedio de raíces sanas expuestas fue de 5.9+-7.4 y el índice CO de 1.1+-1.4 en raíz.⁽²⁾

Asimismo, Villanueva Vilchis MC, Borges Yáñez SA, Ríos Szalay E. realizaron un estudio de enero a junio de 2002, en donde comparan la evaluación de un odontólogo con la de los portadores de dentaduras totales respecto a la funcionalidad, estabilidad y estética. Un examinador calibrado visitó 4 centros del INSEN y examinó a 239 ancianos de 60 años y más utilizando espejo dental y luz natural. Además, los pacientes respondieron un cuestionario. El promedio de edad fue de 73.3 años para los hombres y 69.6 para las mujeres. Se agruparon las calificaciones en un valor único de reemplazo o no reemplazo para cada dentadura, encontrando que 86 de las dentaduras superiores fueron consideradas para reemplazo por el odontólogo, coincidiendo en 4 (4.7%) con los pacientes y 21 para no reemplazo coincidiendo en 20 (95.2%). 75 dentaduras inferiores fueron consideradas para reemplazo por el odontólogo coincidiendo en 69 (92.2%) con los pacientes, mientras que 10 fueron consideradas para no reemplazo, coincidiendo en 2 con los pacientes (20%)⁽³⁾

De igual manera, en 2003 S. Alda Borges Yáñez y cols., evaluaron la relación entre el estado de salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrientes en ancianos de tres localidades en México.

Se seleccionaron 3 localidades con características demográficas y socioeconómicas diferentes: una urbana localizada en la zona centro-sur de la ciudad de México, una urbana marginal en el sur de la ciudad de México y una rural del municipio de Temascalcingo, en el Estado de México.

Se incluyeron a personas de 60 ó más años de edad que hubieran vivido en la localidad durante al menos los últimos 5 años y que fueran capaces de responder en forma independiente un cuestionario.

En cada una de las localidades se realizó un censo para identificar a todas las personas de 60 años de edad o mayores. Luego de obtener su

consentimiento informado, los participantes fueron entrevistados y evaluados por un grupo de profesionistas en las áreas de medicina, nutrición y odontología.

Mediante la exploración física se obtuvieron los datos relativos al estado de salud bucal de cada individuo: número de dientes, presencia de caries coronal o radicular, signos de enfermedad periodontal y el uso de prótesis dental.

Se incluyeron un total de 473 ancianos: 179 de la localidad urbana, 139 de la localidad urbana marginal y 155 de la rural. La distribución poblacional por género indica que en las tres comunidades la proporción de hombres corresponde a 30 a 46%.

La edad promedio fue menor ($p=0.04$) en la población urbana marginal (71 años) que en la urbana y rural (73 años).

La evaluación dental y nutricional se realizó en 438 (92.6%) de los 473 ancianos y se encontró que 76 (16.3%) de ellos eran edéntulos, de los cuales solo 13 (18.2%) no usaban prótesis totales. Con base en el estudio del número de dientes 113 (26%) ancianos tenían entre 1 y 10 piezas, 124 (28%) de 11 a 20, y 125 (28.5%) 21 o más.

En las personas edéntulas que no utilizan dentadura artificial, la ingesta calórica y el consumo de los alimentos que contienen proteínas, lípidos, retinol y vitaminas del complejo B fue significativamente menor, en comparación con las que usan prótesis dentarias.

En las personas que aún conservan algunas piezas dentales, independientemente de su número y el uso concomitante de prótesis dentarias, fue mayor la ingesta calórica y el consumo de nutrientes, principalmente de carbohidratos, proteínas, fibra dietética, calcio, hierro y vitaminas B1 y B3.⁽⁴⁾

En relación a edentulismo y factores asociados, C. Adams,* LM Snack-Smith, + A Larson, ± MJ O'Gradi., en Australia en 2003 realizaron un

estudio en personas de 60 años que vivían en zona urbana y rural en una zona aislada del oriente, observando que la prevalencia de edentulismo fue de 25% para las personas del área urbana, 34% para los del área rural, 32% para los de la zona aislada y que se encontraban significativamente asociados a factores como localización geográfica, edad, educación, ocupación.⁽⁵⁾

1.1 DEFINICIONES

Envejecimiento.

Proceso que produce cambios graduales en los tejidos, que son irreversibles y acumulativos, en el que todo el organismo sufre transformaciones.⁶

Geriatría.

Es la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades del anciano y de la atención de éste grupo etáreo.

Gerontología.

Es la ciencia que se encarga del estudio del anciano y de sus condiciones de vida normal y patológica.

Estudio del envejecimiento y sus consecuencias biológicas, psicológicas, médicas y socioeconómicas.

Odontología geriátrica.

La parte de la medicina consagrada al estudio del envejecimiento anatomofisiológico y patológico de cavidad bucal, dientes, lengua y estructuras adyacentes, así como sus relaciones con la salud integral del anciano, se denomina gerontoestomatología, término que deriva del griego: geronto, viejo; boca; logos; tratado.⁶

1.2 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR.

En el proceso de la vejez se van a presentar cambios en diferentes aspectos:

Cambios biológicos.

- Piel, ésta se vuelve seca y más delgada.
- Cabello, pérdida.
- Menor sudoración.
- Menor fuerza muscular.
- Reflejos más lentos, lentitud motriz.
- Disminuye la memoria reciente.
- Disminuye el gusto, el olfato, la vista, el oído.

Se vuelve muy difícil la convivencia con los hijos y se empiezan a dar condiciones de maltrato, tal vez olvidando el excelente cuidado que les brindaron, pagando mal por ello, sin embargo también puede ser el fruto de la cosecha sembrada por los padres, no por ello se disculpa el maltrato a un ser indefenso.

La capacidad perceptiva se deteriora con el paso del tiempo y puede atribuirse a la función de los órganos de los sentidos.

Los individuos de edad avanzada tienen en muchos aspectos un modelo de conducta más lento, y la motivación para ciertos tipos de tareas, parece disminuir con la edad.

Cambios Psicológicos.

Estos cambios influyen en nuestro pensamiento, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conductas, personalidad en general; los cambios físicos pueden limitar las relaciones sociales e incrementar el aislamiento, acentuando los problemas en esta fase por las características psicológicas:

- Esto puede generar tristeza y depresión al entrar a la vejez.
- Puede haber rechazo y frustración de la vida, en este punto podemos observar la fusión de los cambios psicológicos con los físicos, entre mejores condiciones psicológicas tenga el individuo va a poder afrontar mejor sus cambios físicos.
- Conciencia de la cercanía de la muerte.
- Para ellos el tiempo se vive más rápido, una característica importante en ellos es que se tornan más religiosos.

Al no otorgarse el reconocimiento que merece un individuo que ha sido productivo toda su vida, ocurre un derrumbe psicológico que en algunas personas puede ser grave, y que frecuentemente se presenta en los jubilados que han perdido interés por la vida y gran parte de su posición económica y social.

Cambios Sociales.

- Jubilación, la cual alterna con el estatus económico.
- Alteración social.
- Alteración familiar

La vejez ha sido llamada la estación de las pérdidas, el adulto mayor pierde su rutina de trabajo y de miembro contribuyente de la sociedad

Pérdidas más importantes en la vejez.

- Atractivo físico.
- Saludos cordiales, vigor y energía física.
- Deseo sexual.
- Funciones sociales.
- Seres queridos.
- Años de vida.
- Posibilidad de gratificaciones.⁷

1.3 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES EN RELACIÓN CON EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL.

En este grupo de personas, los problemas que se presentan para poder llevar a cabo una correcta higiene bucodental, son muchos y muy variados, y van ligados muchas de las veces con problemas de origen educacional hasta las enfermedades que les impiden poderla llevar a cabo correctamente.

Muchos problemas dentales y bucales pueden originarse por el uso de medicamentos que en los ancianos pueden ser múltiples debido a las numerosas patologías que padecen y cuyo control se complica por la multimedicación y la sensibilidad de los pacientes hacia los fármacos.

En relación con el tratamiento dental, el estrés parece tener una influencia mayor en los pacientes sistémicamente comprometidos mayores de 60 años.

Las personas de edad avanzada tienen más posibilidades de padecer hipertensión arterial y por lo general, suelen recibir medicamentos antihipertensivos que repercuten dentro de la cavidad bucal, provocando xerostomía.

Los odontólogos de práctica general, a menudo no están capacitados de manera formal en el tratamiento de estos pacientes, a diferencia del adiestramiento de estudiantes universitarios en el manejo de niños, adolescentes y adultos.

Uno de los problemas que enfrenta el adulto en plenitud en contra de su salud bucal es sin duda alguna, el económico.

El hecho de ser pensionados y/o percibir pocos ingresos, vivir en instituciones de beneficencia o con familiares, dependiendo económicamente de éstos, hace casi imposible que el anciano pueda asistir a la consulta dental y por consiguiente, recibir instrucción adecuada para mantener en buenas condiciones su cavidad bucal

Existen también, problemas para la aceptación de un adecuado plan de tratamiento, esto se debe a que en el paciente anciano la expectativa que tiene por delante no es tan atractiva y mejor decide quedarse como esta.

Se ha demostrado que el grado de escolaridad influye sobre la necesidad sentida de solicitar tratamiento. En este aspecto, la educación que recibió el ahora anciano durante su niñez no es igual a la que reciben los niños de hoy; en la actualidad, en las escuelas se les enseña a los niños a cuidar de su salud bucal, esto hace pensar que la población de pacientes geriátricos futuros, tendrán problemas bucodentales muy diferentes a los de los ancianos de hoy.

Asimismo, la mayoría de ellos no han sido cubiertos por ninguno de los modelos de atención odontológica que existen en el país, algunos nunca recibieron del odontólogo tratante un diagnóstico integral y a otros jamás se les mencionaron las necesidades de un tratamiento preventivo.

Finalmente es importante mencionar que otro de los problemas para que el anciano mantenga su salud oral, radica en que por alguna razón no se ha podido entusiasmar al odontólogo para que brinde una atención dental de calidad a los pacientes seniles lo que constituye un reto a enfrentar y solucionar en el área de la salud bucal.

Falta de conocimiento.

Dentro de este aspecto, muchas veces se debe valorar la capacidad que tienen para llevar a cabo un correcto programa de higiene bucodental, ya que muchos pacientes presentan enfermedades que les impide realizar los movimientos adecuados en una correcta técnica de cepillado o no han sido instruidos acerca de cómo hacerlo adecuadamente o se les explicó como hacerlo, pero por diferentes razones no lo llevan a la práctica en la forma en que se les enseñó, ya sea porque no lo entendieron correctamente o simplemente porque les da flojera hacerlo ya que implica mayor tiempo, cuidado y atención.

Por otra parte tenemos a aquellos pacientes que son portadores de prótesis totales, muchas veces el error no es de ellos, sino del odontólogo al no darle las instrucciones adecuadas para el mantenimiento que deben brindar a sus prótesis, ellos creen que por el hecho de ser artificiales no necesitan de higiene y cuidados como son el lavarla, enjuagarla y mantenerla en un buen estado.

Destreza.

Al hablar de este aspecto debemos tomar en cuenta, los problemas de deficiencia en la destreza para llevar a cabo un buen plan de higiene bucodental en los pacientes geriátricos.

Es importante tomar en cuenta las múltiples patologías que padecen, lo cuál puede impedirle el correcto aseo de su boca.⁷

1.4 ESTOMATOPATÍAS

ESTOMATOPATÍA DE LA SENILIDAD

- **Caries:** se puede identificar dos tipos según la afección topográfica dentaria: coronaria y radicular, la primera se inicia en el esmalte y continúa en la dentina, en la segunda, el inicio se produce en el cemento para avanzar hacia la dentina radicular.
- **Enfermedad periodontal:** es producida por la placa bacteriana que se acumula y adhiere a los dientes, causando inflamación y tiende a progresar lentamente, al principio provocando sangrado y edema (gingivitis), más tarde la destrucción de hueso alveolar y ligamento periodontal (periodontitis) ocasionando la pérdida del sostén del diente.



- **Cándida Albicans:** es un componente normal de la flora bucal, que habitualmente no produce manifestaciones clínicas; sin embargo, en determinadas circunstancias esta tolerancia recíproca se altera y es capaz de producir sintomatología. Así ocurre en situaciones caquéticas, de malnutrición, de menor resistencia a las infecciones como en el caso de la diabetes, pero sobre todo después de terapéuticas antibióticas prolongadas, se establece una preponderancia de los organismos moniliásicos, que provoca una rápida colonización en forma de revestimiento blanquecino, caseoso, sobre áreas eritematosas y afecta amplias superficies de la mucosa oral.
- **Mucosa oral:** ocurren cambios en ella se vuelve más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.
- **Varices linguales:** Son venas tortuosas, dilatadas, cuyo desarrollo está sujeto al aumento de la presión hidrostática, con disminución de la resistencia de sus paredes, de color azul rojizo y con escaso tejido de soporte.
- **Queratosis friccional:** Es la lesión blanca que con más frecuencia debe diferenciarse de la leucoplasia oral. La respuesta queratinizante de la mucosa bucal ante la acción de agentes traumáticos produce múltiples manchas blancas que no desaparecen al raspado y que deben distinguirse de la leucoplasia. A diferencia de esta última, la queratosis friccional no es cancerizable y desaparece poco después de eliminar la causa.
- **Lengua:** Se puede presentar: glosodinia, lengua con bordes laterales indentados, glositis media romboidea.

- **Lesiones precancerosas:** Todas las lesiones tienen varias características en común: la persistencia de agentes irritantes sobre la mucosa, ya sea vivos (estomatitis de repetición), físicos (radiaciones, mordiscos, papel de cigarrillos, etc.), químicos (condimentos, etc.). Esta mucosa lesionada reacciona de distintas maneras, dependiendo del agente causante (virus, cándida, prótesis inadecuadas, entre otros) y el propio estado de la mucosa (hipovitaminosis, por ejemplo).

Además es necesario evaluar la predisposición individual a padecer cáncer y el potencial polivalente para reaccionar que tiene la mucosa oral; así, una candidiasis puede desarrollar una leucoplasia; el liquen plano puede ser queratósico; las úlceras traumáticas pueden desarrollar una leucoplasia y ser asiento de cándida; la fibrosis oral submucosa tiene zonas de leucoplasia y de eritoplasia, y hay leucoplasias asentadas en zonas eritematosas.

- **Tumores malignos de la cavidad bucal:** Se denomina cáncer bucal a las neoplasias originadas en el revestimiento mucoso de la cavidad oral; tiene gran importancia clínicopatológica, ya que aunque su tasa de morbilidad no es demasiada alta, sí lo es su tasa de mortalidad.

En lo que toca a la etapa cronológica, el 90% de estos tumores aparecen en personas de más de 40 años, siendo el promedio de edad por encima de los 60 años.

Básicamente existen dos tipos de tumores malignos: a) los carcinomas de origen epitelial, y b) los sarcomas de origen mesenquimatoso. Los primeros se originan por malignización del epitelio de la cavidad bucal e incluyen el carcinoma de células escamosas, el adenocarcinoma, el linfopitelioma y el melanoma. Los segundos pueden producirse a partir de tejido óseo, cartilaginoso, muscular, conectivo fibroso o de fibras nerviosas, tejido graso y elementos linfoides y endoteliales.

- **Xerostomía:** Una molestia frecuente en la senectud es la xerostomía o estado de sequedad bucal debido a una secreción salival disminuida (hiposialia) o ausente (asialia).

La xerostomía puede obedecer a numerosos factores locales o generales. Entre los primeros figura el abuso de alcohol o tabaco, la aplasia de glándulas salivales o neoplasia de la cavidad oral. Entre las enfermedades destacan la diabetes, el síndrome de Sjögren u otras colagenosis (lúes, esclerodermia y dermatomiositosis), irradiación de la cabeza o cuello, así como la acción de numerosos fármacos (hipnóticos, tranquilizantes, espasmolíticos, diuréticos, etc).

- **Alteraciones diversas:** Cambios bucales como consecuencia de enfermedades sistémicas.

ESTOMATOPATÍA PROTÉSICA.

Las estomatopatías protésicas más comunes en el uso de dentaduras completas son las siguientes:

- a) Hiperplasia papilar.
- b) Úlceras traumáticas.
- c) Hiperplasia marginal.
- d) Estomatitis protésica.
- e) Quelitis angular.
- f) Hiperplasia fibrosa

Las prótesis totales tienen un período de eficiencia limitado que está sujeto a los cambios y cuidados de los tejidos de soporte para que éstas no se conviertan en factores patógenos.

- **Hiperplasia papilar:** También llamada papilomatosis o palatitis protésica, es una lesión que se localiza básicamente en la mucosa del paladar duro en personas portadoras de dentaduras completas superiores (53%). Hay datos significativos respecto de que permanecer con las prótesis en la boca durante la noche aumenta el riesgo de estas infecciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. Se ha demostrado una íntima correlación entre las alteraciones oclusales y el desgaste de estas superficies, que conlleva a un aumento del espacio libre.
- **Úlceras traumáticas:** Estas lesiones ocasionadas por prótesis y bordes dentarios cortantes son frecuentes en la práctica diaria. Se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que produce la agresión; después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos y agrandados, muy dolorosa. Esta es la úlcera aguda típica producida por una prótesis total recién colocada. Como la sintomatología es aguda y el paciente se encuentra aún en la etapa de adaptación, el problema se resuelve en pocos días con un desgaste o ajuste ligero (alivio) en la prótesis.
- **Hiperplasia marginal:** Esta lesión gingival comúnmente conocida como *éplis fisurado, fissuratum o fissurata, granulomatosis protésica* o fibromas del fondo vestibular, es generalmente asintomática y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobreextendidos o desadaptados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por resorción del borde osealveolar.
- **Estomatitis subprótesis:** Conocida como estomatitis protésica, es una lesión ampliamente estudiada por muchos autores, tanto en su frecuencia como en su etiología y tratamiento.

Se ha demostrado que la mucosa del reborde residual y la palatina (mucosa de soporte) cambian de color y estructura después de usar por cierto tiempo dentaduras completas.

- **Quelitis angular:** Con el término genérico quelitis angular se acostumbra aglutinar una serie de manifestaciones inflamatorias, erosivas, ulcerosas, y costrosas situadas en los ángulos de la boca. La causa de dichas lesiones se ha atribuido a múltiples factores: enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis completas inadecuadas o estímulos irritativos locales; y las de origen alérgico a fármacos, a cosméticos, acrílicos, etc., y con frecuencia se ha observado una disminución de riboflavina y/o xerostomía y, en gran número de casos, una sobreinfección por cándida.
- **Hiperplasia fibrosa:** Esta afección es consecuencia de la resorción del reborde residual ante una dentadura completa desajustada debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada. Comúnmente, cada prótesis total superior que articula contra pocos antagonistas anteriores inferiores naturales provoca atrofia ósea con hiperplasia fibrosa en la porción anterior del reborde edéntulo o cubriendo el reborde mandibular atrófico en "filo de cuchillo".⁸

1.5 EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL DIRIGIDA AL PACIENTE GERIÁTRICO.

Es difícil la educación para la salud bucodental en el anciano, porque hay que enseñar al paciente muchas veces, desde lo más esencial para poder tener una higiene bucodental óptima.

Son muchos y muy variados los aspectos que se deben tomar en cuenta dentro de la educación para la salud:

- Población a la que se quiere educar.
- Nivel de educación de la población.
- Características psicológicas de la población.
- Necesidades de la población.
- Preparación del educador o promotor de la salud, etc.

Al tratarse del paciente geriátrico, la visión de ésta se va estrechando, debido a que en los ancianos hay factores que no podrán ser fácilmente cambiados, no porque sea imposible sino que por su misma forma de ver la vida, consideran que ya no son necesarios modificarlos, como pueden ser hábitos higiénicos, estilos de vida, etc.

De igual manera, por razones tales como el nivel de educación, baja en ingresos económicos, incapacidad para trasladarse, dependencia de terceras personas, falta de programas de atención para ellos destinados en las instituciones de servicio de salud, ellos gozan de menos cuidados dentales.

Por fortuna, la odontología ha logrado cambios positivos de actitud, ya no se les da como única alternativa el uso de prótesis totales, lográndose con esto que los pacientes mantengan un mayor número de dientes en boca que las generaciones pasadas, es decir se esta dando un mayor enfoque a la prevención que al tratamiento, esperando también que con el paso del tiempo, las generaciones de nuevos viejos, lleguen a tener expectativas diferentes con respecto a la medicina odontológica y que reciban los beneficios del avance de los tratamientos de la odontología integral.

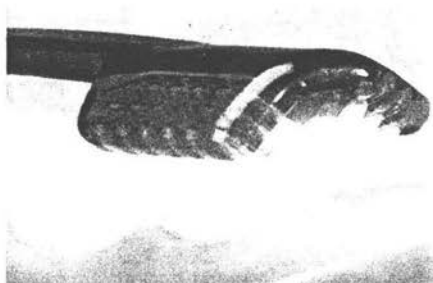
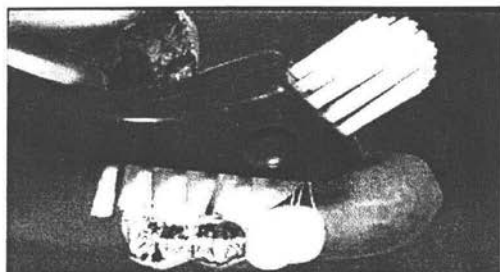
Debería ser como una norma que los cirujanos dentistas que laboren en instituciones o en la práctica privada, se preocuparan de la educación de todos sus pacientes de cualquier edad para recibir, entender y proponer odontología preventiva. De esta manera al vivir las actitudes preventivas y al cambiar la edad del paciente, la conservación de la salud bucal también forma parte de un concepto integral de salud.

Limpieza de la dentadura

Use la parte del cepillo para limpiar las superficies exteriores de la dentadura. Se debe cepillar sobre un lavamanos cubierto con una toalla y lleno hasta la mitad de agua.

- limpiar las superficies interiores de la dentadura que son más difíciles de alcanzar
- Use la parte más pequeña y puntiaguda del cepillo para dentaduras y para horquillas de metal de las dentaduras parciales, cuidadosamente para evitar doblarlos

Guarde las dentaduras en una taza con agua especial para éstas.



TECNICAS PARA LA HIGIENE ORAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Muchos de los pacientes geriátricos no realizan una técnica de higiene bucal efectiva ya que éstas no son fáciles de adoptar y mantener.

Además la mayoría de los ancianos son contrarios a aprender nuevas y laboriosas actividades y aplicarlas como una rutina diaria, porque sus formas de comportamiento ya están establecidas.

Si por razones físicas o mentales no es capaz de mantener una higiene oral y necesita la ayuda de alguien se le debe de dar una instrucción de cómo hacerlo; puede ser un familiar o alguien que lo visite diariamente.

Lo primero que se tiene que hacer es:

Control de placa.

Se le debe pedir al paciente su cepillo de dientes que utiliza, y pedirle que se cepille sus dientes.

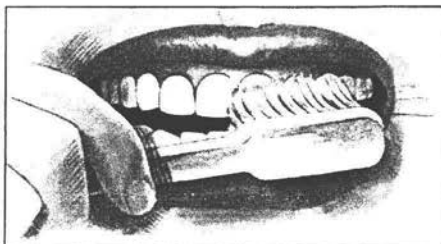
Elección del cepillo de dientes.

Existe una multitud de formas diferentes, texturas, tamaño y modelos de cepillos disponibles al público.

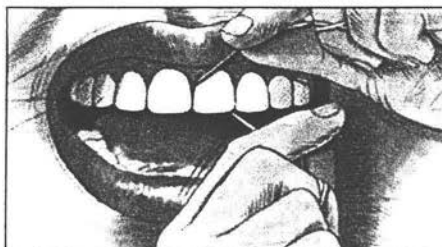
Las cualidades que deben tener son:

- Las cerdas deben de ser de nylon o sintéticas.
- El diámetro de la cerda determina su elasticidad.
- De cerdas blandas con extremos pulidos.
- Debe contar con 3 ó 4 hileras de cerdas.
- Deben tener una altura uniforme.

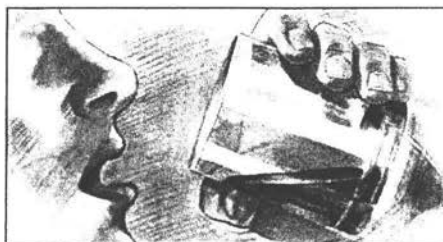
CEPILLADO DENTAL



HILLO DENTAL



ENJUAGUES ORALES



Métodos de cepillado.

Debemos de recordar que el paciente geriátrico puede utilizar los principios de cada técnica para lograr una higiene oral adecuada.¹⁰

Cepillado con movimientos rotatorios.

Este método es una técnica de limpieza general para eliminar alimentos y placa de la corona de los dientes. Y acentúa poco la limpieza del surco.

Se instruye al paciente para que sujete el cepillo de forma que las cerdas estén dirigidas apicalmente y colocadas sobre la encía con movimientos de barrido, las cerdas se rotan suavemente sobre la encía y los dientes hacia incisal o las superficies oclusales y se debe repetir por lo menos de 5 a 10 veces y el cepillo dental se remueve al área siguiente.

En la posición lingual hay que colocar el cepillo verticalmente y lo barre desde lingual hacia el borde incisal.

La posición oclusal debe barrerse moviendo las cerdas de adelante hacia atrás.

Cepillar la lengua: se debe sacar la lengua colocar el cepillo lo más posteriormente posible moviendo el cepillo hacia delante.¹⁰

Método de Stillman (modificado).

Este es útil para estimular y limpiar el área cervical. El movimiento rotatorio se emplea para limpiar las coronas clínicas.¹⁰

Técnica: Se sujeta el cepillo dirigiendo las cerdas en un ángulo aproximado de 45°, apoyándose sobre la encía adherida: las cerdas se deben flexionar con suficiente presión para causar un ligero blanqueamiento gingival y se activa con un pequeño movimiento rotatorio. La rotación se repite unas 8 a 10 veces, después se rota el cepillo desde la encía hacia la superficie oclusal.

El sector lingual anterior se cepilla colocando el talón del cepillo sobre la encía, rotando y barriendo hacia los borde incisales.

Método de Bass.

Este método se utiliza para eliminar de forma eficaz la placa del área del surco.

Técnica: Se sujeta el cepillo dental y se colocan las cerdas sobre el margen gingival dirigidas apicalmente en un ángulo de 45° al eje longitudinal del diente. Cuando el cepillo se presiona ligeramente, las cerdas blandas se adaptan a la forma del surco y en el área interproximal. Se utilizan unos 10 movimientos vibratorios hacia delante y atrás cortos para eliminar la placa del área sin levantar el cepillo.

En el área lingual anterior, el cepillo se inserta verticalmente y las cerdas del talón del cepillo se colocan en el área del surco y se hace vibrar. La superficie lingual se limpia empujando las cerdas sobre las superficies del diente.

Método de raspado de cepillo

Esta técnica funciona bien en los pacientes con una destreza limitada o con problemas de alineación.

Técnica: se utiliza para una limpieza en general. El cepillo se coloca perpendicular al eje longitudinal del diente. Se emplean movimientos verticales, circulares y horizontales.

Limpieza interproximal.

Al paciente geriátrico se le hace más difícil la limpieza interproximal con el hilo dental, ya que debemos de recordar que muchos padecen artritis en manos y esto se les dificulta. Por ello hay que utilizar algún instrumento para sujetar el hilo.

Pasador de Hilo.

Es de un material flexible. Se coloca el hilo a través del ojo del pasador de plástico, ya colocado, se hace pasar bajo el área de contacto estrecho.

Limpiador de tubo limpia pipas.

Este se puede adaptar fácilmente para alcanzar el acceso a las áreas de furcas de dientes en mala posición. Hay que tener precaución para no lesionar el diente o el tejido con el alambre de limpiador de tubo.

Tira de gasa.

Esta se pliega y se utiliza como si se limpiara un zapato, en las áreas interdetales anchas o áreas de pilares la gasa se frota para limpiar y pulir la superficie interproximal.

También se utiliza para cuándo el paciente es desdentado para su limpieza bucal, se puede pasar una gasa por todo el reborde alveolar.

Cepillo interproximal.

Es un pequeño cepillo espiral o de un solo bloque de cerdas unidas al mango: las cerdas son blandas y se adaptan a las áreas interdetales anchas para limpiar las superficies proximales y estimula el tejido interdental.

Técnica: el cepillo se manipula con una ligera rotación o movimiento de fricción y puede ser útil para pacientes con aparatos que presenten áreas difíciles de limpiar.⁹

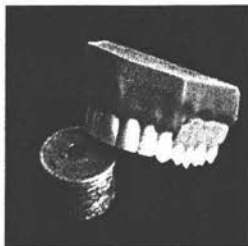
INSTRUCCIONES INMEDIATAS AL PACIENTE.

Las primeras instrucciones de colocación de las nuevas dentaduras completas suelen ser breves y concisas.

- Usar la prótesis todo el tiempo.
- Durante la comida tomar alimentos blandos en pequeños trozos.
- Leer en voz alta procurando separar las sílabas.
- Usar la prótesis por las noches, durante el período de adaptación.
- Lavarlas y enjuagarse la boca después de cada comida.
- Hacerles la higienización minuciosa una vez al día, de preferencia por la noche.
- Volver a una cita profesional 24 ó 48 horas después.

Durante esta etapa, el paciente debe saber que no se intenta un resultado inmediato sino al cabo de imprescindible período de correcciones y adaptación.

Es necesario recordar al paciente que sus condiciones físicas, mentales y bucales son de naturaleza individual, sujeta a condiciones variables e imprevisibles que no reaccionan de la misma manera que otras bocas. Debe comprender que su aspecto será más natural a medida que transcurra el tiempo y se le aconseja que persevere durante el periodo de adaptación.¹⁰



Higiene de las dentaduras.

Se les indica quitarse las prótesis de la boca después de las comidas, limpiarlas con cepillo blando para prótesis utilizando un detergente líquido o jabón y agua. Tener la precaución de cepillarlos sobre un recipiente parcialmente lleno de agua o cubierto con una toalla húmeda porque no son irrompibles si se les golpea.

Con frecuencia los métodos de limpieza practicados por los portadores de dentaduras consisten en la inmersión o el cepillado, o en una combinación de ambos.

- Soluciones de Hipoclorito: sumergir una dentadura durante toda la noche en una mezcla de una cucharada de blanqueador doméstico y 8 oz. de agua, afloja los detritos y éstos pueden removerse mediante cepillado y enjuague bajo el chorro de agua.
- Limpiadores alcalinos de peróxido.
- Ácido clorhídrico diluido.
- Dispositivos ultrasónicos.¹⁰

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Con el aumento de expectativa de vida, se ha incrementado considerablemente la población adulto mayor y en consecuencia la demanda de servicios de atención tanto de salud general como bucodental.

Estudios realizados en México, indican que la falta de varios dientes y la caries coronal y radicular constituyen problemas graves en este grupo etáreo.

Además la falta de atención profesional y el cuidado incorrecto de sus prótesis dentales provocan que su uso facilite la lesión de la mucosa oral, causando dolor y dificultad para ingerir los alimentos.

Asimismo existe un gran porcentaje entre las personas mayores de 65 años, que han perdido sus dientes (edéntulos), asociado con el bajo nivel socioeconómico, educativo y que afecta la autopercepción de su salud bucal.

3. JUSTIFICACIÓN.

Diversos estudios reportan que los individuos mayores de 60 años presentan una salud bucodental deficiente, visitan menos al dentista y pierden los dientes por causa de enfermedades, no por edad; todo esto aunado a una pobre higiene oral, la cual se traduce en pérdida dental por falta de interés en su salud bucal.

Por lo tanto llegar a la tercera edad con todos los dientes o con los pocos que queden en buen estado requiere de una adecuada prevención y atención dental, es aquí donde el cirujano dentista de práctica privada debe intervenir educando a sus pacientes jóvenes y adultos, en el cuidado de la salud dental.

De igual manera, las instituciones de salud deben de implementar programas de salud bucal de manera continua y sostenida a esta población tan olvidada de la sociedad y estimularlos a optimizar su higiene oral y a mantener en buenas condiciones sus aparatos protésicos, para que logren conservar su función estética, fonética y masticatoria lo mejor posible.

4. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Incrementar el nivel de conocimientos sobre las enfermedades bucodentales que afectan al adulto en plenitud.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer las características sociodemográficas del adulto mayor.
- Identificar el nivel de conocimientos y actitudes sobre las enfermedades y prácticas de salud bucodental.
- Determinar el índice de necesidades protésicas.
- Evaluar el programa de educación para la salud bucodental.

5. HIPÓTESIS.

H1. La participación del adulto mayor en el programa de educación para la salud bucodental le permitirá identificar los factores que mantienen una salud bucodental correcta.

Ho₁: La participación del adulto mayor en el programa de salud bucodental no le permitirá identificar los factores que mantienen una salud bucodental correcta.

H2: La participación de los adultos en plenitud en el programa de educación para la salud bucodental permitirá adiestrarlos en el manejo de las técnicas de higiene oral y de mantenimiento de aparatos protésicos.

Ho₂: La participación del adulto en plenitud en el programa de educación para la salud bucodental no permitirá adiestrarlo en el manejo de las técnicas de higiene oral y de mantenimiento de aparatos protésicos.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo se realizó en la casa de día "Nuevo Amanecer" ante la cuál se presentó una solicitud de permiso (anexo 1) para poder realizar la investigación.

El universo de estudio estuvo constituido por adultos mayores tanto del sexo masculino como femenino, que aceptaron participar en el estudio. (Anexo 2 consentimiento informado).

El programa se llevó a cabo en dos etapas.

En la 1era etapa se diseñaron los contenidos educativos del programa de salud bucodental por parte del pasante investigador, así como la selección de técnicas y material educativo, el cuál consistió en rotafolios sobre caries dental radicular, técnica de cepillado y anatomía dental, diapositivas sobre higiene dental y un tríptico sobre caries radicular y gingivitis y otro sobre el cuidado de prótesis en personas de la tercera edad.

En la segunda etapa se seleccionó a 34 personas inscritas en las actividades que se realizan en la casa de día "Nuevo Amanecer" y se les aplicó un cuestionario para obtener información sociodemográfica, índice de necesidades protésicas, así como conocimiento y actitudes sobre la práctica de salud bucodental. En este último aspecto se utilizó la escala de Likert para medir actitudes y prácticas; la cual consiste en un conjunto de ítems presentado en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los tres puntos de la escala y a cada uno de éstos se les asignará un valor numérico; las opciones fueron:

1.- De acuerdo, 2., Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo, 3.- En desacuerdo.

La encuesta contó con 13 ítems, por lo tanto el puntaje mínimo fue de 13 y el puntaje mayor fue de 39.

A todos los participantes se les levantó el índice de necesidades protésicas siguiendo los criterios que establece la OMS.

Posteriormente se implementó el programa en 5 sesiones y una semana después se realizó la segunda aplicación de la encuesta con el objeto de evaluar el conocimiento adquirido en las sesiones educativas del programa y el cambio en las actitudes y prácticas de salud buco dental.

Cabe mencionar que se realizó previamente la prueba piloto de la encuesta en personas ancianas pertenecientes a la parroquia San Simón Ticúman con el objeto de evaluar la comprensión y claridad de las preguntas y llevar a cabo las correcciones pertinentes.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

De intervención comunitaria

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

34 Adultos en plenitud inscritos en la casa "Nuevo Amanecer"

6.4 MUESTRA

34 personas que acuden a la casa "Nuevo Amanecer"

6.5 CRITERIOS:

6.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adulto en plenitud.
- De sexo masculino y femenino.

- De 60 años en adelante.
- Que pertenezcan a la casa "Nuevo Amanecer".

6.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adulto en plenitud que tenga menos de la edad requerida.
- Personas que se nieguen a colaborar con el presente estudio.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de estudios.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Seguridad social.
- Actitud del adulto en plenitud hacia la salud bucal.

6.6.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Contenido educativo del programa de salud bucodental.
- Variables sociodemográficas.

6.6.2 VARIABLES DEPENDIENTES

- Nivel de conocimiento sobre salud bucodental.
- Actitudes y práctica sobre salud bucodental.

6.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se diseñó un cuestionario con las variables de estudio (anexo 3), tanto sociodemográficas, como las realizadas con la escala de Likert, y la aplicación de las mismas se llevó a cabo a través de entrevista directa.

La información se capturó en Word XP y fue analizada con el paquete estadístico en hojas electrónicas de Excel.

7. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.

7.1 CONTENIDO TEMÁTICO.

- Enfermedades bucodentales: caries. enfermedad periodontal (etiología, factores de riesgo, tratamiento y medidas preventivas).
- Mantenimiento de aparatos protésicos

7.2 METAS: Elevar en un 60%, el nivel de conocimientos de salud bucodental.

7.3 ESTRATEGIAS: Se utilizó la demostración, charlas, dinámicas grupales y juegos.

7.4 LIMITES DEL PROGRAMA

DE ESPACIO

El programa se aplicó en la casa de día "Nuevo Amanecer" perteneciente a la delegación Coyoacán Distrito Federal.

DE TIEMPO

La investigación se realizó del 16 de julio al 27 de agosto de 2004.

UNIVERSO DE ACCIÓN

Adultos en plenitud de la Casa de día "Nuevo Amanecer" Distrito Federal.

7.5 ESPECIFICACION DE ACTIVIDADES

Se realizaron actividades de información educación y de prevención.

1era. Sesión.

Presentación y explicación de los objetivos del programa.

2da. Sesión.

Aplicación de 34 encuestas por medio de la entrevista directa para evaluar su actitud acerca de su salud bucodental.

3era. Sesión

Se realizó una charla sobre caries dental, gingivitis, periodontitis, sus factores de riesgo, tratamiento y medidas preventivas. El apoyo visual fue a través de un rotafolio y diapositivas; para la técnica de cepillado se utilizó la demostración con un tipodonto y cepillo dental.

4ª. Sesión

Se les capacitó en el aseo y mantenimiento de sus prótesis, utilizando un tipodonto. Cabe mencionar que los participantes realizaron una dinámica de limpieza y mantenimiento de las prótesis con dentaduras postizas que se llevaron a la sesión.

5ta. Sesión

Se llevo a cabo la evaluación post-instrucción al y con ayuda del tipodonto cada uno de ellos realizó la técnica de cepillado y la limpieza de prótesis con el objeto de evaluar lo enseñado.

Asímismo se les hizo entrega de dos trípticos.

7.6 RECURSOS

Recurso material

- 78 encuestas impresas
- Material didáctico:
 - 1 rotafolio, 2 carteles, 2 tipodontos, 15 diapositivas.
- Computadora, impresora, CD, cámara digital.

Recursos humanos

- Adultos en plenitud pertenecientes a la casa de día "Nuevo Amanecer" Distrito Federal.
- Un pasante cirujano dentista.
- Un tutor y asesor cirujano dentista.

Recursos físicos

- Casa de día "Nuevo Amanecer" delegación Coyoacán Distrito Federal.
- UNAM Facultad de Odontología.
- Biblioteca de la Facultad de Odontología UNAM.
- Biblioteca de Posgrado Odontología UNAM.

Recursos financieros

- Para la realización de ésta investigación se necesitó aproximadamente de \$1,500.00.

7.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La ejecución del programa en adultos en plenitud pertenecientes a la Casa de día "Nuevo Amanecer" delegación Coyoacán, Distrito Federal, comprende los días 16, 23 de Julio; 13, 20 y 25 de agosto de 2004.

DIA	HORA	ACTIVIDAD
16-07-04	12:00 a 13:00	Presentación y explicación del programa adultos en plenitud.
23-07-04	12:00 a 14:00	Aplicación de encuesta a 34 adultos mayores (evaluación diagnóstica)
13-08-04	12:00 a 14:00	Charla de enfermedades orales y demostración de técnica de cepillado.
20-08-04	12:00 a 14:00	Capacitación en el aseo y mantenimiento de prótesis parciales y totales.
25-08-04	12:00 a 14:00	Evaluación de técnica de cepillado, limpieza y mantenimiento de prótesis,. Entrega de trípticos y evaluación post-instruccional.

7.8 EVALUACION DEL PROGRAMA

Se les hizo preguntas a los adultos en plenitud sobre los contenidos del programa al azar y a otros se les pidió que explicaran a sus compañeros sobre las charlas, con el fin de verificar si habían entendido correctamente y tener la oportunidad de aclarar las dudas.

Se evaluó asimismo en cada uno de ellos la realización de la técnica de cepillado y limpieza y mantenimiento de aparatos protésicos.

8. RESULTADOS

La investigación estuvo conformada por adultos en plenitud con la siguiente estructura de edad: de 60 a 64 años el (44 %); de 65 a 69 años (26%); de 70 a 74 años (12 %); de 75 a 79 años (6%) y finalmente 12 % mayores de 80 años. (gráfica 1).

En cuanto al sexo éste estuvo representado en un 68% por el femenino y el 26% por el masculino. (gráfica 2).

La ocupación que con mayor frecuencia se presentó fue ama de casa (38%), jubilado (24%), profesionista (3%), obrero (0%) y otros (35%). (gráfica 3).

Referente a "con quien vive": el 33% vive con sus hijos; el 29% con su cónyuge; el 26% solo; el 12% con diferentes familiares y el 0% en casa de asistencia y amigos. (gráfica 4).

En relación a los recursos con los que cuentan para vivir; el 38% dependen de otras personas, el 35% es pensionado o jubilado, el 21% depende de sus hijos y el 6% tiene trabajos esporádicos. (gráfica 5).

Con respecto a la "seguridad social", se registró: que el 58% pertenece al ISSSTE, el 24% al IMSS, el 3% al DIF y el 15% a la SSA (gráfica 6).

Sobre donde reciben "tratamiento odontológico" el 53% fue privado, el 29% público y el 18% no recibe ningún tratamiento. (gráfica 7).

En la pregunta de si "padecen alguna enfermedad": el 71% contestó que sí (hipertensión arterial, diabetes mellitus), y el 29% que no padecía ninguna enfermedad (gráfica 8).

Asimismo se les pregunto la "frecuencia con la que se cepillaban sus dientes": el 44% contestó dos veces al día, el 38% tres veces al día, el 15% una vez al día, el 3% cuatro veces al día y el 0% nunca cepillaba sus dientes. (gráfica 9).

En relación a los utensilios para la higiene bucodental respondieron: el 88% utiliza agua, cepillo dental y pasta, el 9% agua y cepillo dental, el 3% agua y el 0% agua, cepillo dental, pasta e hilo dental. (gráfica 10).

De igual manera se encontró que el 39% usa dentadura, el 32% usa dentadura parcial y el 29% usa dentadura total (gráfica 11).

Con referencia al tiempo que llevan "utilizando dentadura": el 41% lleva más de 5 años, el 38% no utiliza dentadura, el 12% de tres a cinco años, el 9% de uno a tres años y 0% menos de un año (gráfica 12).

Por otro lado en los reactivos realizados por la escala Likert tanto en la preevaluación como en la post-evaluación, los ancianos estuvieron de acuerdo en que la higiene bucodental es importante para la salud integral.

Asimismo se les preguntó que si la mala técnica de cepillado había influido para la pérdida de sus dientes, en la preevaluación el 73.5% estuvo de acuerdo, el 2.9% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 23.5% estuvo en desacuerdo, y en la post-evaluación el 100% estuvo de acuerdo.

Al preguntarles si la apariencia de la boca es importante, en la preevaluación el 95% estuvo de acuerdo, y el 5% ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

Referente a si las prótesis dentales sirven para toda la vida el 90% estuvo de acuerdo, el 3% ni de acuerdo, ni en desacuerdo, y el 7% en desacuerdo. En la post-evaluación el 100% contestó que estaba en desacuerdo con ésta propuesta.

Al mencionarles si las prótesis dentales no se lavan en la preevaluación el 97% estuvo en desacuerdo y el 3% ni de acuerdo, ni en desacuerdo, mientras que en la post-evaluación opinaron el 100% que estaban en desacuerdo.

En relación a que si acuden al dentista sólo cuándo tiene dolor o molestia el 99% contestó que estaba de acuerdo y el 1% restante estaba en desacuerdo. En la post-evaluación el 100% contestó que estaba en desacuerdo.

Con respecto a que si no les interesaba tener dientes el 91% contestó que estaba en desacuerdo y el 9% estuvo ni de acuerdo, ni en desacuerdo, mientras que en la post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

Al mencionar si el no tener dientes no afectaba su alimentación y digestión en la preevaluación el 65% estuvo en desacuerdo, el 10% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 25% estuvo en desacuerdo; en la post-evaluación se reflejó que el 100% estuvo en desacuerdo.

Al investigar que si era normal que a su edad ya no tuvieran dientes el 96% contestó que estaba de acuerdo y el 4% restante en desacuerdo; en la post- evaluación su criterio cambio radicalmente ya que el 100% contestó que estaba en desacuerdo.

Al decirles que si les gustaría volver a tener dientes el 100% contestó tanto en la pre como en la post-evaluación que estaban de acuerdo.

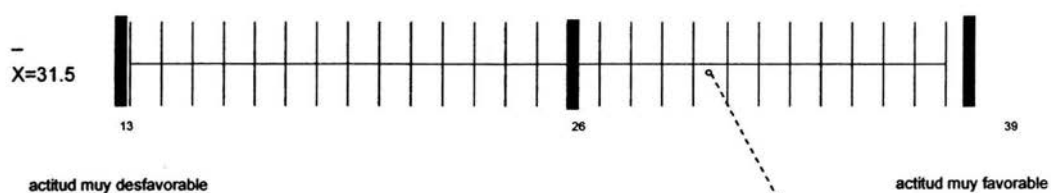
En cuánto a que si las prótesis deben ser lavadas con agua y jabón el 100% contesto, que estaba de acuerdo en ambas evaluaciones.

El 100% contestó en las dos evaluaciones que estaba de acuerdo al decir que el cepillado dental debe hacerse por lo menos tres veces al día.

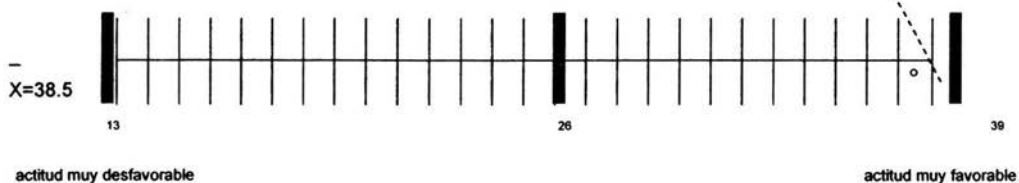
Se encontró en la preevaluación que un 70% estuvo de acuerdo en tener interés de cómo cuidar su boca, un 20% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y un 10% en desacuerdo. En la post-evaluación cambió su pensamiento ya que el 100% estuvo de acuerdo.

Una de las preguntas más complicadas para las personas adulto en plenitud fue que si la gingivitis puede revertirse utilizando hilo y cepillo dental: el 30% estuvo de acuerdo, el 40% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 30% en desacuerdo; mientras que en la post-evaluación el 100% estuvo de acuerdo.

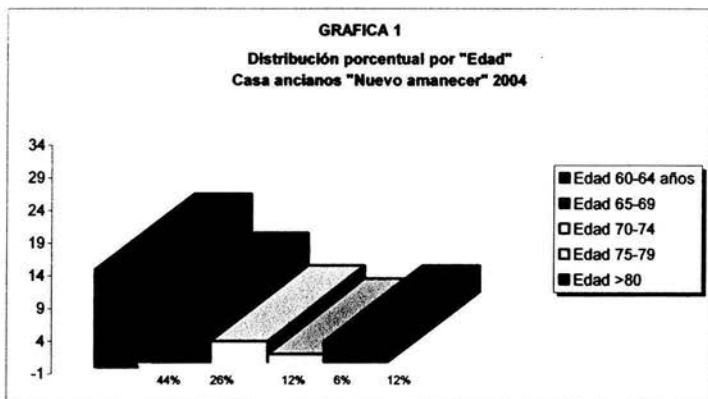
ENCUESTA PREINSTRUCCIONAL



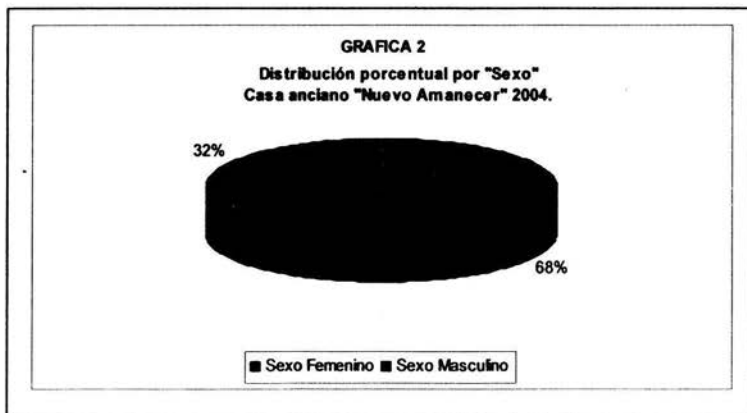
ENCUESTA POSTINSTRUCCIONAL

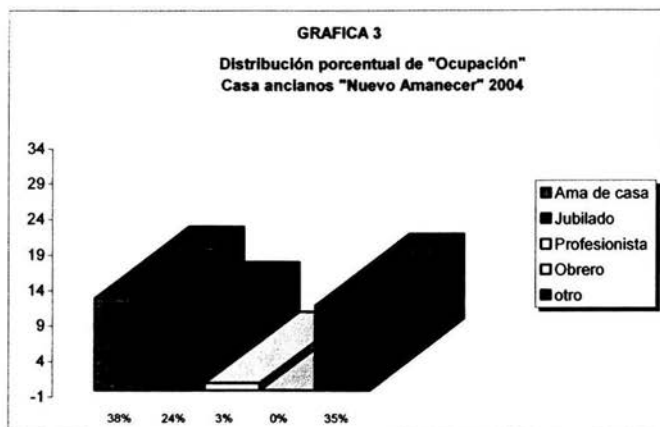


La primera encuesta (evaluación diagnóstica o pre-instruccional) mostró un promedio grupal de 31.5 puntos. La segunda (post-instruccional) presentó un promedio grupal de 38.5, lo cual demuestra una diferencia de 7 puntos, que se traducen en aprendizaje adquirido por la población de estudio.

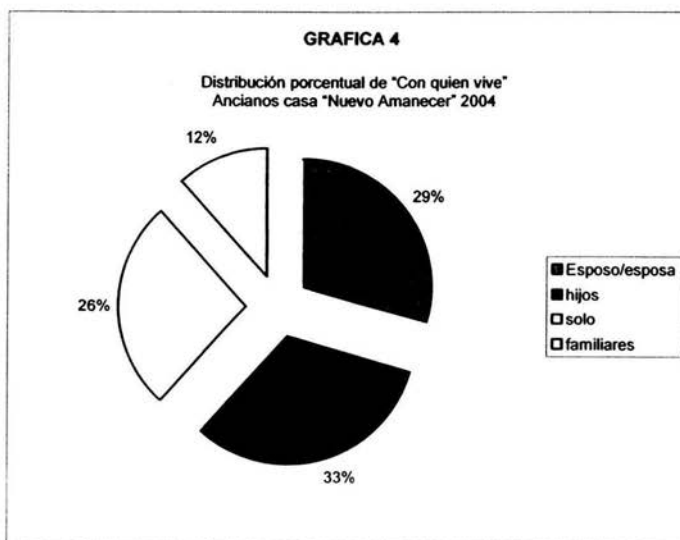


Fuente Directa





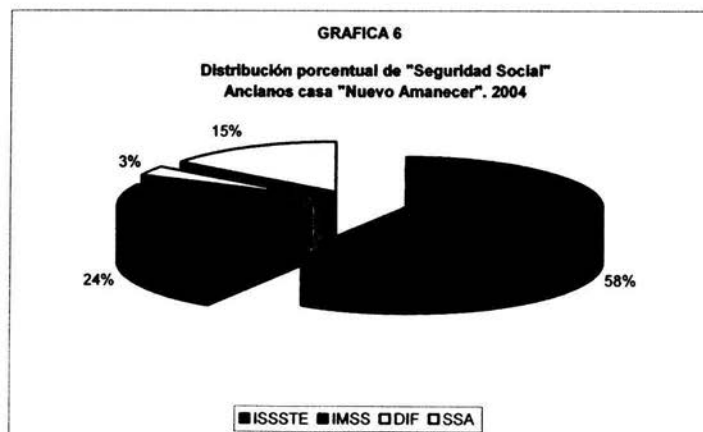
Fuente Directa



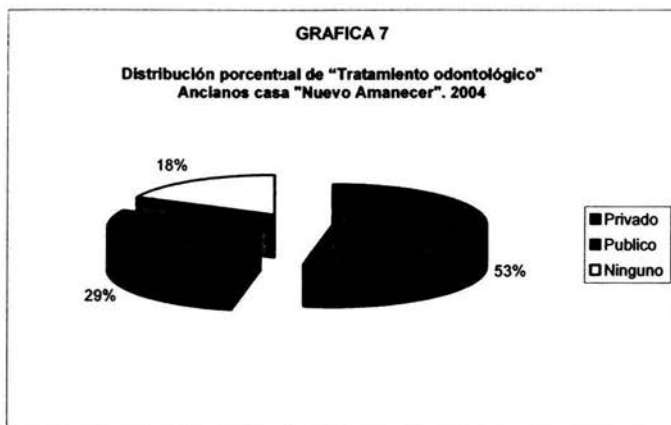
Fuente Directa



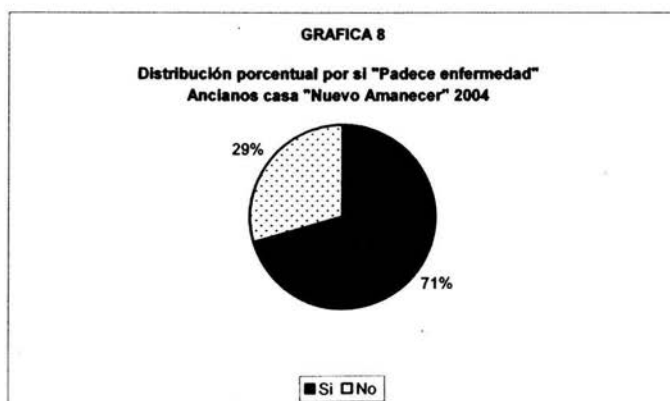
Fuente Directa



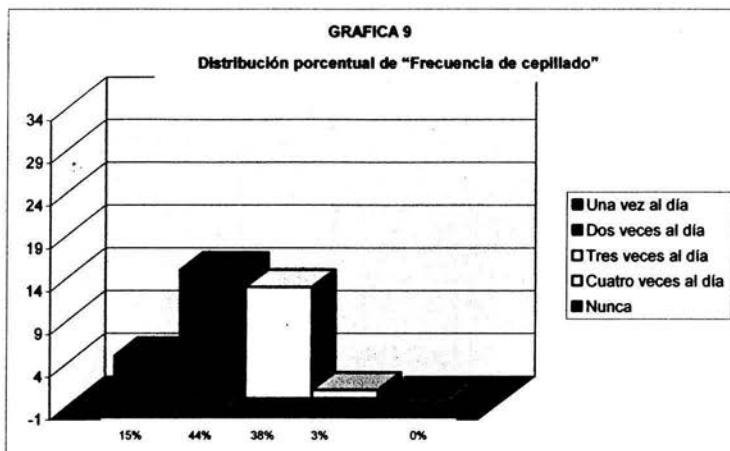
Fuente Directa



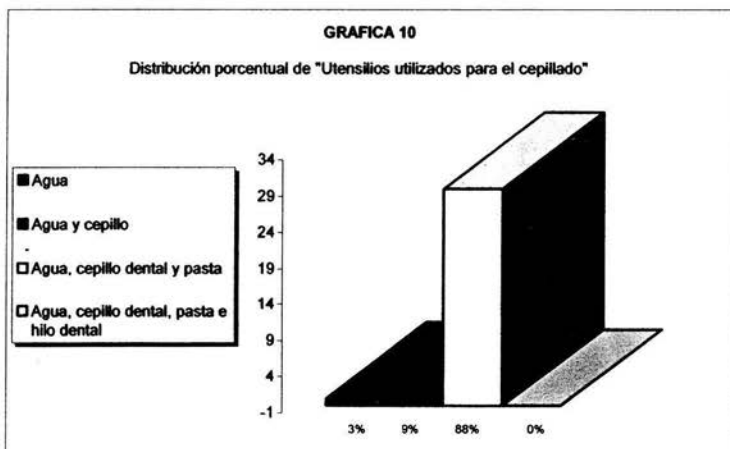
Fuente Directa



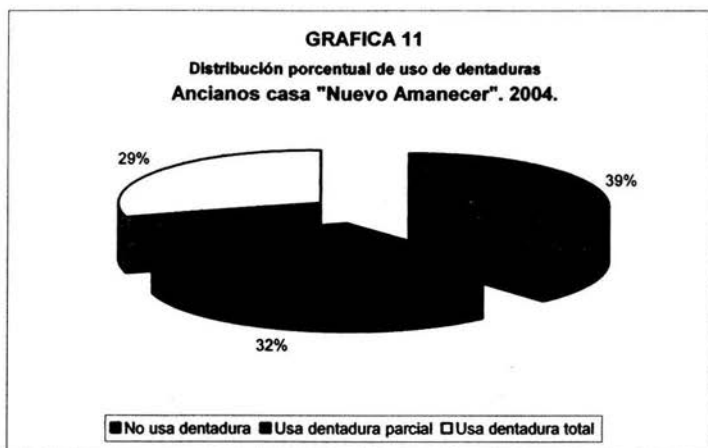
Fuente Directa



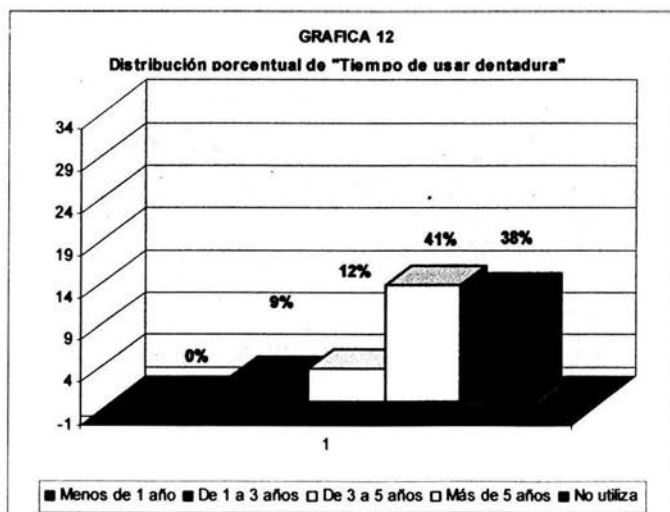
Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa

TABLA 1

Necesidades de dentadura	Número de casos	Porcentaje
No necesita dentadura	24	70%
Necesita reparación la dentadura	4	12%
Necesita dentadura parcial	2	6%
Necesita dentadura total	4	12%
TOTAL	34	100%

Fuente Directa

TABLA 2

Retiro de dentadura	Número de casos	Porcentaje
Por la noche	6	18%
Por la mañana	1	3%
Para comer	0	0%
Para lavarla	8	24%
Nunca	6	18%
No utiliza	13	37%
TOTAL	34	100%

Fuente Directa

9. CONCLUSIONES

En este trabajo la mayor parte de la población estuvo constituida por personas del sexo femenino y de ocupación ama de casa.

Un aspecto que llama la atención es que casi el 40% se dedica al comercio, por lo tanto afecta su economía el realizar un adecuado y tratamiento y mantenimiento dental, ya que casi todos ellos dependen de si mismos.

La mayor parte de ellos tiene seguridad social, prevaleciendo como institución el ISSSTE.

De igual manera, aunque refieren que cuando necesitan tratamiento odontológico acuden al servicio privado, señalan que la mayoría de sus tratamientos son realizados por técnicos dentales especialmente en el caso de aparatos protésicos.

Al realizar la inspección bucal se pudo constatar que gran parte de las prótesis estaban desajustadas.

Asimismo más de la mitad de la población utiliza aparatos protésicos, prevaleciendo el uso de dentaduras parciales.

El grupo de edad que presenta mayor proporción fue entre los 60 y 64 años de edad.

Afortunadamente la mayor parte de ellos viven con sus hijos, lo cuál significa que todavía gozan de un lugar en la familia y no se les deja desprotegidos.

Cabe resaltar el gran entusiasmo y participación en este programa por parte de los educandos.

Dentro de la orientación que debemos brindarles como promotores de la salud, es importante enfatizarles el papel que ellos desempeñan en la sociedad como personas de mayor experiencia y sabiduría en el ámbito familiar.

Finalmente hay que resaltar la ausencia de programas de educación para la salud y prevención bucodental que hay en este grupo poblacional, tanto a nivel sistema de salud como en instituciones de educación superior del área odontológica.

Es menester establecer programas en esta área de manera continua y sostenida y fortalecer el recurso humano en formación profesional dirigida al adulto mayor, dándole mayor espacio en los programas ya sean institucionales o privados.

10. BIBLIOGRAFIA:

1. Tabeada Aranza Olga y Cols. **Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad.** volumen LVII, No. 5, Septiembre-Octubre. 2000; Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
2. Borges, Yáñez, **Prevalencia de caries coronal y radicular en personas ancianas de una casa horar de la Ciudad de México.** Año 5 No. 17-18 de Enero-Junio 2001, División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.
3. Villanueva Vilchis, MC y cols. **Evaluación funcional de dentaduras totales, removibles en una población de ancianos en la Ciudad de México.** Año 6 y No. 21-22, de Enero a Junio del 2002, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM.
4. Borges, Yáñez, Aida, et.al. **Relación entre el Estado de Salud Bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrimentos en ancianos de 3 localidades wn México;** Nutrición Clínica Vol. 6 No. 1, Enero- Marzo de 2003.
5. C. Adams. Y cols. **Edentulismo and associated factors un people 60 year and over years ando ver from urban, rural and remate Western Australia: Australia dental Journal 2003; 48(1), 10-14.**
6. Laforest, Jacques, **Introducción a la Gerontología,** Editorial Herdel, México, D.F., 1991.
7. Katz D. **Psicología de las edades,** Ediciones Morato, S.A. Madrid España, 1983, pp. 123-130

8. Osawa Deguchi, Javier Y., **Estomatología Geriátrica**, Editorial **Trillas, Ciudad Universitaria, M.**
9. Higashida, Bertha, **Odontología preventiva**, Editorial Mc.Graw-Hill Ineramericana, México, D.F. 2003.
10. Troendle, Karen y Cols. **Manual para cuidado bucal**, Editorial South Texas Health Redearch Center, Texas.
11. Hernández Sampieri Roberto; Carlos Hernández Collado; Pilar Baptista Lucio, **Metodología de la investigación**, editorial McGraw-Hill, 2ª. Edición.

11. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD

**C. COORDINADORA DE LA CASA
DE DÍA NUEVO AMANECER
PRESENTE**

Por medio de este conducto me dirijo a usted, para solicitar su apoyo para que la pasante **BELINDA LIZBETH BARBOSA ROMERO** aplique un programa de salud bucodental a las personas que asisten a la institución a su digno cargo.

Es importante destacar que la salud bucodental beneficiará la salud en general de las personas, además la información que se les proporcione ayudará a toda su familia.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo para la realización de dicho programa, me es grato enviarle un atento saludo.

ATENTAMENTE

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITÚ “

C. d. Universitaria, D. F. 16 de Julio de 2004

COORDINADORA

C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**SEMINARIO DE TITULACION EDUCACION PARA LA
SALUD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a 12 de Julio de 2004.

Por medio de la presente hago constar mi participación en el Proyecto de Investigación: Programa de Salud Bucodental, y autorizo a la C.D. Belinda Lizbeth Barbosa Romero, para que me realice una exploración bucal y utilice los resultados obtenidos para los fines que ha ella y a la Universidad mas convengan.

Nombre y Firma del participante.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Seminario de Titulación "EDUCACIÓN PARA LA SALUD"

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN EL ADULTO EN PLENITUD

1.- Nombre: _____

2.- Edad: _____

3.- Sexo: 1.- F 2.- M

4.- Ocupación

1) Ama de casa 2) Jubilado 3) Profesionistas 4) Obrero 5) Otros

5.- Con quién vive.

1) Esposa 2) Hijos 3) Solo 4) Casa de asistencia 5) Amigos 6) Otros

6.- Dependencia económica.

1) Pensionado o jubilado 2) Hijos 3) Trabajos esporádicos 4) Otros

7.- Tiene usted seguridad social.

1) ISSSTE 2) IMSS 3) DIF 4) SSA

8.-En que lugar recibe tratamiento odontológico.

1) Privado 2) Público 3) Ninguno

9.-Padece usted alguna enfermedad.

1) Si 2) No

10.- En caso de haber contestado la pregunta anterior afirmativamente mencione cuál.

11.- Con que frecuencia acostumbra lavar sus dientes.

- 1) una vez al día 2) dos veces al día 3) tres veces al día
4) Más de tres veces al día 5) Nunca

12.- Que utiliza para lavar sus dientes.

- 1) Agua 2) Agua y cepillo dental 3) Agua, cepillo dental y pasta
4) Agua, cepillo dental, pasta e hilo dental

13.- Uso de dentaduras

Sup- Inf

0 = no usa dentadura

1 = usa dentadura parcial

2 = usa dentadura total

14.- Necesidades de dentaduras.

Sup – Inf

0 = no necesita dentadura

1 = necesita reparación la dentadura

2 = necesita dentadura parcial

3 = necesita dentadura total

15.- Si utiliza alguna prótesis dental indique en que momento la retira.

- 1) Por la noche 2) Por la mañana 3) Para comer 4) Para lavarla
5) Nunca 6) No utiliza

16.- Cuánto tiempo lleva usted utilizando prótesis.

- 1) Menos de una año 2) de uno a tres años 3) de tres a cinco años
4) mas de cinco años 5) No utiliza

De las siguientes afirmaciones indique usted que tan de acuerdo esta con cada una.

17.- La mala técnica de cepillado influyo para la pérdida de sus dientes.

- 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

18.-La apariencia de la boca es importante por lo cuál debemos mantener nuestros dientes.

- 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

19.- Las prótesis dentales sirven para toda la vida.

- 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

20.- Las prótesis dentales no se lavan porque no son mis dientes

- 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

21.- Voy al dentista solo cuando tengo dolor o molestia.

- 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

22.- No me interesa si tengo dientes o no

- 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

23.- El no tener dientes no afecta mi alimentación y digestión.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

24.- Es normal que a mi edad ya no tenga dientes

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

25.- Me gustaría volver a tener dientes.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

26.- Las prótesis dentales deben ser lavadas con agua y jabón.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

27.- El cepillado dental debe hacerse por lo menos tres veces al día.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

28.- A las personas adultas en plenitud les interesa como cuidar su boca.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

29.- La gingivitis puede prevenirse utilizando el hilo dental y cepillo dental.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo 3) En desacuerdo