



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADO DE PRÓTESIS
BUCALES E HIGIENE BUCAL EN UNA MUESTRA DE
ADULTOS MAYORES. 2008.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

NALLIELI ESLAVA GALICIA

TUTORA: MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDES OCAMPO.

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



Quiero agradecer a mi mamá Anastasia Galicia Gabino y papá Héctor Eslava Carrillo por apoyarme durante estos años de vida, por dejarme tomar mis propias decisiones y sobre todo entenderme, sin ustedes este momento no hubiera sido posible, los quiero y saben que son lo mas importante de mi vida gracias por todo.

A mis hermanos Mayra Montserrath y Héctor Ernesto Eslava Galicia que son la otra parte más importantes de mi vida, con los que he compartido, tristezas, muchas alegrías y me han apoyado en todo momento, ustedes saben que estas palabras son pocas pero hay un pedazo de cada uno en mi .

Al niño que llevo para llenar mi vida mi sobrino Emiliano López Eslava, a mi cuñado Alberto López Madera por brindarme apoyo en todo momento y por la gran convivencia, a la familia Galicia y Eslava.

También es importante agradecer a mis amigos que han estado a lo largo de mi enseñanza, con los que e compartido tanto alegrías como frustraciones:

Sergio, Gustavo, Anel, Sandro, Osiris, Leticia, librado, Karina, Monserrat, Lidia, Elizabeth, Antonino, Nidya, Perla, Adrian y amigos queme han acompañado a lo largo de mi vida.

Quiero dar un especial agradecimiento y dedicarsela a mis abuelos, Ernesto Eslava, Ealalia Carrillo, Miguel Galicia, Teodora Gabino, que siempre los llevo en mi corazón y se que donde quiera que estén me cuidan.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES.....	7
2.1. Envejecimiento.....	8
2.2. Geriatría.....	9
2.3. Gerontología.....	9
2.3.1. Biológicas.....	9
2.3.2. Médicas.....	10
2.3.3. Psicológicas.....	10
2.3.4. Socioeconómicas.....	11
2.4. El envejecimiento a nivel mundial y en México.....	12
3. CAMBIOS BUCALES EN EL ADULTO MAYOR.....	22
3.1. Dientes.....	23
3.2. Periodonto.....	24
3.3. Mucosa bucal.....	24
3.4. Capacidad masticatoria.....	25
3.5. Gusto.....	25
3.6. Glándulas salivales.....	25
4. DEFINICIONES.....	26
4.1. Odontogeriatría.....	26
4.2. Prostodoncia.....	26
4.3. Prótesis fija.....	26
4.4. Prótesis removible.....	27
5. HIGIENE DE PRÓTESIS.....	27
5.1. Limpieza química.....	29
5.2. Limpieza mecánica.....	30
5.3. Limpiadores sónicos.....	31
6. HIGIENE BUCAL.....	31
6.1. Técnicas de cepillado.....	32
6.2. Procesos sistémico.....	33
6.3. Método de Bass.....	34
6.4. Método de Stillman.....	35
6.5. Higiene interdental.....	35
6.6. Enjuague bucal.....	38
6.7. Limpiador de lengua y paladar.....	38



7. CARTEL.....	39
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	42
9. JUSTIFICACIÓN.....	42
10. OBJETIVOS.....	43
10.1. Objetivos específicos.....	43
10.2. Objetivos generales.....	43
11. METODOLOGÍA.....	44
11.1. Material y método.....	44
11.2. Tipo de estudio.....	44
11.3. Población de estudio.....	44
11.4. Muestra.....	45
11.5. Criterios de inclusión	45
11.6. Criterios de exclusión.....	45
11.7. Variables de estudio.....	45
11.8. Variables dependiente e independientes.....	45
11.9. Operacionalización de las variables.....	46
12. RESULTADOS.....	47
CONCLUSIONES.....	55
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	56
ANEXOS.....	58

1. INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que la educación es importante para poder crear conciencia y de esa manera lograr que la población tenga una mejor salud bucal, ya que nos encontramos con graves problemas de caries y periodontales, dando por resultado pérdidas dentarias.

En los adultos mayores se encuentran problemas de salud oral como la caries dental, siendo ésta una de las principales causas de pérdidas dentarias, esto se traduce en un gran porcentaje de personas edéntulas o que todavía cuentan con algunas piezas dentarias.

Algunos pacientes en esta etapa de la vida, creen que no es necesario cuidar su salud oral, que ya es poco el tiempo que les queda de vida, sin embargo es necesario tener una buena calidad de vida y la boca es muy importante, pues gracias a esta se logra tener una mejor alimentación y nutrición.

Al conservar las piezas dentales y tener las prótesis bucales en buenas condiciones, ayudará a tener una buena imagen y por lo tanto una buena autoestima. Por otro lado con la edad hay cambios biológicos en la boca y es necesario atender estas necesidades.

Otro motivo por lo cual los adultos mayores no se atreven a tener una higiene bucal, es por la creencia, que al no tener dientes no es necesario tener higiene, porque relacionan ésta con las piezas dentales. Son pacientes difíciles de educarlos en salud bucal, debido a que tienen hábitos e información equivocada que han seguido a través de muchos años, y es difícil querer cambiar su rutina y creencias, sin contar las



grandes limitaciones motrices que se pueden encontrar en estos pacientes.

Por lo anteriormente señalado, se realizó un cartel con información de cuidados de la salud oral dirigida a adultos mayores de La Casa de Cultura La Estrella.

2. ANTECEDENTES.

El envejecimiento siempre ha provocado considerable interés de acuerdo con Kohn (1971), las primeras hipótesis sobre el envejecimiento se deben a Aristóteles, no solo analizó las diferencias en la longevidad de los distintos organismos, si no que también dedicó su atención a los aspectos somáticos del envejecimiento, notando que "las incapacidades que aparecen al envejecer no se deben a un trastorno de la muerte, si no de su vehículo como ocurre en las enfermedades".

En el renacimiento, Leonardo da Vinci realizó observaciones de gran importancia y que de hecho, se pueden considerar precursoras de algunos de los conceptos actuales sobre la relación entre las alteraciones del tejido conjuntivo y el envejecimiento. Realizó numerosas disecciones, prestando especial atención a los cambios anatómicos que ocurren con el paso del tiempo, desde la infancia hasta la senectud, estos estudios le llevaron a concluir, que el envejecimiento se debe a "venas que al aumentar el grosor de sus paredes restringen el paso de la sangre y por consiguiente la falta de nutrición, destruye la vida de los ancianos sin que sufran fiebre, extinguiéndose las personas poco a poco, en una lenta muerte". Otro ilustre estudioso del envejecimiento fue Sir Francis Bacon, a quien se debe el comentario "las enfermedades de los jóvenes son mas agudas y susceptibles de curación y las de los viejos son mas crónicas y más difíciles de curar.... a causa de que los organismos viejos ni eliminan ni asimilan bien".

Con la emergencia de las ciencias experimentales en el siglo XX, empezaron a surgir una serie de teorías gerontológicas que solo ofrecían explicaciones de los mecanismos del envejecimiento, de acuerdo con los descubrimientos biológicos que parecían mas importantes en cada época.

2.1 Envejecimiento

El organismo manifiesta envejecimiento cuando decrece su vitalidad y cuando proporcionalmente aumenta su vulnerabilidad. Por lo tanto, el organismo viejo se diferencia del joven mediante sus funciones lentas y la desaparición de otras, lo mismo que por la elevada incidencia de enfermedades. El órgano que mas precozmente manifiesta signos de envejecimiento es la piel; el que lo hace con mayor posterioridad es el cerebro.

El envejecimiento se inicia a partir del momento en que el organismo ha alcanzado la máxima efectividad en el medio. Es decir, siempre después de la fase de máxima efectividad reproductora, alrededor de los 30 años en el hombre.

En la actualidad, el periodo de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, cuando los fenómenos intrínsecos del crecimiento y del envejecimiento se desarrollan en un medio adecuado.¹

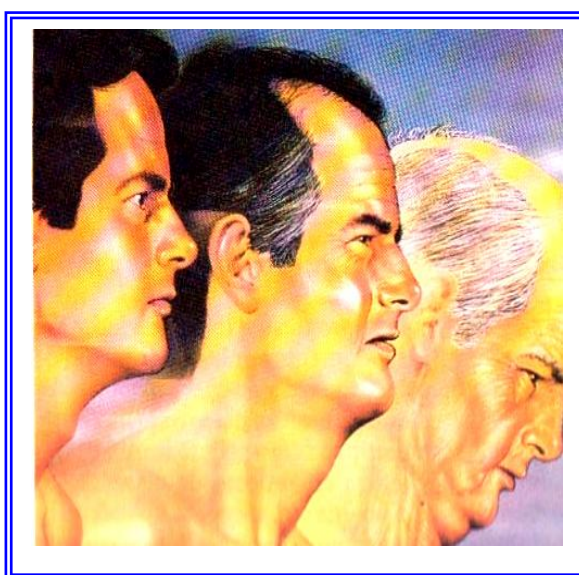


Fig.1

Fuente: Osawa DJY. Estomatología geriátrica, 1994



2.2 Geriatría

Del griego:

geron = vejez

tria = curación

Parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades.

Se dedica a la atención de su salud, previene sus enfermedades, las diagnostica y las trata, indica su rehabilitación.

2.3 Gerontóloga

Del griego:

geronto = anciano

logos = tratado

Estudio del envejecimiento y sus consecuencias

- Biológicas
- Médicas
- Psicológicas
- Socioeconómicas.²

2.3.1 Biológicos

Con la edad es posible advertir envejecimiento en órganos y tejidos, que no se limitan a la piel, al cabello o a las articulaciones, envejecen todas las estructuras corporales: corazón, riñones, hígado, bazo, tejido linfoide

músculos y tendones, sistema nervioso, vasos sanguíneos, glándulas endocrinas se pierde la agudeza visual, olfatoria, auditiva etc.

Los cambios derivados del proceso de envejecimiento merman la capacidad de adaptación de las personas, sus respuestas ante las infecciones limitan su desplazamiento voluntario, deterioran su capacidad para metabolizar medicamentos, así como su destreza manual entre otras limitaciones.

2.3.2 Médicas

Algunas enfermedades derivan del proceso de envejecimiento (por ejemplo osteoartritis cataratas etc.), otras se complican al envejecer. La gran mayoría de personas ancianas muestran una prevalencia mayor de enfermedades sistémicas crónicas bajo control, como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica o enfisema pulmonar, diabetes mellitus y sus complicaciones, artritis reumatoide, cáncer, etc.

Estos pacientes suelen recibir una gran cantidad y variedad de medicamentos para controlar las enfermedades sistémicas que padecen.

A mayor edad, mayor es el consumo de fármacos, cuyas reacciones secundarias, interacciones, sinergia o antagonismo pueden comprometer el éxito del tratamiento.

2.3.3 Psicológicas

Los ancianos pueden tener dificultad para adaptarse a nuevas situaciones y nuevos ambientes, tener sentimientos de frustración que se traducen en

impaciencia o en manifestaciones de ira, por la dificultad para manejar ambientes diferentes a los que están acostumbrados, sin embargo con los años la inteligencia, ni la capacidad de aprendizaje se ven mermadas en las personas sanas; en ellos la necesidad de afecto y de sentirse útiles e importantes suele mantenerse intacta. Se calcula que el 20% de los viejos padecen depresión la cual se acentúa especialmente en aquellos individuos que sufren diversas enfermedades crónicas y que viven solos.

La falta de contacto físico, de comunicación de sensaciones y sentimientos, la incapacidad de tomar sus propias decisiones favorece el desarrollo de la depresión.³

En la tercera edad, la persona sufre diversas pérdidas: de seres queridos, de roles y de estatus económico, lo que causa deterioros en el nivel físico, con la necesidad de someterse a tratamientos con múltiples medicamentos que alteran su ánimo y la sensación de no tener ningún control sobre su vida. Estas circunstancias pueden desencadenar en depresión. Otras causas son los cambios en la estructura celular y hormonal, por el mismo proceso de envejecimiento.⁴

Otros problemas comunes son la enfermedad de Alzheimer o demencia senil y las lesiones orgánicas derivadas de accidentes cerebrovasculares, que pueden afectar la atención, la memoria y la conducta.³

2.3.4 Socioeconómicas

La sociedad arrebatata todo a los viejos: primero la confianza en si mismo, luego en su trabajo, y al final en su propia identidad. Los ancianos experimentan inseguridad y angustia por el aspecto físico, el mercado de trabajo, y por lo que pueda ocasionar un achaque o una deficiencia, como

será visto y juzgado por la familia, por los que aun no son viejos o por las autoridades, todo ello en una etapa que puede ser la mitad de la vida. Es tan grande la repercusión social del envejecimiento, que lo que más temen los viejos es la dependencia, la soledad y el dolor; la muerte casi no figura, aunque sin duda es una constante; las conquistas sociales empiezan a verse como pérdidas.

Son hechos puramente sociales como la jubilación los que determinan el estatus de viejo, independientemente de la edad y las capacidades personales: se deja de pertenecer al grupo donde lo importante es la productividad.

La familia y la comunidad empieza a ver lo viejo no necesariamente inútil, pero fuera de las decisiones de la comunidad. De hecho, el envejecimiento se convierte en un problema social cuando va aunado a pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento.

Es importante recalcar que no solo las personas envejecen, en el contexto global envejecen pueblos enteros.⁵

2.4 El envejecimiento a nivel Mundial y en México

Se estima que el porcentaje de personas de 60 años o más en todo el mundo pasará de 10% a 22% entre el año 2000 y 2050, tiempo en que se prevé que la proporción de ancianos igualará la de niños de 0 a 14 años, lo que constituirá un precedente en la historia de la humanidad, pues por primera vez, los jóvenes y los viejos representarán la misma proporción demográfica.



En los países en desarrollo, el proceso de envejecimiento tendrá lugar rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Entre los años 2000 y 2050, se pronostica que el porcentaje de personas de edad avanzada aumente de 8% a 21%, mientras que el de niños bajará de 33% a 20%. Además, se estima que en menos de tres decenios, tres cuartas partes de la gente mayor de todo el mundo vivirán en países en desarrollo.⁶

Argentina, Cuba, Chile y Brasil tienen los porcentajes más altos de personas mayores de 65 años, dado que en esas naciones se redujo antes que en otras la tasa global de fecundidad, que es el número total de hijos que tiene una mujer en su vida fértil. México, donde los cambios tuvieron lugar posteriormente, se ubica como un país en transición demográfica intermedia.

Uruguay es el país más envejecido de América Latina. Lo sigue Cuba, Puerto Rico.

Del porcentaje de personas con 65 años que existían en Francia y en México con porcentajes semejantes por fechas resulta una comparación muy interesante. Más o menos el porcentaje que nosotros ahora tenemos en el año 2000 se parecía a lo que los franceses tenían en 1750.

Francia tiene más o menos 16.2% y México se espera que llegue a 16% en 2036. Lo que los franceses hicieron en 250 años y muchos otros países desarrollados ahora, nosotros lo vamos a hacer en menos de cuatro décadas. Esa es la velocidad del proceso.

Estamos teniendo un proceso que es extremadamente rápido, pero con una característica particular: Nosotros lo vamos a hacer dentro de un desarrollo económico todavía incompleto; las demandas del

envejecimiento van a venir acompañadas todavía de los rezagos en salud, de los rezagos en educación, de los problemas de empleo.

Los países europeos, los Estados Unidos y Japón, por señalar algunos, primero se hicieron ricos y después se hicieron viejos. Nosotros nos vamos a hacer viejos sin dejar de ser pobres. Ese configura un problema social muy serio que se tiene que tomar en cuenta.⁷

En México, de acuerdo con las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), los adultos mayores llegarán a 32 millones 400 mil en el año 2050, lo que significará que uno de cada cuatro mexicanos tendrá 65 años o más.

2005	2015	2050
En México vivirán: 8 millones 214 mil Adultos mayores	En México vivirán 12 millones 001 mil Adultos mayores	En México vivirán 36 millones 677mil Adultos mayores

Fuente: INAPAM

De acuerdo con datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, la población de 60 años y más ascendía a 6 millones 900 mil personas, lo que equivale a 7.1% de la población total del país. De este grupo de población, 3 millones 700 mil son mujeres y 3 millones 200 mil, hombres. Cabe señalar como referencia que en 1970, la población anciana era de 2 millones 700 mil y representaba 5.6% del total de la población.

Las entidades que presentan mayores proporciones de población en edad



avanzada son: Distrito Federal (8.7%), Yucatán (8.6%), Nayarit (8.6%), Zacatecas (8.4%), Oaxaca (8.4%), Michoacán (8.4%), San Luis Potosí (8.3%) y Veracruz (8.1%).

En cambio, los estados con menos peso porcentual son: México (5.8%), Baja California (5.8%), Chiapas (5.6%) y Quintana Roo (4.1%).

De manera similar con la distribución urbano-rural de la población mexicana en su conjunto, 71.4% de la población mexicana de 60 años y más reside en localidades de más de 2 mil 500 habitantes, en tanto que 28.6% habita en áreas rurales, esto es, en localidades con menos de 2 mil 500 personas.

Entre la población anciana, cuya importancia es cada vez más significativa, el grupo de 60-69 años concentra la mayor proporción, con 3 millones 900 mil personas (55.5%), 2 millones 100 mil tiene entre 70 y 79 años, y casi un millón, 80 y más años.

Parte importante de la población de mayor edad está casada o unida (59.8%), 5.8% permanece célibe, 5.3% está separada o divorciada y 28.8% es viuda.

La distribución porcentual del estado conyugal entre hombres y mujeres ancianos difiere sustancialmente. Entre las mujeres, 45.2% están casadas o unidas, 41.6% son viudas y 13.2% permanecen solteras o están divorciadas o separadas; en tanto que entre los varones 76.9% están casados o unidos y 23.1% son solteros o están desunidos, lo que evidencia que el varón tiende a vivir más en pareja que la mujer en esta etapa de la vida.

El estado educativo de la población anciana refleja los niveles que existían en el pasado, ellos tuvieron menos oportunidades de ingresar y mantenerse en la escuela; así, 30.1% de la población de 60 años y más es analfabeta; y son las mujeres quienes registran la proporción más alta de analfabetismo, con 35.5%, mientras que entre los varones es de 23.9%.

En estados como Guerrero (55.3%), Oaxaca (54.4%) y Chiapas (51.6%), la proporción analfabeta de adultos mayores rebasa el 50%.

El promedio de escolaridad es de 3.4 años, cuatro años menos que el de la población de 15 años y más del país (7.4 años). Por sexo se observa una diferencia de medio año: 3.7 años de escolaridad promedio para los varones y 3.1 años para las mujeres.

En las localidades rurales la situación se agudiza, desciende a 2.5 y 1.2 años de escolaridad promedio entre la población masculina y femenina de 60 años y más, respectivamente.

En México, 36.6% de la población de 60 años y más trabaja en la producción de bienes y servicios para el mercado. Esta participación desciende conforme la edad de esta población avanza y difiere entre hombres y mujeres: 57.6% para los adultos mayores varones y 17.4% para las mujeres.

En términos absolutos, la población de 60 años y más que trabaja es de 2 millones 800 mil, que representan 7% de los 39 millones 600 mil personas económicamente activas de 12 años y más registradas en el año 2000 en nuestro país.

Los ancianos que trabajan se ocupan principalmente como agricultores (37.5%), artesanos y obreros (16.1%) y como vendedores independientes (13.9%), pues 7 de cada 10 trabajadores de 60 años y más realiza alguna de estas actividades.

De las personas de edad avanzada que participan en la actividad económica, 43.7% trabaja tiempo completo (35 a 48 horas semanales), 22.9% tiene sobre jornadas de trabajo, y 19.3% dedica menos de 24 horas a la semana. No obstante, alta proporción carece de prestaciones sociales y laborales; 85.9% de los varones y 86.6% de mujeres.

En materia de ingresos, 34.6% de la población de 60 años y más que trabaja recibe menos de un salario mínimo representa; 23.9% de uno a dos; 25.2% más de dos, y 11.6% no recibe ningún tipo de ingreso.

En cuanto a los que no desempeñan actividad económica alguna, 72.4% son sostenidos por un familiar u otra persona y 19.4% sufraga sus gastos mediante una pensión.

Tres de cada cuatro adultos mayores realizan quehaceres domésticos y son las mujeres quienes mayormente participan, 96.3% contra 53% de los varones.

Los padecimientos y enfermedades más frecuentes en los adultos mayores se deben a problemas respiratorios agudos, infecciones intestinales y de las vías urinarias, las cuales son las tres primeras causas de atención en la consulta externa.

Las enfermedades crónico-degenerativas cuya letalidad en este grupo de población es elevada: hipertensión arterial, diabetes mellitus (tipo II) y



enfermedades isquémicas del corazón, se ubican entre las diez principales causas de dicha consulta.

Entre las principales enfermedades que requieren hospitalización de adultos de edad avanzada se encuentran: la diabetes mellitus (8.9%), las afecciones del sistema urinario (8.4%), las fracturas (5.2%) y las enfermedades cerebrovasculares (4.3%), las cuales ocupan los primeros cuatro lugares en el conjunto de hospitalizaciones por enfermedad del Sistema Nacional de Salud.

Del total de casos de hospitalización por enfermedad, registrados en el año 2000, 12.2% correspondieron a adultos mayores, según información proveniente del Sistema Nacional de Salud, y sobresalen las hospitalizaciones por enfermedades cerebrovasculares, donde 61 de cada cien casos eran personas de 65 años y más.

En el año 2000 se registraron 247 mil 933 muertes de personas de 60 y más años de edad, que representaron el 56.7% del total de fallecimientos. Por sexo, se observa una importante diferencia en el peso de las defunciones, pues del total de fallecimientos femeninos, 63.9% fueron de ancianas, mientras que entre los decesos masculinos 50.9% correspondieron a ancianos.

La mayor parte de la población de edad avanzada muere por enfermedades del corazón (22.4%), tumores malignos (14.0%) y por diabetes mellitus (13.6%).

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, 3 millones 30 mil personas de 60 años y más, que representan el 48.1%,



reciben atención médica en instituciones públicas o privadas, y 3.5 millones de ancianos carecen de este servicio.

Según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social del 2000, una de cada 5 personas de 60 años y más (20.9%) goza de algún tipo de pensión, de las cuales 65.6% son hombres y 34.4% mujeres.

Las personas de edad avanzada tienen mayores probabilidades de experimentar situaciones de discapacidad, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, de 1 millón 800 mil personas que padecen algún tipo de discapacidad, 42.3% tienen 60 años o más de edad. Las limitaciones de tipo motriz son las más frecuentes, en ambos sexos (54% de la población de 60 años y más con discapacidad), la visual (30.5%) y la auditiva (21.0%) ocupan el segundo y tercer sitio.

Una de cada diez personas de 60 años y más habla alguna lengua indígena, en términos absolutos significa 704 mil personas. De éstas, 22.1% son monolingües, es decir no hablan español. La proporción de población monolingüe es mucho más significativa entre las mujeres indígenas ancianas (28.6% contra 15.4% que presentan los varones indígenas).

En el 2000, había 5 millones 300 mil hogares con al menos una persona de 60 años o más de edad, los cuales representaban 23.4% del total de hogares en el país.

En 4 millones 300 mil hogares, una de las personas de edad avanzada es el jefe del hogar y en los hogares restantes los ancianos son padres, madres, abuelos (las), o algún otro pariente del jefe de familia.



Del total de ancianos jefes de hogar, 67.1% son varones y 32.9% mujeres.

Esto, comparado con el 20.6% de jefas de hogar que existe en el país muestra la correlación del peso de las ancianas entre las jefas de hogar.

Cabe señalar que 1 millón 200 mil hogares están compuestos exclusivamente por adultos mayores, los cuales representan 5.4% del total de hogares en el país. De estos, 4 de cada 10 están integrados por una pareja de ancianos (jefe y su cónyuge), uno por una pareja anciana y al menos un pariente de edad, y cinco por personas de edad avanzada que viven solas.

Esta composición presenta diferencias notables de acuerdo con el sexo del jefe del hogar. En los hogares de ancianos con jefe varón, 61.5% está formado por una pareja de ancianos, 5.1% por la pareja anciana más otros parientes de edad avanzada y 33% por varones solos; en cambio, cuando la jefa es mujer, 7.4% son monoparentales (jefa anciana y uno o más hijo(a)s de edad avanzada), 7.5% se conforma por la jefa anciana y sus hijos, más otros parientes ancianos, y 84.5% de ellas viven solas.

Según datos de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar de 1999, en el Área Metropolitana de la ciudad de México, 18.6% de la población de 60 años y más vive en hogares con presencia de actos violentos.

De acuerdo con el total de denuncias registradas en las Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIF) durante 1999, nueve de cada 10 víctimas en el Distrito Federal eran mujeres y 2.7% tenía 60 ó más años. Entre la población masculina maltratada, cuyo porcentaje es del 6.8% respecto al total de la población víctima de maltrato, 44.8% son ancianos.



El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el 1 de octubre Día Internacional de las Personas de Edad.⁶

Ante el creciente aumento de la población en México de personas mayores de 60 años, fue necesario reorientar las políticas de atención que por 22 años mantuvo el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), por lo que con el decreto de regulación del 17 de enero del 2002 su denominación cambio a Instituto Nacional de los adultos en plenitud (INAPLEN), enfoco sus políticas al desarrollo humano integral de las personas de 60 años y fue sectorizada a la Secretaría de Desarrollo Social.

El 25 de junio del 2002 se publico en el diario oficial de la Federación la primera *Ley de los derechos de los adultos mayores* y el nombre de la Institución se modificó por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), convirtiéndose en el rector de las políticas publicas de atención a este sector.

El INAPAM tiene como misión atender las necesidades básicas de los hombres y mujeres de 60 años, brindándoles apoyo y alternativas que contribuyen a mejorar sus condiciones y desarrollo integral.

Sus prioridades están enfocadas a fomentar opciones de empleo u ocupación, asistencia medica asesoría jurídica y las oportunidades necesarias para que los adultos mayores alcancen mejores niveles de bienestar.

La infraestructura del INAPAM consta de:



- Representaciones estatales
- Subdelegaciones municipales
- Coordinaciones municipales
- Centros de atención integral. Este cuenta con servicios médicos especializados en geriatría, acupuntura, audiología, cardiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, odontología, oftalmología, optometría, ortopedia, otorrinolaringología, psicología, reumatología, ultrasonografía, así como rayos X, estudios de laboratorio y gabinete.
- De manera adicional, los pacientes tiene acceso a otros servicios como bolsa de trabajo, accesoria jurídica y afiliación
- Clubes de la tercera edad a nivel nacional
- Centros culturales en el Distrito Federal
- Unidades gerontológicas
- Unidades móviles promotoras de empleo y servicios a la comunidad.

El INAPAM cuenta con Casa de Artesanías de las personas adultas mayores, en el que se venden a precios muy accesibles diversos productos artesanales, elaborados por ellos, asistencia telefónicas 24 horas y los 365 días del año, abuelas , abuelos cuenta cuentos, juegos



Nacionales Deportivos y Culturales de los adultos mayores y noches de Gente Grande son bailes con música.⁸

3. CAMBIOS BUCALES EN EL ADULTO MAYOR

En los pacientes geriátricos se deben tomar en cuenta los factores biológicos, ya que los mecanismos de adaptación y las capacidades de regeneración tisular se encuentran disminuidos.

Muchos de los cambios tisulares, que en un tiempo se consideraron normales y asociados a la vejez, en realidad son procesos patológicos específicos. Sin embargo en la odontología o médico no puede alterar los efectos de la edad, pero pueden ayudar al paciente a ajustarse a los cambios físicos que se producen.⁹

Los cambios en las estructuras y tejidos de la boca, conforme la edad avanza pueden advertirse tales como:

3.1 Dientes.

El oscurecimiento dental, atrición, afracción, líneas de fractura coronaria secundarias a bruxismo y tendencias a caries radicular. Con el paso de los años incrementa la pérdida de dientes en la población, sin embargo no puede afirmarse que el envejecer cause adentulismo que el perder dientes sea inherente a la edad.³



Fig. 2

Fuente: Osawa DJY. Prostodncia Geriátrica 1990

La caries dental se define como una pérdida de estructura del diente debida a una desmineralización de las estructuras duras que lo componen. Es una enfermedad infecciosa, ya que es producida por microorganismos; multifactorial, debido a que deben de coincidir varios elementos para que se produzca.

Es la principal causa de pérdida dentaria y que, en el caso de los pacientes adultos mayores, su ubicación es predominante a nivel radicular.¹⁰

3.2 Periodonto

Recesión gingival, atrofia de las encías y disminución del grado de queratinización son cambios en el periodonto asociados a la edad. A mayor número de años, mayores son las cifras de prevalencia de gingivitis y periodontitis, especialmente por que a los ancianos suele dificultárseles el control de la placa bacteriana.³



Fig.3

Fuente: Osawa DJY. Prostodoncia Geriátrica 1990

3.3 Mucosa bucal

Atrofia del epitelio de la mucosa bucal y del dorso lingual, incremento en la queratinización, disminución del número de terminaciones nerviosas, disminución del número de corpúsculos gustativos, varices, pigmentaciones melánicas, etc.

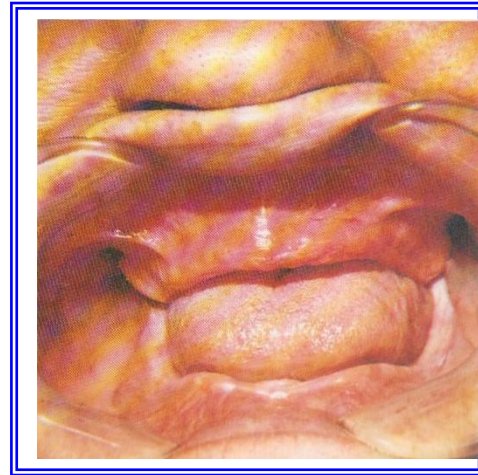


Fig. 4

Fuente: Osawa DJY. Prosthodontia Geriátrica 1990

Otros trastornos son generados por la acumulación de factores tales como: desnutrición, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos, hábitos nocivos, etc.

Enfermedades como carcinoma epidermoide bucal y penfigoide de las mucosas son casi exclusivas de las personas mayores.

3.4 Capacidad masticatoria y deglución

Los cambios en la masa muscular merman la capacidad masticatoria, así como la frecuencia de la deglución. Estas actividades además se ven deterioradas en los ancianos que han perdido dientes o que utilizan aparatos protésicos mal adaptados.



3.5 Gusto

La atrofia del epitelio lengua genera cambios en la preferencia alimenticia y en los hábitos dietéticos de los ancianos, quienes orientan sus gustos hacia alimentos dulces y criogénicos.

3.6 Glándulas salivales.

La mayoría de los autores sugieren que la hiposalivación observada en la vejez, mas que ser el resultado del deterioro del componente secretorio glandular es derivada principalmente al consumo de fármacos. A enfermedades sistémicas como diabetes mellitus mal controlada, o síndrome de Sjögren, o resulta del empleo de radiaciones para tratar cancer de cabeza y cuello. Muchas son las drogas hiposalivatorias, destacando los medicamentos cardiorreguladores, antidepresivos, tranquilizantes, antihistamínicos, etc.³

4. DEFINICIONES

4.1 Odontogeriatría

Es la especialidad de la odontología que se encarga del estudio, prevención y tratamiento de las alteraciones o procesos fisiológicos que ocurren en la cavidad oral, de una persona de edad avanzada.⁹

4.2 Prostodoncia

PROST	=	restauraciones protéticas
ODON	=	parte de la odontología
CIA	=	consagrado al estudio.

Es la parte de la prótesis odontológica consagrada al estudio y rehabilitación fisiopatológica de la edentación.¹²

4.3 Prótesis fija

Es un aparato protético permanente unido a los dientes remanentes que sustituye uno o más dientes ausentes. Abarca desde la restauración de un único diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión.

Es posible restaurar la función completa de los dientes por separado y conseguir la mejora del efecto estético, mejora la comodidad y la capacidad masticatoria del paciente, conserva la salud y la integridad de las arcadas dentarias y en muchos casos, eleva la autoimagen y autoestima del paciente.¹³



4.4 Prótesis removible

Es la rama de la prostodoncia cuya función es reemplazar a los dientes perdidos y los tejidos orales vecinos por medio de un aparato que el paciente puede remover e insertar a voluntad.

Este tipo de prótesis debe diseñarse para satisfacer las necesidades estéticas y funcionales del paciente, así como para proteger tanto la salud de los dientes remanentes y sus estructuras de soporte, como de los rebordes alveolares residuales.

Es indispensable contar con un conocimiento completo de las condiciones orales del paciente, incluyendo su técnica de higiene oral y el control de placa bacteriana, el estado periodontal, la proporción corona-raíz, el grado de movilidad de los dientes y el grado de desplazamiento de la mucosa que recubre los rebordes alveolares residuales.

5. HIGIENE DE PRÓTESIS

Todo paciente portador de prótesis debe considerarse un enfermo de riesgo, y como tal se le debe tratar. La presencia de elementos constitutivos en las prótesis removibles facilita el depósito de placa bacteriana, de modo que sus portadores son susceptibles, en mayor grado o en menor grado, de contraer caries y alguna enfermedad periodontal.¹⁴

Debe emplearse un método por el paciente para limpiar sus dentaduras, es importante que esto se convierta en un hábito cotidiano. La responsabilidad del dentista es informar al paciente y motivarlo para realizar esta rutina día con día.¹⁶

Las prótesis acumulan placa bacteriana. El depósito de placa bacteriana que se adhiere a la prótesis puede ser blando o duro; la placa se empieza a formar inmediatamente después de insertadas en la boca.¹⁵

La limpieza eliminará las acumulaciones bacterianas que se forman en las superficies de las mismas, Estas placas bacterianas son capaces de formar ácido y de irritar los tejidos.

Es importante quitarse las dentaduras antes de ir a dormir, ya que proporciona tiempo conveniente para sumergir las dentaduras en una solución limpiadora y permitir que los tejidos orales descansen para compensar la carga diaria colocada sobre ellas por el uso de la dentadura. Debido a que todas las fuerzas oclusales son de tipo compresivo en los tejidos blandos, por lo cual oprimen el tejido entre la dentadura y el hueso.

Si no se les permite a los tejidos recuperarse de dichas fuerzas, se ocasionará mas dolor e irritación, además se debe de tomar en cuenta que hay pacientes que aprietan los dientes y presentan bruxismo al dormir.

- La limpieza diaria evita las manchas y la acumulación de sarro.
- La limpieza de las prótesis debe realizarse después de cada comida y al retirar las prótesis por las noches al irse a dormir.
- Las dentaduras no higiénicas son una de las causas principales de mal olor de boca.
- La irrigación bucal vigorosa y el cepillado suave no solo estimulante y refrescante si no que también promueve la salud de los tejidos.

Algunos pacientes dejan el consultorio dental después de la última cita con una falta total de información acerca de cómo cuidar en forma adecuada las dentaduras.

Otros pacientes aprenden a limpiar sus dentaduras a través de la información obtenida en los anuncios comerciales. Los dentistas deben de hacer recomendaciones específicas al paciente sobre el cuidado apropiado e higiene de las prótesis orales.

5.1 Limpieza química

Existen muchas soluciones comerciales para la limpieza segura y efectiva de la dentadura, un remedio casero para limpiar es el



blanqueador que si se usa de manera regular, decolora tanto a la base de la dentadura como a los dientes y si las prótesis contienen cromo, cobalto u otros metales el hipoclorito de sodio puede picar o corroer el metal.

La facultad de odontología de la Universidad de Nueva York en Búffalo, recomienda la siguiente solución:

- 1 cucharadita de hipoclorito de sodio
- 1 cucharadita de Calgon
- 4 onzas de agua

El hipoclorito diluido proporciona una acción blanqueadora y no afecta a la base ni a los dientes de resina y también es un efectivo agente germicida.

El Calgon, es un blanqueador de agua, con una acción detergente que suaviza y desprende con efectividad los depósitos de alimentos.

Para eliminar los residuos demasiado adheridos, se recomienda sumergir la dentadura durante la noche en 4 onzas de vinagre blanco. Esta solución proporciona una concentración segura de ácido acético, el cual descalcifica dichos residuos. Sólo se requiere de una limpieza ocasional para controlar la acumulación y formación de residuos.

Es necesario cepillar las dentaduras después de la limpieza química con un cepillo bajo el chorro de agua. Esto permite que se elimine por completo el limpiador químico de la dentadura antes de la inserción.

5.2 Limpieza mecánica



La mayoría de los limpiadores comerciales o caseros, solo ablandan y despegan los residuos alimenticios de la base de la dentadura y de los dientes es necesario un poco de cepillado para eliminarlos por completo. La utilización de cepillo, jabón o limpiador y agua es un método muy popular de limpiar las dentaduras totales. Desafortunadamente, este sistema causa abrasión si se utiliza un cepillo muy duro o un limpiador demasiado potente.

Se debe de recomendar al paciente un cepillo blando para dentaduras y advertirle que no utilice un cepillo para dientes y dentífrico. El cepillo dental no está diseñado para limpiar las zonas angostas que suelen encontrarse sobre la superficie tisular de una dentadura, y el continuo frotamiento de estas zonas puede causar un daño. Muchos dentífricos contienen un abrasivo (pómez) que puede rayar las superficies pulidas de acrílico de la superficie de la dentadura.

El cepillado suave con un cepillo blando para dentadura y un detergente no abrasivo, es un método de limpieza efectivo, sobre todo si se combina con el remojo durante la noche.

5.3 Limpiadores sónicos.

Estos emplean energía vibratoria, no energía ultrasónica, para limpiar las dentaduras.

La eficacia de un programa de limpieza con acción sónica fue investigada por Myers y Krol, encontraron que el limpiador de acción sónica para dentaduras resulta adecuado para la eliminación de sarro.



En este programa fue adecuado para ayudar a eliminar manchas de cigarro y café. Nicholson, Stara, y Scout también demostraron que el limpiador de acción sónica y la solución de hipocloritote sodio eran más eficaces que la solución de hipoclorito de sodio sola.

6. HIGIENE BUCAL

Un aspecto que a menudo se descuida es la limpieza y el masaje del tejido. Al cepillar o frotar en forma suave los bordes residuales se elimina la placa bacteriana y los restos alimenticios que pueden ocasionar o exacerbar las zonas de irritación local.

En un estudio sobre el control de placa bacteriana, la frecuencia promedio de inflamación del tejido se redujo en forma significativa en un grupo que solo cepillaban el tejido, en comparación con el grupo que solo cepillaban la dentadura. El estudio demuestra por lo tanto, que el cepillado del tejido ayuda a controlar la inflamación del tejido, observada con frecuencia debajo de las dentaduras, y que el cepillado de la dentadura no es tan efectivo para reducir la inflamación.

El método ideal, debe de incluir tanto el cepillado de la dentadura como la limpieza del tejido.

También el cepillado de la lengua es útil para el paciente con dentadura completa. La pérdida del gusto, se ve con frecuencia en los pacientes de edad avanzada, sin embargo, tales pacientes con dentadura completa, casi siempre presentan una marcada mejoría mediante una higiene oral minuciosa, que incluya la limpieza de la lengua.¹⁶

6.1 Técnicas de cepillado

Los cepillos dentales son un instrumento para la higiene bucal, que permite la extracción mecánica de la placa y los residuos de alimentos de las superficies lisas de los dientes. Sin embargo, el espacio interdental y la profundidad de las fisuras no son tan accesibles. Los medios auxiliares

para la higiene bucal y el sellado de fisuras completan este proceso de limpieza.

Los cepillos dentales deben adaptarse a las exigencias individuales de tamaño, forma y aspecto y deben ser manejados con soltura y eficacia.

Se clasifican en blandos, intermedios o duros. En la actualidad, se recomiendan cada vez mas los cepillos blandos de cerda sintética para la conservación del tejido duro y de las partes blandas. Los cepillos ideales son aquellos de cabeza corta, una distancia pequeña entre los distintos haces y de puntas redondeadas.

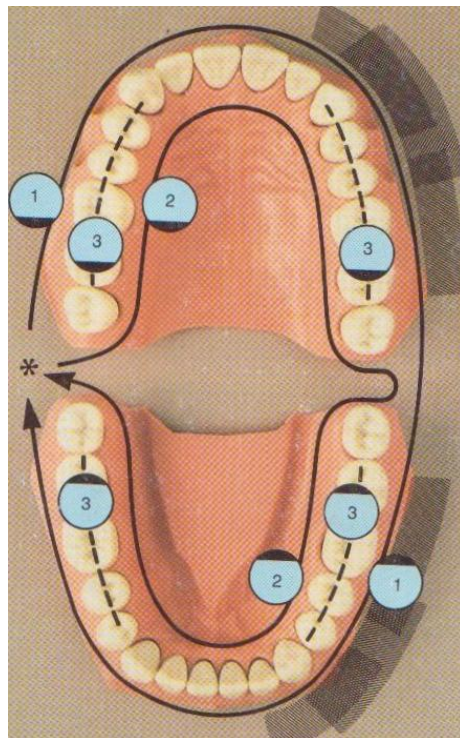
La vida de un cepillo dental es limitada. Los cepillos sufren desgaste y la colonización bacteriana se incrementa con el tiempo; por tanto deben de cambiarse cada 2 meses o cada 6 meses a lo sumo, y después de cualquier enfermedad oral.

6.2 Proceso sistémico

El proceso sistémico suele abarcar sucesivamente las caras bucal (externa), oral (interna) y oclusal, sin olvidarse de las características somáticas y orales (inválidos, zurdos, prótesis parciales. etc.)

Secuencia (comenzando por la parte derecha y posterior)

.



1. Superficies bucales MS/MI

2. Superficies distales de los últimos dientes de la arcada dentaria.

Superficies linguales y palatinas MS/MI.

3. Superficies oclusales MS/MI.

4. Espacios interdentales, con medios auxiliares especiales.

Fig.5

Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

6.3 Método de Bass

Indicaciones: adultos con tejido periodontal sano y pacientes con gingivitis y periodontitis.

Posición del cepillo: en ángulo de 45° respecto al eje del diente. Los extremos de las cerdas se colocan en los nichos interdentarios y se introducen en el surco gingival, manteniendo la posición.

Técnica. Se efectúan movimientos vibratorios horizontales o ligeramente rotatorios con la boca abierta.

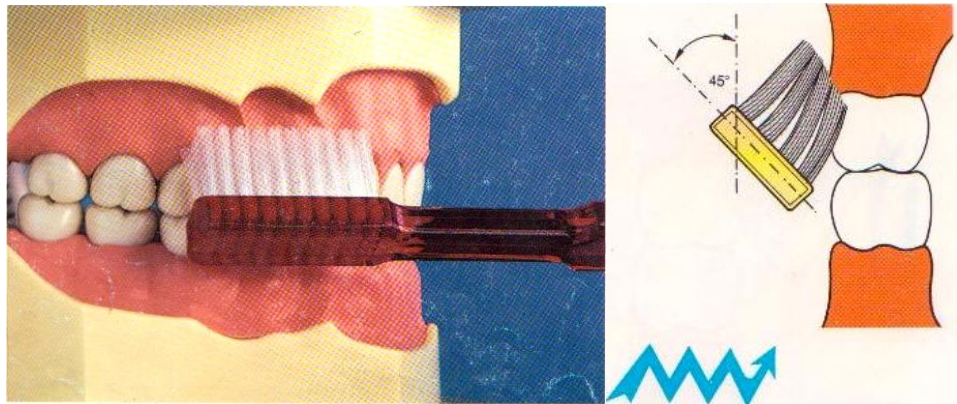


Fig.6

Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

6.4 Método de Stillman

Indicaciones: pacientes sin enfermedades periodontales.

Posición del cepillo: paralelo al eje del diente. Las cerdas se colocan en dirección apical a 2 mm por encima de los márgenes gingivales, haciendo ligera presión y con la boca abierta.



Fig. 7

Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

Técnica. Se realizan movimientos vibratorios en dirección mesiodistal con ligera presión, girando el cepillo 45°; además del efecto de limpieza se estimula la encía.

6.5 Higiene interdental

Hay diferentes métodos auxiliares, además del cepillo regular y del uso de la pasta dental para la higiene.

La seda dental es un método auxiliar que se utiliza como medida de control en espacios interdentales estrechos y bajo los puentes:

Indicaciones:

- Extraer la placa de los espacios interdentales.
- Evitar las recidivas de la caries en las restauraciones Interdentales.
- Limpiar los puentes, fragmentos o prótesis dentarías.
- Realizar la profilaxis periodontal postratamiento.
- Controlar los posibles defectos tras las restauraciones.

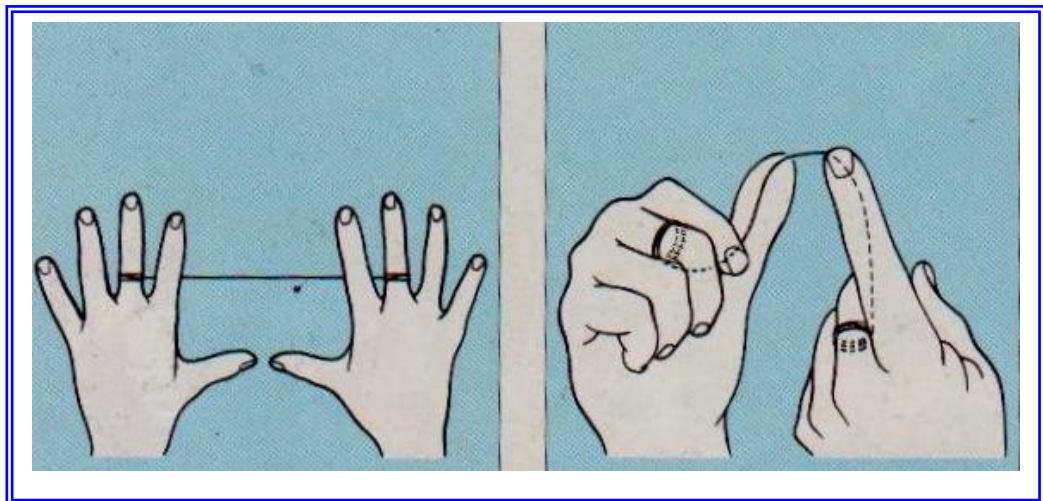


Fig. 8

Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador.

Se utiliza seda de aproximadamente 40cm de largo.

El pulgar se coloca en la boca o labios mientras que el dedo índice o pulgar en la otra mano se introduce por la cara palatina de la arcada dentaria. A continuación se coloca cuidadosamente la seda en la zona de contacto del espacio interdental.

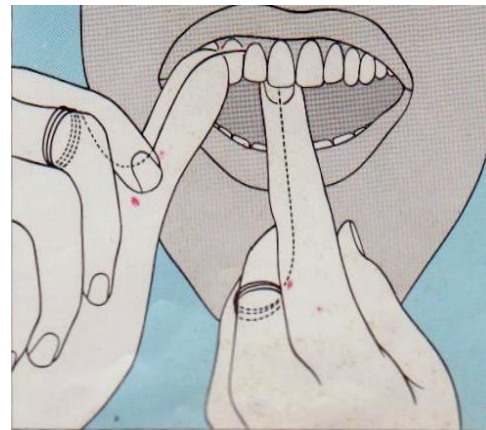


Fig. 9

Fuente: Riethe P. Atlas de la profilaxis de la caries y tratamiento conservador

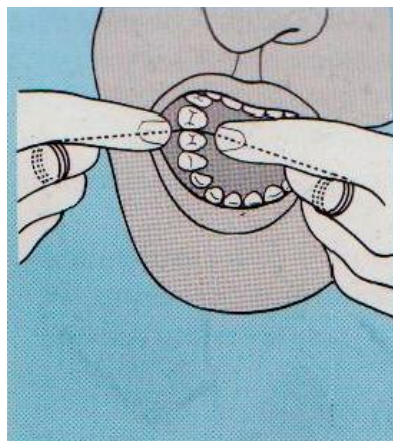


Fig. 10

Fuente: Riethe P. Atlas de Profilaxis de la caries tratamiento conservador, 1990

En los dientes inferiores la seda se coge con los índices de ambas manos. La limpieza de las caras proximales se efectúa con movimientos ascendentes y descendentes, aplicados de manera reiterada en los lugares problemáticos; se utiliza seda nueva cada vez.

Puente de maxilar superior
con asa de butler y seda dental
para la limpieza de, la porción
intermedia de una prótesis

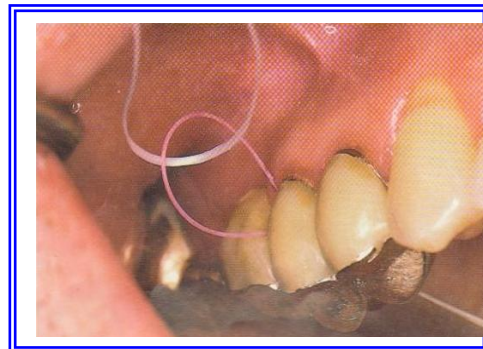


Fig.11

Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries
tratamiento conservador,1990



Fig .12

Fuente: Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries
tratamiento conservador,1990

Puente en el maxilar
inferior. Limpieza de
la zona de ponticos.¹⁷

6.6 Enjuague bucal

Se dispone de enjuagues bucales en presentación líquida, el método tradicional para estabilizar y liberar muchos ingredientes farmacéuticamente activos. La mayor parte de la gente considera que es un producto cosmético (es decir, refrescan el aliento) y por lo tanto no los utilizan con frecuencia y de manera tan sistemática. La ADA solo ha reconocido dos categorías de enjuagues bucales como eficaces contra la placa y gingivitis.

- Clerhexidina: Antiplaca. 2 veces al día durante 30 seg. 1oz.
- Listerine " aceites esenciales ". Antiplaca 2 veces al día 30 seg. 20ml.

6.7 Limpiador de lengua y Paladar

El cepillado de lengua y paladar ayuda a disminuir, la placa y la cantidad de microorganismos orales así como los dentritos. Las papilas de la lengua proporcionan partes especialmente propensas a la acumulación de bacterias y dentritos provocando por lo tanto halitosis. La limpieza de la lengua se logra al colocar el lado del cepillo dental cerca de la parte media, con las cerdas en dirección a la garganta. El cepillo se lleva hacia delante con un movimiento de barrido, esto se repite de 6 a 8 veces en cada zona.

También existen limpiadores lingual, este se coloca sobre la superficie dorsal de la lengua, lo mas cerca que se pueda de la base, y se jala hacia delante con lijara presión contra la superficie lingual.¹⁸

El paladar también debe limpiarse con un movimiento de barrido. Para mejorar la acción de limpieza se debe utilizar dentífrico durante el cepillado.



7. CARTEL

Es un material gráfico, cuya función es lanzar un mensaje al espectador con el propósito de que éste lo capte, lo recuerde y actúe en forma concordante a lo sugerido por el propio cartel.

El atractivo visual y la fuerza emotiva de un buen cartel, hacen de él una forma eficaz para comunicar mensajes a las personas, a un grupo, o una institución, por esta razón el cartel ha pasado a ocupar, en los medios de comunicación, un importante lugar.

Ha sido empleado en la política, en el comercio, en la industria, en la educación y la salud; por tal motivo es importante que se aprovechen todas sus posibilidades y se alcancen los efectos previstos al planearlo, realizarlo y difundirlo.

Existen dos tipos: los informativos y los formativos.

El cartel informativo. Es el que está planeado para comunicar eventos, conferencias, cursos, reuniones sociales, espectáculos, etc.

El cartel formativo se utiliza como un medio para propiciar el establecimiento de hábitos de higiene, salud, limpieza, seguridad, orden, etc. También se usa para propiciar actitudes de confianza, actividad, esfuerzo, conciencia, etc.

En el cartel formativo la imagen tiene preponderancia sobre el texto, el mensaje es expresado gráficamente en forma clara y sólo se apoya en un corto texto, que dé énfasis a la idea sugerida.



El cartel formativo usado adecuadamente en la promoción de la salud, puede convertirse en un magnífico recurso para evitar las enfermedades, los accidentes y promover los hábitos higiénicos.

Los elementos psicológicos son los que dentro del mensaje estimula al espectador para que se oriente hacia lo que se pretende en dicho mensaje. Su intención es causar el impacto para que perdure el mensaje.

Un cartel de calidad es aquel que llama la atención espontáneamente, es decir, independientemente de la voluntad del observador. Los elementos físicos que provocan este tipo de atención son: imagen, texto, color, composición, tamaño y formato.

La imagen debe ser una síntesis que resuma la idea a la mínima expresión gráfica, sin dejar de ser clara y significativa. Son poco recomendables las simplificaciones exageradas, así como el abuso de abstracciones, debido a que presentan dificultades para su comprensión o decodificación del mensaje, y en consecuencia, el número de observadores que entiendan el mensaje se reducirá.

Está constituida por formas, que desde el punto de vista, pueden ser básicamente: naturales, geométricas o abstractas.

.

La redacción no debe ser muy extensa, sino más bien debe ser un destello al observador que la visualizará en segundos. Para que la percepción sea rápida los textos deben ser cortos, directos y claros, buscando al igual que la imagen, comunicar el mensaje con el mínimo de elementos, sin utilizar palabras o frases largas.



La redacción estará determinada por el nivel cultural y social de las personas a las que irá dirigido el mensaje.

Existen dos tipos de textos: el encabezado y el pie.

El encabezado sirve de título al cartel, es el primer elemento del texto que llama la atención de las personas; se debe escribir con letras de mayor tamaño que las del pie, y con una, dos o tres palabras.

El tipo de letra es importante, pues a través de ésta podemos transmitir significados emotivos y sentimientos; combinada con la imagen pueden resultar más impactante.

El color es otro aspecto relevante del cartel. Para éste hay que seguir ciertas reglas: usar pocos colores; aplicar los colores planos, sin matices, usar fondos contrastantes y usar colores claros.

El tamaño del cartel deberá considerarse, pues dependiendo del lugar en que estará colocado y la distancia en la que pasarán los que lo observen, determinará sus dimensiones.

El tamaño más común es el de 70 x 100 centímetros, de 50 x 70 cm, o el más pequeño que es de 35 x 50 cm.

Existen dos tipos de formatos: el vertical que es el más usado y el horizontal.¹⁹

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien es cierto que hablar de adultos mayores es hablar de un cúmulo de problemas de salud que pudieron iniciar en años anteriores, y que fueron desatendidos por falta de interés, de conocimientos y por lo tanto se convierten en pacientes con más padecimientos crónicos.

En relación a su salud bucodental esta población no cuenta con la accesibilidad a la atención dental privada o institucionalizada, convirtiéndose en un problema para la salud.

El paciente adulto mayor generalmente es portador de prótesis bucales y carecen de información de cómo cuidarlas y asearlas, no tienen el hábito de acudir con el odontólogo, y por lo general acuden sólo cuando se presenta dolor.



9. JUSTIFICACIÓN

Realizar estudios como el presente permite obtener información de primera mano sobre conocimientos que tiene el adulto mayor sobre higiene bucal, cuidado de prótesis, e identificar la deficiencia de conocimientos al igual de ideas erróneas las cuales fueron adquiridas con el paso del tiempo y que no fueron informadas por el odontólogo, éstas fueron adquiridas fuera del consultorio dental.

Esto fue el indicador que tomamos para poder diseñar una estrategia de acuerdo a las necesidades de conocimiento que se requerían por parte del grupo en donde se realizó la investigación

La estrategia que consideramos más adecuada para poder lograr una buena educación para la salud bucal, fue la realización de un cartel ya que éste puede tener un mayor impacto en la población del adulto mayor, por causas de edad, los adultos mayores presentan limitaciones entre las más importantes es la falta de audición, con el cartel solo es necesaria la vista.

10. OBJETIVOS

10.1 Generales

Determinar los conocimientos sobre cuidados de prótesis dentales e higiene bucal, que tienen un grupo de adultos mayores de La Casa de Cultura La Estrella.

10.2 Específicos

- ✓ Determinar el perfil sociodemográfico de los encuestados.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento, sobre cuidados bucales por edad y género.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento, sobre higiene bucal tienen los encuestados por género.
- ✓ Determinar el tiempo promedio de la utilización de prótesis bucales, y de sus prótesis bucales.
- ✓ Determinar el tiempo promedio de la pérdida dental.
- ✓ Determinar la proporción de personas portadoras y no portadoras de prótesis.
- ✓ Determinar la porción de pacientes portadoras de prótesis bucales que recibieron indicaciones de cuidados por parte de su dentista.

11. METODOLOGÍA

11.1 Material y Método

El presente estudio se realizó en la Casa de Cultura la Estrella perteneciente al INAPAM donde están inscritas 30 personas de la tercera edad. Se estableció comunicación formal con la Subdirección de Programas Institucionales a fin de obtener la anuencia para realizar el estudio en dicha institución. La encuestadora se entrevistó con las personas de la tercera edad inscritas a fin de explicarles los objetivos del estudio y solicitar su participación en la aplicación de una encuesta sobre diferentes aspectos de la salud bucodental y utilización y cuidado de las prótesis bucales. A cada uno de los participantes se les aplicó una encuesta y fue llenada por la encuestadora para evitar pérdida de tiempo en caso de que no supieran escribir, que la visión no fuera óptima y en caso de presentar limitantes físicas.

La información obtenida se vació en una matriz de datos utilizando el programa Excel. Con base en los resultados obtenidos se diseñaron los contenidos de un cartel sobre autocuidado de la salud bucodental y de prótesis bucales.

11.2 Tipo de estudio

Transversal

11.3 Población de estudio

Adultos Mayores que asisten a La Casa de Cultura la Estrella.



11.4 Muestra

20 adultos mayores de ambos sexos de La Casa de Cultura la Estrella

11.5 Criterios de inclusión

Adultos mayores que sepan o no leer y que deseen participar en la muestra.

11.6. Criterios de exclusión

Que no asistan el día de la encuesta

11.7 Variables de estudio

- ✓ Genero
- ✓ Edad
- ✓ Conocimientos
- ✓ Hábitos

11.8 Variable independiente y variable dependiente

Independiente: edad y conocimiento

Dependiente: practicas de cuidado de salud bucal

11.9 Operacionalización de las variables

Higiene bucal: Parte fundamental desde el punto de vista terapéutico y preventivo para el logro y preservación de la salud de la boca. Es fundamental la enseñanza a cada paciente de cómo se debe cepillar sus dientes y remover la placa bacteriana instruyéndole adecuadamente sobre los beneficios de la limpieza dental realizada.

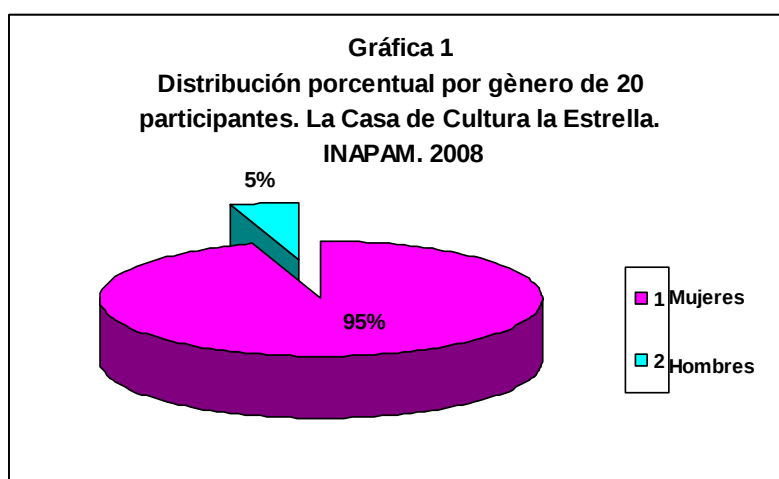
Se determinara en función al uso de auxiliares y frecuencia del cepillado y aseo de prótesis bucales.

Edentación:

Perdida parcial o total de las piezas dentarias transforma el aspecto facial, transforma la dicción, perturba la alimentación modifica la nutrición, altera la expresión, repercute en la mente y los sentimientos y afecta la vida de relación.

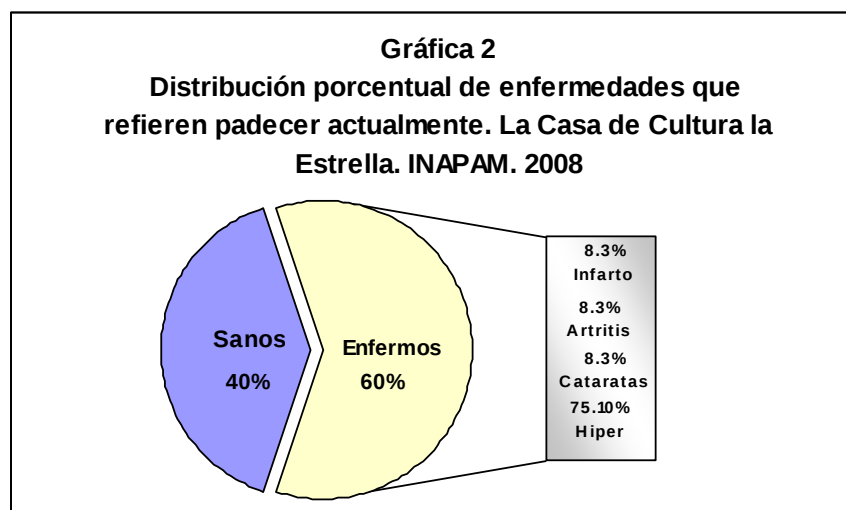
12. RESULTADOS

En La Casa de Cultura La Estrella la población es de 20 participantes de los cuales el 95% (19 participantes) son mujeres, mientras que el 5% (1 participante) era hombre.



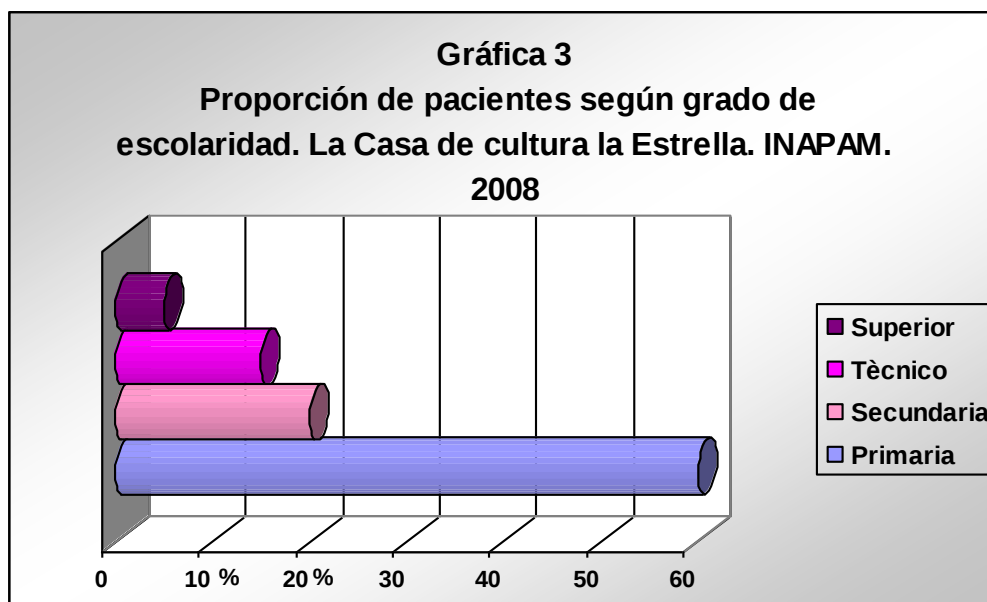
Fuente directa

De los 20 participantes el 40% no presentaban ninguna enfermedad, el 60% presentaban enfermedades sistémicas, hipertensión 75.10%, infartos 8.3%, artritis 8.3 .y enfermedades relacionadas con la edad, cataratas (8.3%)



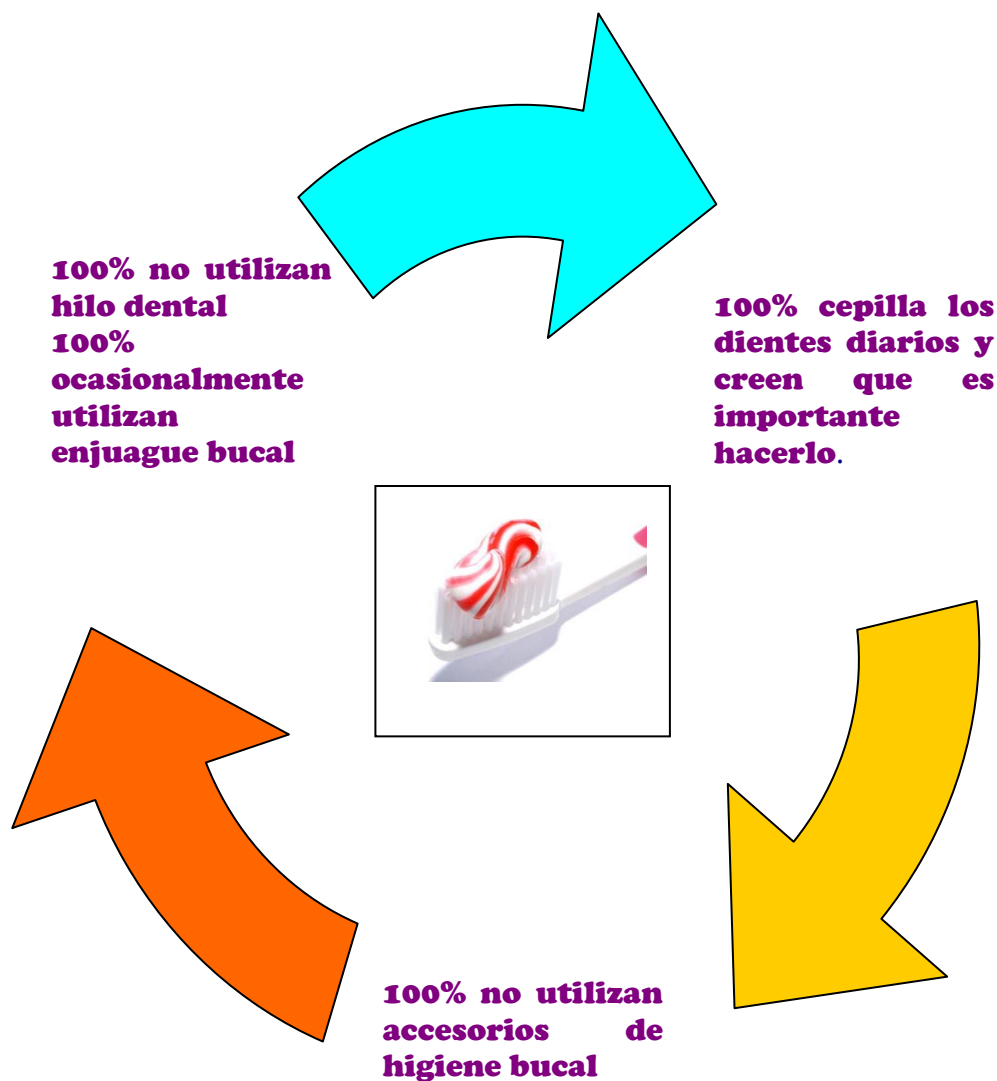
Fuente directa

Los adultos mayores presentan mayor porcentaje de estudios a nivel primaria (60%), la secundaria le sigue (20%), el nivel técnico (15%) y el nivel Superior con (5%).



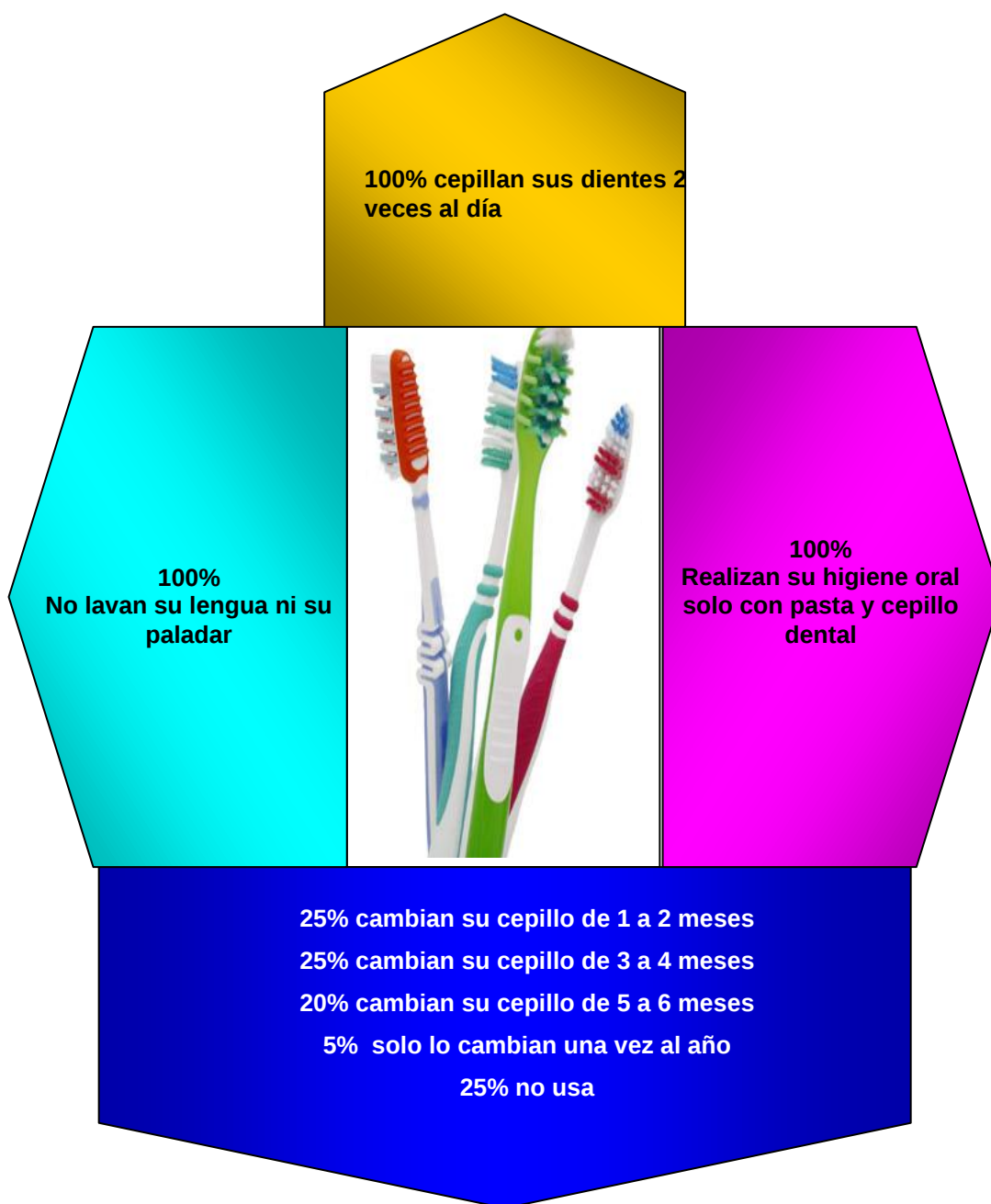
Fuente directa

Grafica. 4 Higiene bucal.
La Casa de Cultura la Estrella. INAPAM. 2008



Fuente directa

**Gráfica. 5 Diferentes aspectos sobre higiene oral.
La Casa de Cultura la Estrella. INAPAM. 2008**



Fuente directa

**Gráfica. 6 Frecuencia de visita al odontólogo.
La Casa de Cultura la Estrella. INAPAM. 2008.**



Fuente directa

En esta tabla se ve reflejado que la ayuda que les proporciona la tarjeta del DF a sido de ayuda ya que todos los encuestados refieren utilizarla (20 participantes) y es parte fundamental de su sostén económico junto con sus pensiones.

La seguridad social esta dada para la mayoría de forma gratuita (14 participantes), teniendo (6 participantes) que acuden al médicos particulares o a salubridad.

Tabla 1 Origen de ingresos y Seguridad Social. La Casa de Cultura la Estrella. INAPAM. 2008.		
Origen de ingresos		
Pensión	Hijos	Tarjeta DF
10	8	20
Seguridad Social		
Si	14	ISSSTE, IMSS
No	6	Particular, SS

Fuente directa

* 12 viven con algún familiar 8 con algún familiar

Tabla. 2 Uso de Prótesis . La casa de cultura la Estrella. INAPAM. 2008.

13 CONSERVAN DIENTES 7 TOTALMENTE DESDENTADOS

**2 PRESENTAN SANGRADO AL
LAVARSE LOS DIENTES Y NO
SABEN LA CAUSA**

**2 NO USAN NINGUN TIPO DE
PRÓTESIS**

**2 PRESENTAN DENTADURA
COMPLETA Y NO UTILIZAN
NINGUNA PRÓTESIS**

Fuente directa

La zona donde hay más edentulismo en el maxilar (50%).

Las prótesis parciales en mandíbula fueron las más utilizadas.

La menos utilizada por este grupo de personas fue la prótesis fija.

Tabla. 3 Tipo de Prótesis que son utilizadas. La Casa de Cultura la Estrella. INAPAM. 2008.		
	MAXILAR SUPERIOR	MANDIBULA
PRÓTESIS FIJA	2	-
PRÓTESIS TOTAL	10	5
PRÓTESIS REMOVIBLE	3	9
NO USAN PROTESIS	2	2

Fuente directa

Grafica. 7 Tiempo de uso de dentaduras.
La Casa de Cultura la Estrella. INAPAM. 2008.



Fuente directa

Grafica. 8 Cuidado e Higiene de Prótesis
La Casa de Cultura la Estrella. INAPAM. 2008.

9 no saben el uso que se les debe dar por las noches
11 tienen prótesis funcionales
7 tiene prótesis no funcionales
6 no han recibido recomendaciones sobre

El cuidado de sus prótesis por parte del odontólogo



100% lavan sus prótesis con cepillo y pasta dental
100% creen que en su prótesis se acumula placa
7 duermen con prótesis
8 no duermen con las prótesis

CONCLUSIONES

- Es importante destacar que el 100% de los encuestados no utilizan aditamentos para su higiene oral.
- Mas del 50% de los encuestados no saben el uso adecuado de la higiene bucal de las prótesis.
- El 100% de los adultos mayores utilizan pasta y cepillo para la higiene de sus prótesis, lo cual es inadecuado debido a que debe de hacer con cepillo y detergente especial.
- Se sugiere que se realicen investigaciones similares en la facultad de odontología de la UNAM, así como indiferentes instituciones debido a que hay escasos estudios publicados y por lo tanto se podrán obtener muestras más amplias en la población. Esto permitirá obtener la frecuencia de los cuidados de las prótesis bucales y con esta información se podrán planificar programas de Educación para la salud bucal dirigidos a Adultos mayores.



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salgado A, Guillen F. Manual de Geriatría. 1ª ed. Ciudad de México: Editorial Salvat, 1994. Pp. 1, 19, 20.
2. Lozada CA. Introducción a la Geriatría. 2ª ed. Ciudad de México: Editorial Méndez Editores, 2000. Pp. 2.
3. Díaz GLM, Castellanos JL, Gay ZO. Series de medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Revista ADM 2005; 62(1): 36-39.
4. Esquivel HRI, Jiménez FJ, Gonzales-Celis RAL, Gazano FAA. Efecto de la depresión en la prevención de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. Revista ADM 2006; 63 (2): 62-68.
5. Rodríguez GR, Lazcano BG. Practica de la Geriatría. 2ª ed. Ciudad de México: Editorial Mc Graw Hill. 2007. Pp. 21-23.
6. www.inegi.gob.mx
7. INAPAM. Memorias del ciclo de conferencias y paneles de discusión. 2004. Secretaria de Desarrollo Social.
8. INAPAM. ¿Quiénes somos y qué hacemos? Secretaria de Desarrollo Social.
9. Robles QMJ. Tesis de Odontogeriatría. Universidad Latina. México D.F. 1989. Pp 14.



10. Marín P P. Manual de Geriatria y Gerontología. 1era. ed. Chile: Editorial Ediciones Universidad Católica de Chile 2002. Pp 193-1997.
11. Rodríguez GR, Morales VJJ, Trujillo de los Santos ZG, Encinas RJE, Hyver WCD. Geriatria. 1era. ed. Cd. México: Editorial Mc.Graw-Hill Interamericana, 2000. Pp 134.
12. Osawa D J Y. Prostodoncia total. 5ta. Ed. Cd. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1995. Pp 28.
13. Sillingburg H T. Fundamentos Esenciales de Prótesis Fija. 1era. ed. Barcelona: Editorial Quintessence, 2002. Pp 1.
14. Rendón YR. Prótesis Parcial Removible. Conceptos actuales y Atlas de Diseño. 1era. Cd. México: Editorial Panamericana, 2006. Pp 1.
15. López MNB. Trastornos, problemas y lesiones principales causadas por prótesis dental. INAPAM. 2003. Pp 5.
16. Winkler S. Prostodoncia Total. 1era. ed. Cd. México: Editorial Limusa. 2002. Pp 418-421.
17. Riethe P. Atlas de Profilaxis de la Caries y Tratamiento Conservador. 1era. ed. Barcelona: Editorial Salvat, 1990. Pp 17-29.
18. Harris NO, García GF. Odontología preventiva primaria. 1ra. ed. México D.F. Editorial manual moderno. 2001. Pp 83-85, 101-105.
19. www.tuobra.unam.mx/publicadas/050121013246.pdf

ANEXOS





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE

EDAD

SEXO M F

PADECE USTED ALGUNA ENFERMEDAD

GRADO DE ESTUDIOS:

1) 1º PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) PREPARATORIA 4) TÉCNICO 5) SUPERIOR 6) NINGUNA

CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL SI NO ☐ ☐ VIVE SOLA(O) SI NO ☐ ☐

ORIGEN DE LO INGRESOS

1) PENSIÓN 2) ESPOSO 3) HIJOS 4) TARJETA DEL DF 5) TRABAJO ACTUAL 6) NO TIENE

¿SE CEPILLA LOS DIENTES? SI NO ☐ ☐

¿POR QUE RAZON?

¿CADA CUANDO CAMBIA SU CEPILLO DE DIENTES?

¿CUÁNTAS VECES SE CEPILLA LOS DIENTES ?

1) DESPUÉS DE CADA COMIDA 2) DOS VECES AL DÍA 3) UNA VEZ AL DÍA 4) A VECES 5) NINGUNA

¿COMO REALIZA SU HIGIENE ORAL?

1) PASTA, CEPILLO E HILO DENTAL 2) PASTA CEPILLO 3) CEPILLO 4) NINGUNO

¿UTILIZA ADITAMENTOS? (HILO DENTAL, LIMPIADOR DE LENGUA,)

¿UTILIZA ENJUAGUE BUCAL?

¿CON QUÉ FRECUENCIA CAMBIAS TU CEPILLO DE DIENTES?

1) 4 VECES AL AÑO 2) 2 VECES AL AÑO 3) 1 VEZ AL AÑO 4) NO LO CAMBIO

¿CREE QUE EL CEPILLADO DIARIO ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DE ENCIAS Y DIENTES?

¿CREEN QUE SEA NECESARIO LAVARSE LOS DIENTES DESPUES DE CADA COMIDA?

¿USTED LAVA LA LENGUA Y EL PALADAR?



¿CUANDO SE CEPILLA LOS DIENTES HAY SANGRADO?
¿A QUE CREE USTED QUE SE DEBA?

SI

NO

¿CADA CUANDO ASISTE AL DENTISTA?

1) 1 VEZ AL AÑO 2) 2 VECES AL AÑO 3) SÓLO CUANDO ME DUELE UN DIENTE 4) NO VOY

¿CREE QUE ES SU CEPILLADO SEA EFICIENTE?

¿POR QUE?

¿UTILIZA PROTESIS?

¿QUE TIPO DE PROTESIS USA?

¿HACE CUANTO TIEMPO UTILIZA PROTESIS?

¿USTED CREE QUE ES FUNCIONAL?

¿LAVA O ENJUAGA SU PROTESIS?

¿COMO LAVA SU PROTESIS?

¿CREE QUE ES NECESARIO LAVAR LAS PROTESIS DESPUES DE CADA COMIDA?

USTED CREE QUE SEA POSIBLE QUE EN SU PLACA SE ACUMULE MASILLA (PLACA)

¿DUERME CON ELLAS? SI NO

¿USTED SABE QUE USO LE DEBE DE DAR POR LAS NOCHES A SU DENTADURA?

SU DENTISTA LE DIO RECOMENDACIONES DE CÓMO DEBE DE CUIDAR SUS PROTESIS



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
JEFATURA DE ODONTOLOGIA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Oficio: 19/02/08
Asunto: Solicitud de apoyo

Lic. Alma Delia Ortiz R.
Subdirectora de Coordinación de Programas Institucionales
Presente

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad me dirijo a ud. para solicitar su apoyo a fin de que Nallieli Eslava Galicia quien está inscrita en el Seminario de Titulación en Educación para la Salud pueda realizar su trabajo de tesis en la institución a su digno cargo levantando información epidemiológica sobre diferentes aspectos del cuidado de la salud bucodental y uso de prótesis bucales en pacientes de la tercera edad.

Asimismo le informo que el cuestionario no representan riesgo alguno para los encuestados y se les informará sobre los objetivos del estudio para que firmen de conformidad si desean participar. De igual forma, nos comprometemos a diseñar un póster sobre cuidado de la salud bucal en el paciente de la tercera edad dirigido al autocuidado de la salud bucodental y utilización de cualquier tipo de prótesis bucal.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 14 de febrero del 2008.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



Recibi en
Rosa Iba Juárez
27/02/08