



160
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS
DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
(ADOLESCENCIA, ADULTO JOVEN,
EDAD ADULTA Y SENECTUD)**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARI CRUZ GALLARDO REYES

Mari Cruz Gallardo Reyes
DIRECTORA: DRA. BLANCA SUSANA OBREGÓN CASTELLANOS
ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



México. D. F.

200



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.

Pedí fuerza... Dios me dio dificultades para hacerme fuerte.

Pedí sabiduría... Dios me dio problemas para resolver.

Pedí prosperidad... Dios me dio cerebro y músculos para trabajar.

Pedí valor... Dios me dio obstáculos para superar.

*Pedí amor... Dios me dio personas con problemas, a las cuales
ayudar.*

Pedí favores... Dios me dio oportunidades.

*YO no recibí nada de lo que pedí... Pero he recibido todo lo que
necesitaba.*

MAR & CRUZ

INDICE

INTRODUCCIÓN

1.ANTECEDENTES.....	1
1.1.SITUACIÓN GEOGRÁFICA	
1.2 INFRAESTRUCTURA	
2.HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.....	5
2.1.1. ETAPA PREPATOGENICA O PRECLÍNICA	
2.1.2.ETAPA PATOGENICA O CLÍNICA	
2.1.3.INHALBILIDAD, RESTITUCIÓN, REINTEGRACIÓN Y/O LA MUERTE	
2.2.1 NIVELES DE PREVENCIÓN	
3.DETERMINANDES DE LA SALUD BUCODENTAL.....	11
3.1 CARIES	
3.2 LA PELÍCULA DENTAL ADQUIRIDA.	
3.3 LA PLACA DENTOBACTERIANA	
3.4 EFECTOS DE LA PLACA DENTAL	
3.5 LOS PRINCIPALES MICROORGANISMOS CARIOGÉNICOS	
3.6 SALIVA	
3.7 GINGIVITIS	
4. ECOLOGÍA DE LA BOCA:.....	22
5. CONTROL DE LA HIGIENE BUCAL.....	28
6. TÉCNICAS DE CEPILLADO.....	29

INTRODUCCIÓN

Lo más destacable dentro de la implementación de un Programa de Salud, es la utilidad que genera para el estudio de los indicadores de la salud en la comunidad, en cuanto a los condicionantes socioeconómico, cultural y asistencial.

De esta manera se debe considerar de un modo especial todo lo relativo al estudio de los factores de riesgo , que inciden sobre la salud de la comunidad, con todos los determinantes: biológicos, socioculturales y conductuales implicados, por lo que se hace necesario el conocimiento de índices socioeconómicos, de calidad de vida, en redes intersectoriales, por lo tanto los Programas de Salud, se han de considerar en un sentido multidisciplinario y con una concepción holística.

El subdesarrollo, la pobreza y la ignorancia entre otros factores llevan a la enfermedad; “la ignorancia y la miseria son los mayores obstáculos para la salud de los pueblos”, según la OMS. Pero recordemos que el subdesarrollo comienza por las personas al no sentir estas sus necesidades. De aquí que con unas adecuadas campañas de Educación Para la Salud, se motive a la participación activa de la comunidad en la detección de sus propias prioridades de Salud Bucal, y no sólo sean receptores pasivos de tratamientos de rehabilitación dental. He aquí como la implementación de este tipo de programas busca una orientación y educación para la población, procurando acciones de promoción de la salud dentro de la propia comunidad.

El éxito que se alcance con la aplicación de medidas preventivas debe ir de la mano en la lucha contra la ignorancia de las personas; los fracasos y obstáculos de estas acciones, plantearían un nuevo enfoque del Programa

1 ANTECEDENTES

Población aproximada de 9995 habitantes 4995 hombres y 5000 mujeres conforman la Colonia "La Laguna" , zona urbana asentada sobre mantos acuíferos, que se fundó hace 50 años, ubicada dentro del municipio de Tlalnepantla, Estado de México; que tiene una población total de 721,415 habitantes , 350,158 hombres y 371,257 mujeres

1.1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA

MUNICIPIO DE TLALNEPANTLA.- Representa el 0.31% de la superficie del Estado de México, delimitada al Norte con los Municipios de Atizapán de Zaragoza, Cuautitlán Izcali, Tultitlán y el Distrito Federal; al Este con el Distrito Federal y con el municipio de Naucalpan y al Oeste con los municipios de Naucalpan y Atizapán de Zaragoza.

COLONIA LA LAGUNA, delimitada : al Norte, con la Colonia Marina Nacional, al Sur colinda con Periférico; al Oriente, colinda con la Col. Altavilla Ecatepec y al Poniente con la Autopista México-Pachuca.

Tlalnepantla de Baz, tiene una altitud de 22.50 metros sobre el nivel del mar
Coordenadas geográficas extremas. Al norte 19°35'; al sur 19°30' de latitud norte; al este 99°05' y al oeste 99°15' de longitud oeste.

Ubicación de la colonia La Laguna, perteneciente al Municipio de Tlalnepantla.

1.2 INFRAESTRUCTURA

EDUCACIÓN

- ❖ Cuenta con: 4 pre-primarias y 1 primaria del sector privado
- ❖ Cuentan con 1 primaria pública
- ❖ Sin servicio de enseñanza secundaria
- ❖ Se encuentra abandonado un plantel de enseñanza media superior (bachilleres)

SALUD

Se dispone de un Centro Salud que brinda atención médica a las 4 colonias delimitantes de La Laguna.

Se cuenta con servicio privado médico-odontológico para toda la colonia de aproximadamente 6 consultorios: de los cuales 4 son médicos y 3 dentales .



ABASTO

Cuenta con: 1 tienda de Autoservicio y un mercado sobre ruedas que se instala dos veces por semana.

RELIGIÓN

Los habitantes practican la religión católica y algunos son protestantes.

2.HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Según el modelo esquemático desarrollado por Leavell y Clark para representar las diferentes etapas de salud y enfermedad de un individuo. La enfermedad se presenta por un flecha que inicia un camino en la primera fase de la salud y termina en la inhabilidad, restitución, reintegración y/o la muerte. En el modelo, la primera manifestación de desequilibrio está referida como:

2.1.1 ETAPA PREPATOGENICA O PRECLINICA (SUSCEPTIBILIDAD)

En este período los signos y síntomas de la enfermedad no son evidentes, se caracteriza porque en él están presentes los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Estos factores pueden ser:

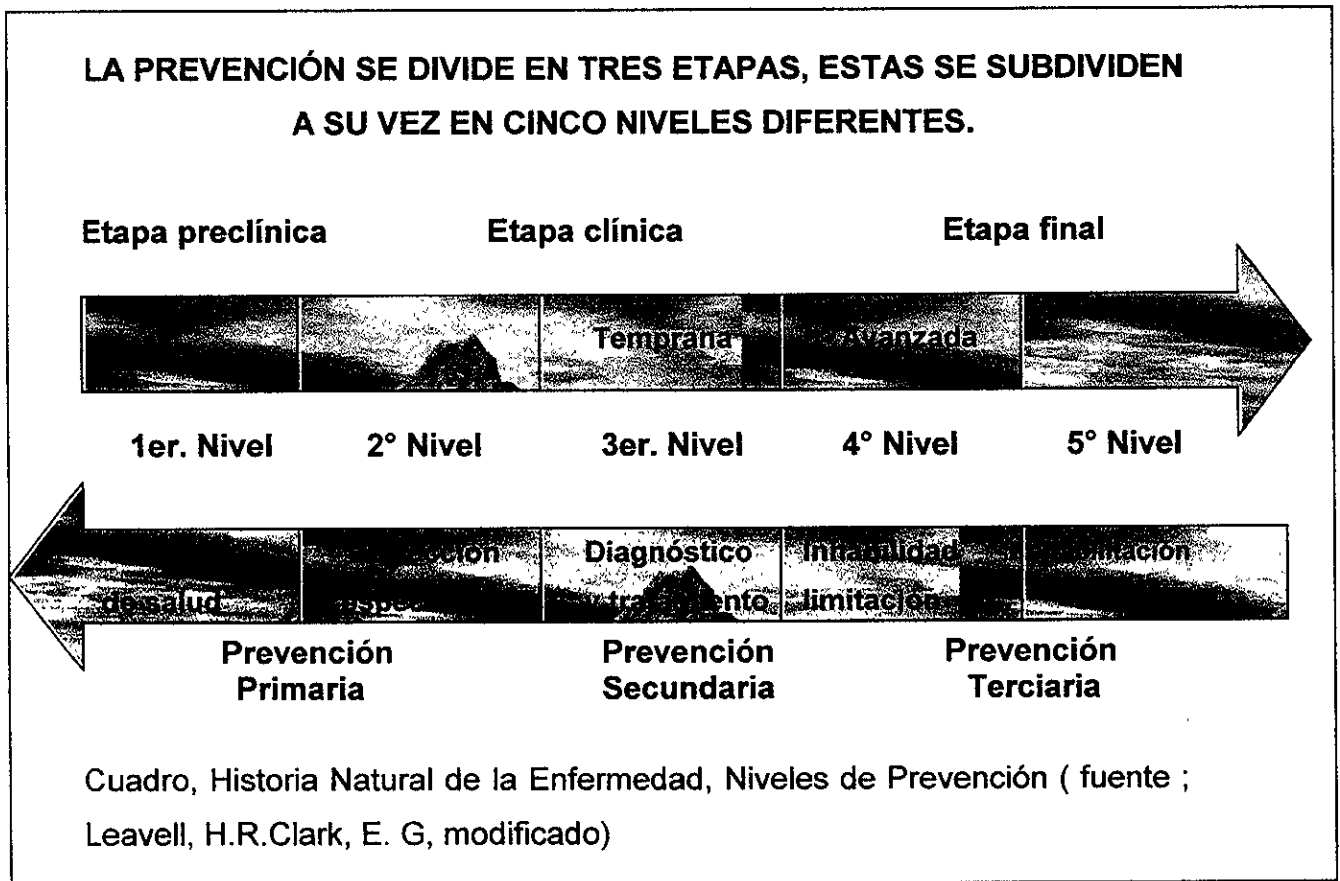
- ❖ Ambientales (bacterias, virus, productos químicos)
- ❖ Conductuales (consumo excesivo de azúcar)
- ❖ Endógenos (predisposición familiar, sexo, edad).
- ❖ Origen mixto, (enfermedad infecciosa de carácter oportunista como la caries)

El factor predisponente no es absolutamente necesario para que se produzca la enfermedad, la cual puede ocurrir en su ausencia , pero su presencia se asocia a una probabilidad incrementada de aparición de la afección. Éste sería el caso de los factores de riesgo (disminución del flujo salival, tabaquismo, presencia de restauraciones desbordantes, etc.)

Los factores de riesgo pueden ser inmutables o susceptibles de cambio. *La edad, el sexo y la historia familiar son factores inmutables*, que no pueden ser modificados, pero ayudan a identificar a los grupos de personas que requieren mayor vigilancia y supervisión. Otros factores, en cambio, son susceptibles de modificación. En la mayoría de enfermedades bucodentales,

por una enfermedad de recubrimientos pulpares o tratamientos endodónticos en general.

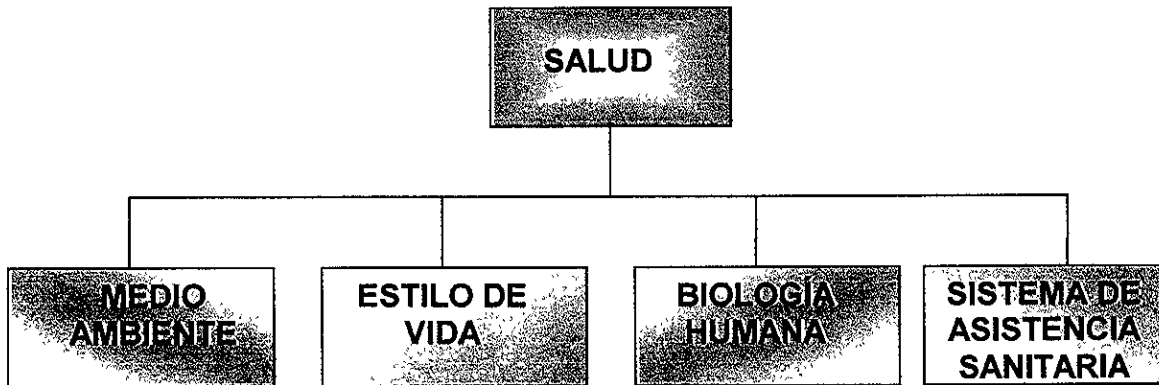
- ❖ QUINTO SUBNIVEL (rehabilitación).- Este nivel comprende la rehabilitación física, fisiológica y social. Las prótesis fijas y removibles, prótesis totales, coronas y la rehabilitación bucal.



El propósito fundamental de la prevención, es considerar al individuo como un todo, la odontología preventiva es la suma de esfuerzos y técnicas dedicadas a la promoción, mantenimiento y / o la restitución de la salud bucal.

3 DETERMINANDES DE LA SALUD BUCODENTAL

En 1974, Lalonde, analizó la cuestión de los Determinantes de la Salud y construyó un modelo que ha pasado a ser clásico en Salud Pública.



Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

- 1) La Biología Humana (genética, envejecimiento)
- 2) El Medio Ambiente (contaminación física, química y biológica, psicosocial y sociocultural).
- 3) El Estilo de Vida (conducta de salud)
- 4) El Sistema de Asistencia Sanitaria.

De estas cuatro variables, una apenas puede modificarse -la biología humana-, pero las otras sí son susceptibles de alteraciones.

Se muestran las proteínas presentes en la película dental adquirida, su origen, el tipo de carga y la posible interacción que tienen con algunas estructuras de las bacterias.(Tabla 1)

Funciones de la película dental adquirida:

- ❖ Proteger de la superficie del esmalte
- ❖ Influir en la adherencia de los microorganismos orales.
- ❖ Servir como un sustrato para los microorganismos absorbidos.
- ❖ Formar un reservorio de iones protectores, incluyendo el fluoruro.
- ❖ Resistir a las acciones abrasivas.

PROTEÍNAS CONSTITUYENTES DE LA PELÍCULA ADQUIRIDA

Proteínas	Origen	Carga	Posible interacción con las bacterias
Glucoproteínas fosforilada	Submandibular y saliva sublingual	Negativa	Con calcio como ligamente
Amilasa	Submandibular/sublingual y saliva parotídea	Neutra	Con polisacáridos extracelulares
Lisozima	Producto bacteriano	Positiva	Puede unirse a g+ de la pared celular bacteriana.
Glucosiltransferasa	Producto bacteriano	Puede ser negativa	Afinidad por diferentes sólidos. Se une con polisacáridos extracelulares.
IgA e IgG	Exudado sérico gingival o de la secreción salival	Neutro	Puede unirse específicamente a algunas proteínas.
Albumina	Suero	Negativa	Interacciona con lípidos (alta bacteriana).

TABLA 1.

el adosamiento selectivo y por el crecimiento simultáneo de las bacterias adheridas en forma de microcolonias. Los agregados bacterianos aumentan de tamaño para incrementar en depósitos más grandes que forman la matriz microbiana. El proceso de acumulación, crecimiento y cohesión continúa hasta que la masa de la placa, a menudo con más de 100 células bacterianas en su espesor, no crece más, debido a la abrasión producida por los movimientos fisiológicos bucales y por la acción limpiadora de la saliva.

Los factores principales que determinan la estructura de la placa son.

- ❖ La velocidad a la cual un individuo forma la placa.
- ❖ El lapso en que la placa se ha acumulado.
- ❖ Las poblaciones de bacterias a las cuales el individuo está expuesto y como éstas han podido colonizar con éxito.
- ❖ El sitio del diente del cual fue recogida la placa.
- ❖ El estado de salud de los tejidos circundantes.

3.4 EFECTOS DE LA PLACA DENTAL

Interviene en la etiología de la caries dental; además, la enfermedad periodontal y los streptococcus sanguis y mutans, encontrados en la misma han sido implicados en numerosos casos de **endocarditis bacteriana**.

3.5 LOS PRINCIPALES MICROORGANISMOS CARIOGÉNICOS EN SALIVA Y PLACA DENTOBACTERIANA

Se ha observado que diversos organismos son capaces de producir lesiones cariosas, entre los que se incluyen los streptococcus mutans (varias cepas), una cepa de streptococcus salivarius, una cepa de s. milleri, s. sanguis (varias cepas), peptostreptococcus intermedius, una cepa de lactobacillus

4. ECOLOGÍA DE LA BOCA:

La boca, alberga innumerables microorganismos en un ecosistema de complejidad considerable que aún no ha sido investigado en su totalidad y que está lejos de ser comprendido en su total magnitud.

En la actualidad se reconoce que los dientes, el surco gingival, la lengua, otras superficies mucosas y la saliva, forman sitios diferentes donde los microorganismos se multiplican y cada zona contiene su propia población característica.

4.1.1.DESARROLLO DE LA FLORA BUCAL

NACIMIENTO

La boca del feto a término, es generalmente neutra, aunque puede adquirir microorganismos transitorios al contacto con la vagina en el nacimiento.

La boca del recién nacido, adquiere microorganismos con rapidez, de la madre y también del ambiente. Pueden aislarse varias especies de estreptococos y estafilococos, coliformes, lactobacilos, bacilos y levaduras. El más común que se aísla de la boca de los recién nacidos es el streptococcus albus, las especies neisseria y veillonella dan forma al conglomerado inicial.

INFANCIA Y NIÑEZ

El lactante, siempre estará en contacto con una variedad creciente de microorganismos comensales y ambientales, algunos de los cuales se establecerán y desarrollarán en la cavidad bucal. La erupción de los dientes temporales proporciona una superficie diferente para la adherencia microbiana; esta se caracteriza por la aparición de streptococcus sanguis y mutans como habitantes regulares de la cavidad bucal.

sitios de la boca y este hecho invalida en algo las diversas pruebas cuantitativas que en un tiempo se usaban para determinar la susceptibilidad de la caries dental.

Las cuentas salivales pueden ser útiles para detectar a los portadores de *Candida albicans* o de estreptococos betahemolíticos. La pretensión de aislar estos microorganismos es quizá la única indicación actual para tomar una muestra salival para examen bacteriológico, aunque la saliva puede ser útil para el aislamiento de virus.

DENTADURA POSTIZAS Y OTROS APARATOS INTRABUCALES.

Cualquier dispositivo usado en la boca por un período considerable, será colonizado con microorganismos y esto puede alterar la flora bucal. Los aparatos ortodónticos fijos a menudo presentan cantidades considerables de placa supragingival y las restauraciones, en especial las realizadas en forma deficiente, también albergan placa dental.

Los aparatos removibles tienen la ventaja de poder lavarse en forma apropiada y permiten despejar las áreas de acumulación de placa. En particular se multiplicarán las levaduras y los lactobacilos sobre cualquier superficie mucosa protegida del flujo salival.

Los ganchos y otras partes del dispositivo que producen estancamiento facilitarán la formación de placa dental. Los aparatos de acrílico retienen una flora más densa que el metal, tal vez por que son ligeramente porosos y se rayan con facilidad, produciendo áreas donde los microbios pueden ser retenidos, se sabe que en estas dentaduras pueden ser cultivados *Candida albicans* en gran número.

5. CONTROL DE LA HIGIENE BUCAL

Hasta la fecha el método más seguro y eficaz para controlar la placa es la limpieza mecánica, con cepillo de dientes y otros auxiliares de la higiene bucal. aunque también han surgido avances considerables como son inhibidores químicos incorporados a enjuagues y dentífricos presentes en una variedad de marcas comerciales disponibles al público.

Dentro de los medios mecánicos encontramos las técnicas de higiene, así como los elementos útiles para la higiene oral: cepillos dentales, hilo o seda dental, palillos dentífricos, etc.

5.1.1 CEPILLOS DENTALES

Los cepillos dentales los podemos encontrar en una diversidad en tamaño, forma y textura, y pueden ser utilizados manualmente o ser activados por un motor.

Un cepillo dental ideal debe reunir determinadas características que permitan un fácil manejo y accesibilidad de la boca.

- ❖ Cerdas a un mismo nivel con sus extremos redondeados
- ❖ Penachos múltiples (45 filamentos de plástico (nylon) por mm , con un diámetro de 18mm y no exceda de 0.21 mm, su altura que no sobrepase de 10 a 11 mm.
- ❖ Cabeza o parte activa corta (2.3cm.) de largo y 9 a 10 mm de ancho
- ❖ Mango recto (15cm), recto y levemente flexible.
- ❖ Textura mediano o suavemente mediano

Se recomienda el nylon a la cerda natural, ya que el nylon permite filamentos del diámetro adecuado y uniforme, esta fibra no se parte, y por lo tanto permite redondear sus extremos por medios mecánicos, tampoco absorbe

humedad, lo que permite que su textura y resistencia perduren por más tiempo, además es de menor costo.

El uso del cepillo eléctrico se recomienda para personas con algún tipo de imposibilidad física o psicológica, pacientes con poca habilidad psicomotora y niños. Sin embargo, cuenta con una gran desventaja, que el paciente hace responsable al cepillo de la técnica empleada, y estos cepillo son poco eficientes en la eliminación de detritus.

Aunque todas las cualidades descritas son relativamente insignificantes en relación a la cualidad esencial de ser capaz de remover la placa dentobacteriana de los dientes

6 TÉCNICAS DE CEPILLADO

Los estudios controlados que valoran la eficacia de las técnicas de cepillado más usuales demuestran que ninguna es superior en forma notable. La técnica de barrido, es probablemente la forma más usual de cepillado, para los pacientes con enfermedad periodontal.

Las técnicas de higiene bucal tienen como objeto: eliminar y controlar la placa dentobacteriana al desprendimiento mediante el roce de las cerdas. mantención de la higiene bucal al eliminar los restos de alimentos adheridos a los dientes.

Para indicar una técnica determinada se debe considerar la edad del paciente, grado de motivación, habilidad manual o interés para aprender los procedimientos indicados y estado psíquico.

Para efectuar la técnica de cepillado, debemos dividir en zonas a la cavidad bucal, tanto por vestibular como por palatino o lingual en ambos arcos dentarios (superior e inferior).

Las superficies palatina y lingual de molares y premolares pueden cepillarse de forma similar, sin embargo para los dientes anteriores el cepillo debe ubicarse en forma vertical utilizando sólo el extremo de la parte activa accionándola en la misma forma que para las caras vestibulares.

Secuencia de las posiciones

La técnica de Bass requiere casi 40 posiciones distintas del cepillo dental para cubrir toda la dentadura. No obstante, la boca de cada paciente debe dividirse en secciones y se prescribe una secuencia sistemática de limpieza individual.

VENTAJAS.

La técnica de Bass ofrece las siguientes ventajas sobre otras técnicas

1. Los movimientos cortos hacia delante y atrás se denominan con facilidad porque requiere el mismo movimiento simple conocido por la mayoría de los pacientes que están acostumbrados a la todavía popular técnica de barrido; excepto por la posición surcular de las cerdas a 45° y un movimiento considerablemente corto, no hay ninguna diferencia entre los dos métodos.
2. Concentra la acción de limpieza en las porciones cervical e interproximal de los dientes, en donde la placa microbiana es más nociva para la encía.

El método preferido de cepillado consiste en agarrar un lado de la prótesis con los dedos, mientras se limpia el lado opuesto. Se debe cepillar la prótesis sobre un tazón o recipiente lleno parcialmente de agua para reducir el daño al caer la prótesis.

Con los cepillos de pequeñas cabezas o los especiales para los espacios, es posible asear los dientes aislados, aunque frotarlos con una cinta de gasa es un buen sistema. La manera ideal en que los ancianos pueden limpiar sus dientes es sentarse frente a un lavamanos y usar un espejo para observar lo que están haciendo

Se le indicará al paciente que el cepillado de las prótesis será por lo menos dos veces al día y enjuagarse después de las comidas cada vez que sea factible. Se quitará la prótesis de la boca y se limpiará con un cepillo blando con detergente líquido como medio de limpieza. La pasta dental común contienen un abrasivo que desgastará la superficie de la resina acrílica. Una vez por semana, las prótesis se dejan en un vaso de agua que contenga una cucharadita de claradol durante 30 minutos para eliminar una gran parte de manchas. Después se enjuagaran perfectamente la (s) prótesis.

Asimismo se cepillan diariamente con cepillo blando las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua.

Este procedimiento proporciona estimulación de la mucosa u olores desagradables.

7 ADOLESCENCIA

Etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

DESARROLLO FÍSICO

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.

8. ADULTO JÓVEN

Comprende de la edad de 19 a 35 años. El desarrollo psicológico adquiere un nuevo carisma en la adultez por que ya no proviene del puro crecimiento físico y la rápida adquisición de nuevas habilidades cognoscitivas. El crecimiento adulto está en gran parte definido en términos de mitos sociales y culturales. Al tiempo que los jóvenes luchan por hacerse autosuficientes de la sociedad, terminan con la dependencia y asumen responsabilidades hacia sí mismos y los demás.

Los relojes biológicos, una forma de cronómetro interno para los hechos sociales se emplean para seguir el proceso de los adultos de una etapa a la siguiente. La afirmación de los adultos de sus avances está influida por las expectativas sociales, que, como al haber cambiado de forma radical en los últimos años, han borrado los períodos de la existencia. También existe una conciencia que en sí misma la edad cronológica tiene poco significado. Este proviene del análisis de la edad biológica, social y psicológica del individuo, así como de sus habilidades de afrontamiento.

Los estudios longitudinales parecen indicar que el desarrollo cognoscitivo no se detiene con la adolescencia, aún cuando no haya un acuerdo completo sobre qué habilidades cambian y cómo. Se dice que la aparición del pensamiento dialéctico, las responsabilidades, los compromisos, el uso flexible de la inteligencia y los sistemas de significado en la evolución como algunas de las características destrezas cognoscitivas de los jóvenes.

Muchos expertos recurren a la teoría de las etapas psicosociales de Erikson para definir las principales tareas del desarrollo en este período. Según Erikson, éstas son establecidas de la identidad e intimidad.

9. EDAD ADULTA

La mediana edad va aproximadamente de los 36 a los 59 años, pero el lapso varia según las reacciones individuales a diversos indicios sociales físicos y psicológicos. Esto puede ser una época de realización y liderazgo o bien de agitaciones e insatisfacción. Aunque la mayoría siente mayor control sobre su vida que nunca antes, otros sufren varias crisis físicas y emocionales y creen que se trata de un periodo de declinación. En algunos existe el sentimiento de que el tiempo pasa volando y la conciencia de que tal vez jamás se alcancen las metas anteriores.

La forma en que la gente reacciona a la llegada de esa edad determina que sea un período de transición o crecimiento o bien de crisis de la mitad de la vida, aquellos que ven la madurez como una época de transición perciben el desarrollo como una serie de grandes acontecimientos vitales esperados, mientras que los que adoptan el modelo de crisis ven los cambios normados del desarrollo en términos de crisis predecibles

El funcionamiento biológico, intelectual y de personalidad durante la mediana edad tiene elementos de continuidad y de cambio las habilidades físicas se nivelan y aparecen los primeros signos de envejecimiento. Algunas funciones orgánicas comienzan a declinar y ocurren cambios internos. Es posible reducir muchos de los efectos desagradables del envejecimiento como ejercicio, dieta y buenos hábitos de vida.

Las mujeres pasan por cambios emocionales y físicos relacionados con las hormonas reproductivas. En general la menopausia sucede entre los 48 y los 51 años, quizá haya síntomas físicos y emocionales, pero muchos informan que el cese de la menstruación no las cambia de ninguna manera. La terapia de sustitución de hormonas se emplea a veces para aliviar los síntomas mediatos e inmediatos, incluyendo la osteoporosis. Aunque los hombres no

10 SENECTUD

La GERONTOLOGÍA, ciencia que se ocupa de las personas mayores y en especial de los aspectos sociales y de conducta del envejecimiento. Aunque este proceso abarca toda la vida y sus efectos varían según el individuo, se considera que la tercera edad comienza a los 65 años. Desde 1920, el número de personas en las sociedades industrializadas que llegan a la tercera edad ha aumentado de forma considerable.

El interés creciente por la geriatría se debe al incremento progresivo del número de ancianos en la sociedad. Este fenómeno se debe a los progresos médicos y sociales, que han elevado la esperanza de vida en occidente desde los 47 años de 1900 hasta los 75-77 años de 1990. Se espera que la población anciana se incremente aún más en las próximas décadas, especialmente los mayores de 85 años.

En los países en vías de desarrollo, a medida que se van eliminando las enfermedades infantiles y mejora la sanidad, la esperanza de vida también va aumentando, en México es de 75 años.

PROBLEMAS DE LA TERCERA EDAD

Entre los problemas de salud se encuentran la pérdida normal de audición, visión y memoria, enfermedad de Alzheimer, Parkinson y la mayor incidencia de enfermedades crónicas.. Estas pérdidas son graduales y avanzan a diferentes velocidades según el individuo. De hecho, muchas personas no experimentan este tipo de pérdidas hasta muy avanzada edad (por encima de los 80 años) y la gran mayoría de las personas mayores aprenden a adaptarse a las limitaciones de sus problemas de salud

11 MEDICIÓN DE LA SALUD

La medición de los niveles de salud o enfermedad de una comunidad plantea, determinados problemas, derivados precisamente de las características del “paciente comunidad.” Lo que obliga al establecimiento de unas normas a seguir, que van desde la determinación de unos criterios diagnósticos de la enfermedad, hasta la utilización de instrumentos de medida-indicadores, índices-, así como el uso de una metodología determinada en los procedimientos del examinador.

La medición de la enfermedad

La morbilidad, es decir, la presencia de enfermedad en un individuo o en una población, puede medirse de distintas formas. Clásicamente la morbilidad se mide por la prevalencia o por la incidencia.

La prevalencia, de una enfermedad o condición, en una población determinada, equivale al número total de casos existentes en un momento dado. Es por tanto un dato estadístico

En una enfermedad de carácter crónico como la caries, la prevalencia sería “la cantidad de caries” en un momento dado y representaría la historia anterior y actual de caries de esa comunidad.

La incidencia de una enfermedad, o condición equivale a la “frecuencia de nuevos casos aparecidos en una población dada”, en un período de tiempo determinado. La medición de la incidencia, constituye un dato dinámico. Implica el conocimiento anterior y posterior y una comparación entre ambos resultados. En el caso de la caries, la incidencia sería la expresión de nuevas unidades- individuos, dientes o superficies modificadas en un período de tiempo determinado.

de múltiples índices de enfermedad periodontal. Ello es debido a la dificultad de encontrar un índice que permita estandarizar adecuadamente los distintos signos clínicos que facilitan el diagnóstico de este grupo de enfermedades . La identificación de muchos de estos signos – modificación de la textura, el color de las encías, la profundidad de las bolsas y de la pérdida ósea- está sometida a un grado de subjetividad y depende de los criterios y condiciones del examinador, de una forma más acentuada que en la enfermedad de caries.

Las condiciones de un buen índice para estudios de prevalencia de enfermedad periodontal han sido definidas por Davies en los siguientes términos:

1. Debe ser sencillo de usar y tiene que permitir el estudio de un número amplio de individuos en poco tiempo y a un costo mínimo.
2. Los criterios que definen los componentes de un índice deben ser claros, fácilmente comprensibles, y permitir una fiabilidad diagnóstica entre los examinadores.
3. Debe permitir el análisis estadístico.
4. si el índice se utiliza para describir los niveles de severidad de la enfermedad, debe ser adecuadamente sensible a lo largo de una escala y tienen que indicar razonablemente los distintos estadios de la enfermedad.

Hasta el momento, no existe un índice ideal para las enfermedades periodontales, y la aparición de muchos de ellos ha sido paralela a las distintas etapas en la investigación de estas enfermedades. Una excelente revisión de este tema es la de Ainamo en el libro de Lindhe Periodontología clínica.

Una característica de las enfermedades periodontales es la de su reversibilidad-espontánea o terapéutica- de algunos de los signos que aparecen a lo largo de su historia natural. Este hecho determina, asimismo, la presencia de índices reversibles e irreversibles.

12 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La necesidad de cubrir necesidades de la población en cuanto a la escasa información y promoción de Educación para la Salud Bucal en la población, surge la necesidad de implementar un Programa de Salud que tenga como finalidad la de brindar conocimientos para crear un autocuidado bucodental, mediante instrucción y técnicas dentales adecuadas para cada grupo etáreo de la comunidad como lo son: adolescentes, adulto joven, edad adulta y senectud.

13 JUSTIFICACIÓN

Debido a la etiología multifactorial de las enfermedades , es necesario diseñar e instaurar Programas de Salud, para los distintos grupos etáreos: (adolescentes, adulto joven, edad adulta y senectud).

De ahí mi interés por estudiar los padecimientos propios de los grupos etáreos para desarrollar las técnicas didácticas propias para cada uno de los grupos.

12 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La necesidad de cubrir necesidades de la población en cuanto a la escasa información y promoción de Educación para la Salud Bucal en la población, surge la necesidad de implementar un Programa de Salud que tenga como finalidad la de brindar conocimientos para crear un autocuidado bucodental, mediante instrucción y técnicas dentales adecuadas para cada grupo etáreo de la comunidad como lo son: adolescentes, adulto joven, edad adulta y senectud.

13 JUSTIFICACIÓN

Debido a la etiología multifactorial de las enfermedades , es necesario diseñar e instaurar Programas de Salud, para los distintos grupos etáreos: (adolescentes, adulto joven, edad adulta y senectud).

De ahí mi interés por estudiar los padecimientos propios de los grupos etáreos para desarrollar las técnicas didácticas propias para cada uno de los grupos.

14 OBJETIVOS

14.1.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar medidas preventivas a nivel individual y comunitario a partir del conocimiento e importancia del auto-cuidado bucodental . Implementar Programas de Educación de Salud Bucal para los grupos etáreos (adolescente, adulto joven, edad adulta y senectud)

14.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Atención al paciente: adolescente, adulto joven, adulto y senecto sobre el cuidado personal, fomentando el auto-cuidado, motivar y lograr a la vez una difusión a otros grupos etáreos como son los preescolares y escolares
- 2) Orientación específica sobre enfermedades bucodentales que afectan a cada grupo etáreo
- 3) Orientación al mantenimiento e higiene de la prótesis dental
- 4) Proporcionar orientación para la ingesta de alimentos libres de agentes cariogénicos en los diferentes grupos etáreos
- 5) Instruir mediante pláticas y otros métodos sobre la técnica de cepillado, uso de hilo dental, control de placa dentobacteriana, así como de la auto-observación para detectar alteraciones en cavidad bucal.

15 METAS

15.1.1 META A CORTO PLAZO

Crear conciencia y lograr la difusión sobre el autocuidado bucodental entre los individuos de los diferentes grupos etáreos existentes.

15.1.2 META A LARGO PLAZO

Desarrollar la cultura del autocuidado para erradicar los hábitos nocivos higiénico-alimentarios, prevenir enfermedades bucodentales mediante la detección precoz por medio de la auto-observación y autocontrol en los diferentes grupos etáreos: adolescentes, adulto joven, edad adulta y senecto, (aunque éste propósito quizá no sea observado por nosotros.)

16 METODOLOGÍA

16.1.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población de 178 individuos, de la cual se tomo una muestra de 78 personas que asistieron a recibir servicio Bucodental Preventivo en el desarrollo de Programas de Educación para la Salud Bucodental en la Colonia La Laguna perteneciente al Municipio de Tlalnepantla, el programa se llevo a cabo el 22 de septiembre en el Módulo de Vigilancia de está colonia con domicilio Lago de Cortijo s/n, calle Necaxa y en el domicilio particular calle Lago de Chapala # 63 de está colonia los días 29 de septiembre y 06 de octubre.

Se eligieron los sujetos de estudio de ambos sexos de acuerdo a su edad por grupos etáreos. (Adolescencia, Adulto joven, Edad adulta y Senectud).

16.1.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Se utilizó una muestra de la población que asistió al Programa de Educación para la Salud Bucodental , en una porción de 78 personas de ambos sexos divididas por grupos etáreos del universo total que fue de 178 personas

16.1.3 TIPO y TAMAÑO DE LA MUESTRA

GRUPOS ETÁREOS	EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ADOLESCENCIA	13 A 18 AÑOS	6	9	15
ADULTO JOVEN	19 A 35 AÑOS	6	31	37
EDAD ADULTA	36 A 69 AÑOS	6	13	19
SENECTUD	> 60 AÑOS	3	4	7
TOTAL		21	57	78

realizó en tres sábados y se procedió a la obtención de resultados de dicho programa en el mes de octubre

16.2 DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Para recavar los datos necesarios se elaboró una Historia Clínica Odontológica

El presente trabajo no representa peligro alguno para la integridad física o la posibilidad de causar daño psicológico a la población de estudio.

17 ORGANIZACIÓN

17.1 RECLUTAMIENTO Y ADIESTRAMIENTO

Grupo de apoyo de 30 estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México de primer año, serán calibrados por las pasantes encargados del programa bajo supervisión de su tutor y/ o asesor, mediante la demostración y práctica del llenado y manejo de las hojas de registro de datos (Historia Clínica). Esta orientación se realizará en la Facultad de Odontología, previa a la recolección de datos.

La recolección de datos, será realizada por el grupo de apoyo bajo la coordinación y la supervisión de los responsables del Programa de Educación para la Salud Bucodental, al final de cada sesión del programa, ambas partes se reunirán para la aclaración de dudas, así como para la revisión de la información recolectada asegurándose de que los datos requeridos no estén incompletos, si este fuera el caso, se harán las anotaciones correspondientes respecto a las causas del porque la falta de éstos, para proceder según el caso, a la posible eliminación de tales instrumentos de recolección.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

(MÓDULO DE VIGILANCIA EN LA COLONIA LA LAGUNA)



PARTE DE LA POBLACIÓN ASISTENTE



MÉTODOS DIDACTICOS



PLATICAS INFORMATIVAS



GRUPO TEATRAL

18 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
PROPUESTA DEL PROGRAMA						
ACEPATCIÓN DEL PROGRAMA						
REUNIÓN CON LIDERES POLITICOS						
RESERVACIÓN DE ESPACIOS						
PROMOCIÓN DEL PROGRAMA						
ELABORACIÓN DEL PROGRAMA						
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA						
RECOLECCIÓN DE DATOS						
ELABORACIÓN DE RESULTADOS						
ENTREGA DE RESULTADOS						
PRESENTACION DE RESULTADOS						

En el Programa de Salud Bucodental, se obtuvieron resultados en cuanto al tipo de higiene que realiza el paciente, así como la utilización de aditamentos para la misma, presencia de enfermedades como: caries gingivitis, periodontitis..

Datos sobre su educación, condición económica, escolaridad, sexo, hábitos nocivos, utilización de prótesis, dependencia económica, servicios de salud.

❖ POBLACIÓN DE ESTUDIO (GRÁFICO 1)

En cuanto, al total de población que acudió al Programa de Educación para la salud, obtuvimos 178 Historia Clínica de las cuales, se recogió una muestra de 78 personas de las cuales se dividieron en grupos etáreos: adolescentes, adulto joven, edad adulta y senectud.

❖ DISTRIBUCIÓN POR SEXO POR GRUPO ETÁREO (GRAFICA A)

Adolescentes comprenden de 13 a 18 años, 6 corresponden al sexo masculino y 9 al sexo femenino

Adulto Joven comprende de 19 a 35 años, 6 corresponden al sexo masculino y 31 al femenino

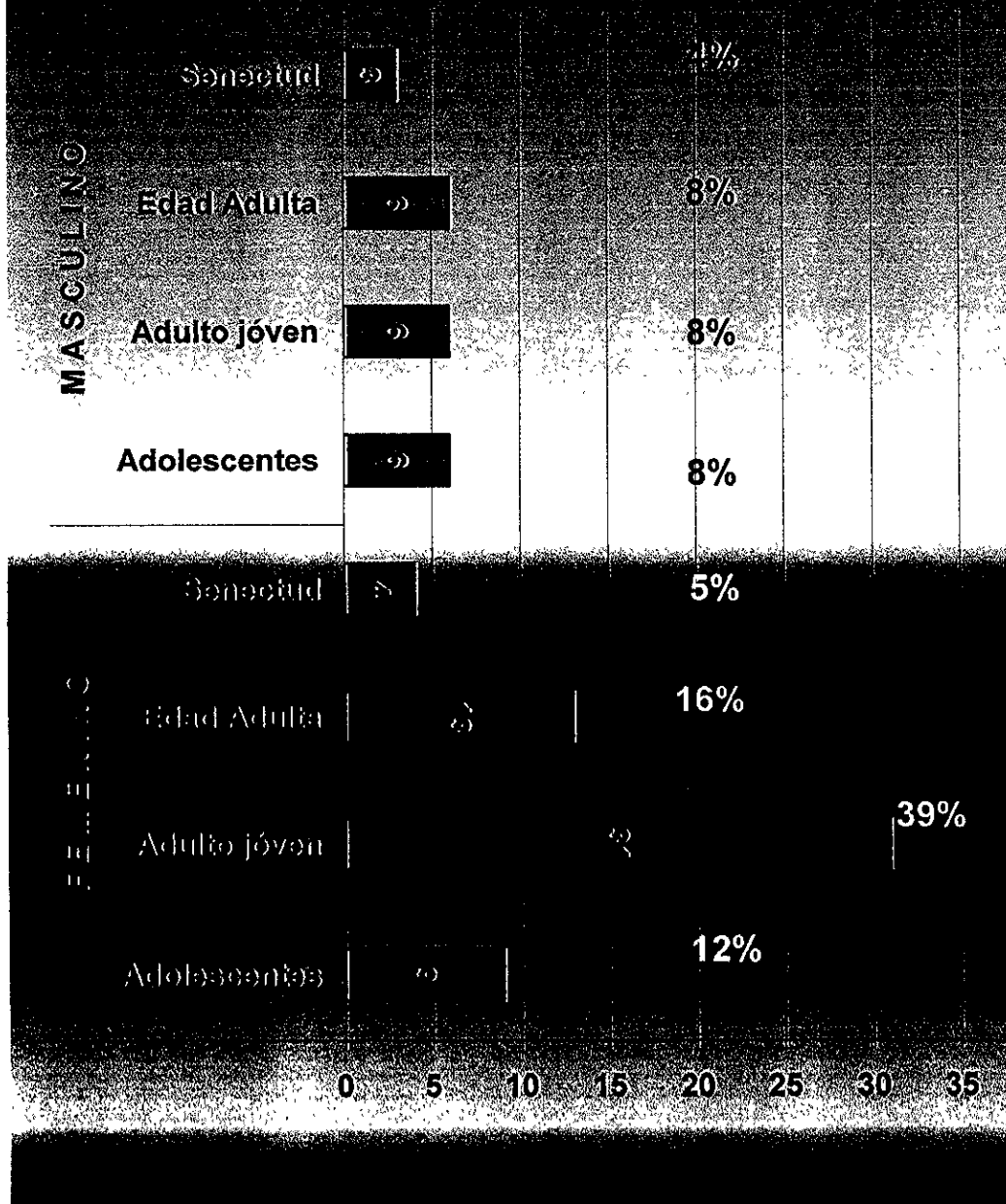
Edad Adulta comprende de 36 a 59 años, 6 son del sexo masculino y 13 del femenino

Senectud comprende por arriba de los 60 años, 3 son del sexo masculino y 4 del femenino

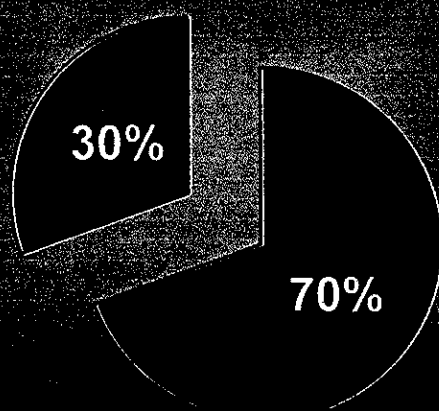
❖ DISTRIBUCIÓN DE SEXO GLOBAL (GRÁFICA B)

Siendo esto un total de 21 personas del sexo masculino y 57 del sexo femenino

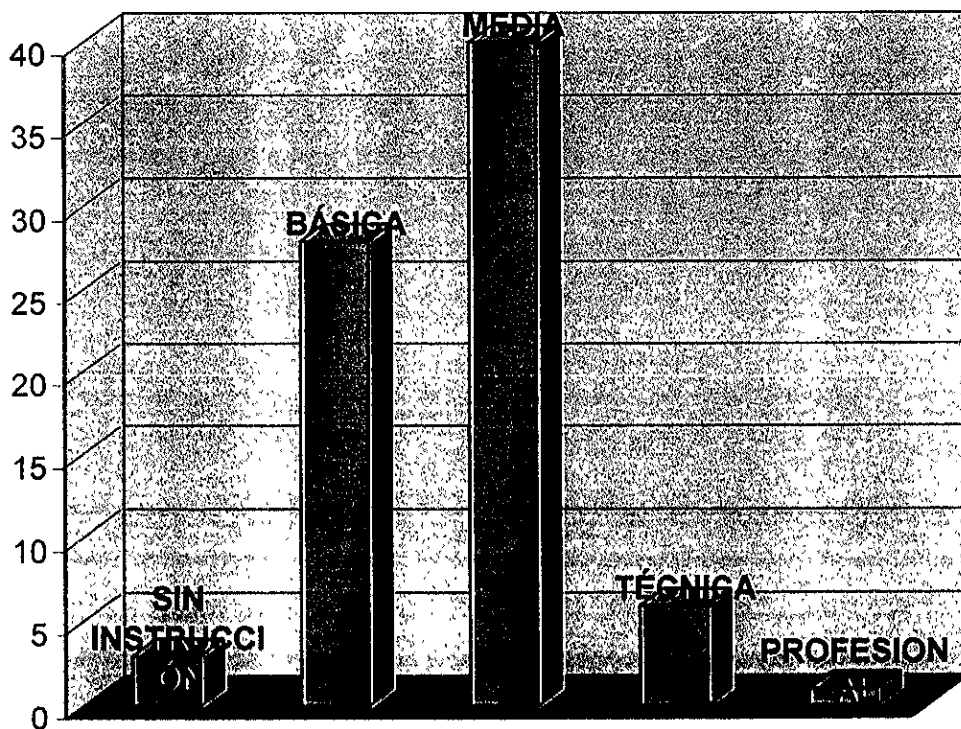
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS GRUPOS ETÁREOS: ADOLESCENTES, ADULTO JÓVEN, EDAD ADULTA Y SENECTUD.



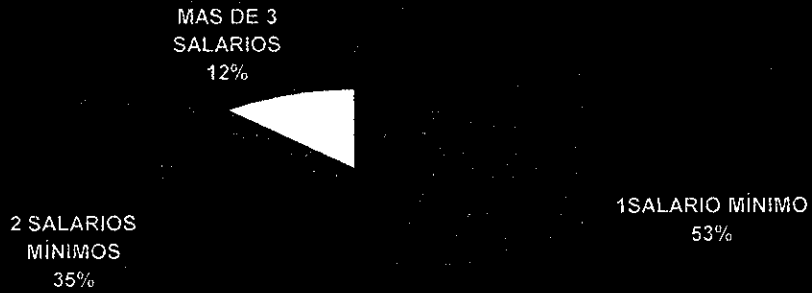
POBLACIÓN TOTAL DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.



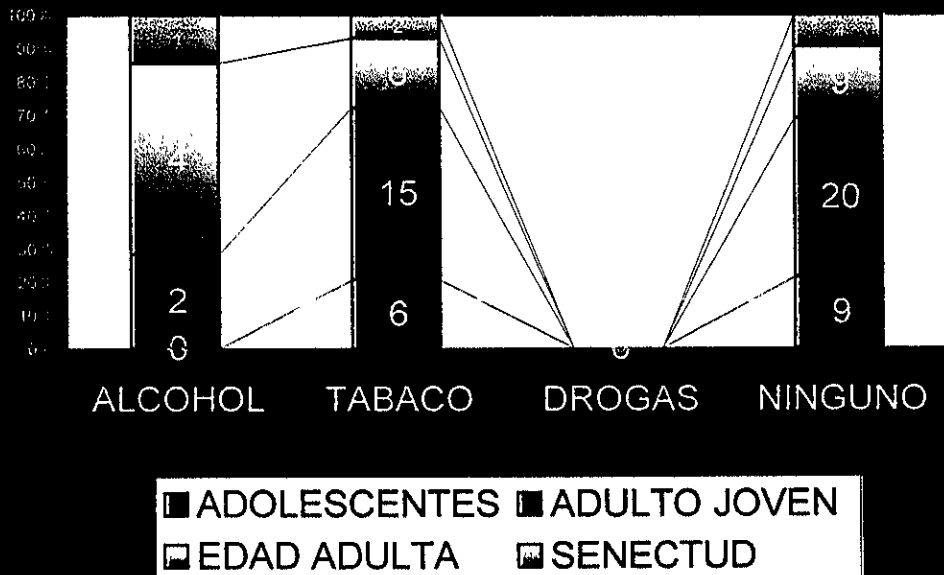
ESCOLARIDAD DE LOS GRUPOS ETÁREOS



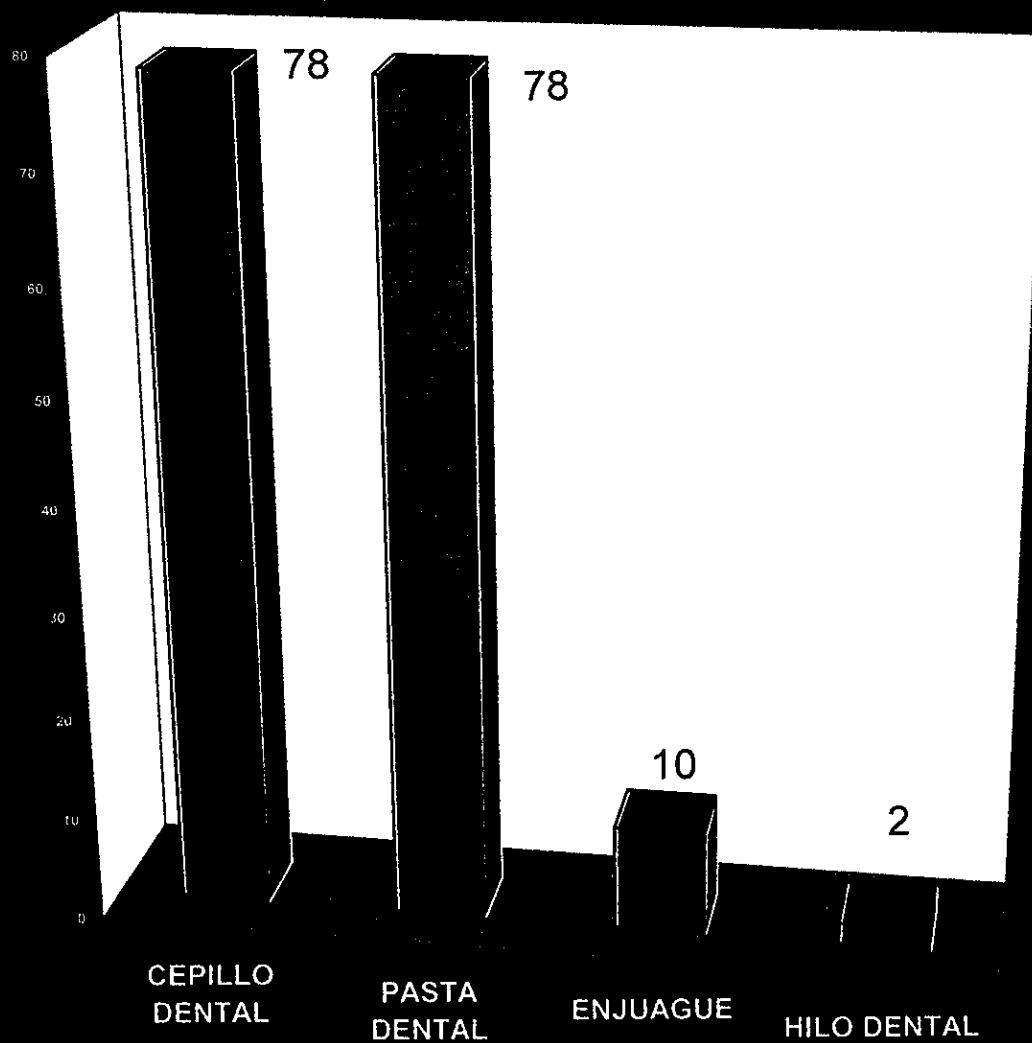
CONDICIÓN ECONÓMICA



HABITOS NOCIVOS



UTILIZACIÓN DE ADITAMENTOS PARA LA LIMPIEZA BUCODENTAL



20 CONCLUSIONES

Las necesidades Bucodentales primordiales de la población son patologías bucodentales ya presentes, como: caries, enfermedad gingival, enfermedad periodontal , rehabilitación total de la boca.

Sin embargo esto implica que la fase preventiva sólo comprende información y educación a partir de los diferentes grupos etáreos: adolescentes, adulto joven, edad adulto y senectud, estos mostraron un gran interés, ya que se mostraron cooperadores, participativos y agradecidos.

Lo que demuestra que existe interés en la atención y cuidado de la boca, pero influye de manera muy notoria la falta de información para prevenir , los recursos económicos para su tratamiento, por lo que acuden a la atención particular dentro de la zona de influencia. Por lo que es necesario desarrollar Programas preventivos con el fin de reducir este tipo de padecimientos, por medio del autocuidado, difusión y participación individual y colectiva.

El primer nivel que comprende la Prevención y educación para la Salud requiere ser comunitario a todos los grupos etáreos.

21 BIBLIOGRAFÍA

- 1) Altarriba i Mercader, Francesc-Xavier. *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Barcelona: Boixareu Universitaria, 1992. Introducción al estudio del proceso de envejecimiento humano.
- 2) Campo Urbano, Salustiano del y otros. *Introducción a la gerontología social*. Madrid: Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, Gabinete Técnico del Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1981. Interesante análisis del tratamiento social de la ancianidad, con importantes datos de referencia.
- 3) Carlos A, Rodríguez Figueroa; Parodoncia, 4ª: edición
- 4) Carstensen, Laura L. *Gerontología clínica: intervención psicológica y social*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1989. Análisis de los modos de tratamiento de la vejez y sus problemas.
- 5) Dominick P. Depaola; H. Gordon Cheney; *Odontología Preventiva*. Editorial mundi, S.A.I.C.y F. Argentina 1981
- 6) E. Cuenca C. Manauil, Serra; *Manual de Odontología Preventiva*. Editorial Mason, S.A. Barcelona 1991
- 7) *Enfermedad Parodontal* Picard; Edit. Continental, pp.76-83
- 8) F:A: Carranza ; *Periodontología clínica de Glickman*, Editorial. Interamericana

❖ TRÍPTICO

❖ HISTORIA CLÍNICA