



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA SESIÓN
ORIENTADA A LA AUTOEXAMINACIÓN BUCAL EN
ANCIANOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO DURANTE EL
AÑO 2003”.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A:
SAN VICENTE CERVANTES ELIZABETH

DIRECTORA: DRA. CARMEN VILLANUEVA VILCHIS

ASESORA: DRA. AÍDA BORGES YÁÑEZ



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.

A mis padres ya que hasta donde me alcanza la memoria ellos han estado incondicionalmente apoyándome y dándome lo mejor de sí mismos para alcanzar todas mis metas, con amor y ayuda constante.

A mis hermanos con quienes he compartido este camino de aprendizaje que ha sido la vida. Mario e Iván.

A la Doctora Carmen Villanueva ya que ha sido un honor y un placer, que me hayas guiado en este camino. Te agradezco muchísimo su capacidad y gentileza.

A la Doctora Aída Borges por todo el apoyo brindado al presente trabajo.

A mis amigas Angélica, Blanca, Ana María, Citlali y Araceli, les doy mi más sincero agradecimiento por haber compartido muchas experiencias juntas, además del haberme tendido su mano en cada momento.

ÍNDICE

	página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
HIPÓTESIS	16
METODOLOGÍA	
UNIVERSO DE ESTUDIO	17
SELECCIÓN DE LA MUESTRA	17
TIPO DE ESTUDIO	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	17
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	17
VARIABLES DEMOGRÁFICAS	18
VARIABLES SOBRE CONOCIMIENTOS	21
VARIABLES SOBRE PRÁCTICA	22

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

VARIABLES SOBRE ACTITUDES	22
VARIABLES CLÍNICAS	23
SESIÓN SOBRE AUTOEXAMINACIÓN	25
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
MÉTODO DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	27
RESULTADOS	28
TABLAS	42
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	60
REFERENCIAS	62
ANEXO 1 (CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN)	66
ANEXO 2 (DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN)	71

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una sesión sobre autoexamen bucal en ancianos, basado en los conocimientos, actitudes y prácticas. Es un estudio transversal en el diagnóstico, y un ensayo comunitario en el seguimiento del programa. Los participantes son personas de 60 años o más, pertenecientes a centros de convivencia del INAPAM.

Se aplicó una sesión educativa, la cual constó de una plática apoyada con la proyección de diapositivas y un modelo tridimensional. Se explicó el método y la importancia de la realización de un autoexamen rutinario. La evaluación se hizo a través de una entrevista sobre conocimientos, actitudes y prácticas, antes y después de la aplicación del programa de educación, para establecer una comparación.

Se obtuvieron resultados estadísticos significativos en algunos conocimientos pues un 27.1% de las personas entrevistadas, antes del programa sabía acerca del procedimiento y después este porcentaje aumentó a 82.4%. Así como en algunas prácticas individuales de autoexaminación pues antes del programa un 75.3% sí había realizado el procedimiento, y después este porcentaje cambió a un 94.1%. En cuanto a la actitud, el 94.1%, estaba dispuesto a realizar el procedimiento frecuentemente y después este porcentaje cambió a un 97.6%, pero esto no mostró datos estadísticamente significativos.

Para las personas adultas este tipo de contenidos son de interés ya que el autoexamen bucal resulta fácil y accesible. Debe darse un seguimiento a este grupo de personas, para detectar los contenidos que se mantienen a través del tiempo y los que requieren refuerzo.

INTRODUCCIÓN

La vejez no necesariamente significa enfermedad. Lo más importante de tener una vida longeva, es la calidad de vida. Como parte de esto es necesario considerar el estado de salud bucal, ya que influye directamente en la calidad de vida de las personas al constituirse como condición indispensable para que se lleven a cabo procesos como la masticación, fonación, nutrición e incluso en la adaptación social del individuo¹.

Para mantener la cavidad bucal en estado satisfactorio por más tiempo, es importante llevar a cabo un examen rutinario que permita la detección oportuna de cualquier lesión, pues es sabido que para brindar una atención adecuada en cualquier patología bucal es importante la detección temprana, previniendo así su desarrollo y mayores secuelas¹⁻⁹.

Así pues, el control permanente por medio de la autoexaminación de la cavidad bucal, permite mejorar la calidad de vida al realizar la detección precoz y oportuna de algunas lesiones cuyo desarrollo y desenlace pueden deteriorar notablemente la salud de las personas²⁻⁷.

En el caso del sector anciano de la población, esto es de gran relevancia ya que es precisamente este grupo de edad el que carece de acceso a los servicios públicos de salud además de ser económicamente inactivo, por tal razón se tienen que ofrecer herramientas como la detección oportuna y los programas de educación bucal que les permitan el conocimiento de la boca, así como de todos sus tejidos, logrando una identificación de cualquier cambio tempranamente por el propio paciente a través de un auto-examen rutinario como procedimiento de autoayuda¹⁰.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos es más benéfico hacer prevención de enfermedades que tratarlas. Educar al público acerca de vivir saludablemente es prioritario. Se piensa que el cuidado de la salud es costoso; la prevención es muy barata y tiene efectos a largo plazo. Nadie pone en duda el hecho de que los grandes avances en técnicas de medicina y cirugía deben continuar, pero se le ha dado muy poco énfasis a la prevención. La prevención es el punto clave de la educación para la salud la cual, además de ser una herramienta del conocimiento, conduce a una larga y productiva vida y con una óptima calidad¹¹; en este aspecto, tampoco podemos dejar de lado la salud bucal, en cuanto a que la aplicación de medidas preventivas

iniciales, evitan el desarrollo de enfermedades y de un mayor gasto económico en tratamientos restaurativos por parte de las personas que las padecen.

El presente trabajo tiene como finalidad evaluar el impacto de una sesión relacionada con los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la autoexaminación bucal perteneciente a un programa de educación para la salud bucal dirigido a personas de la tercera edad.

ANTECEDENTES

Un anciano es un individuo con características propias de la edad que se relaciona con otros individuos en mayor o menor grado. Se pueden mencionar algunos problemas relacionados con la edad, dentro de los cuales tenemos: las alteraciones sistémicas, psicológicas, odontológicas, nutricionales, farmacológicas, etc., a las que se agregan conflictos económicos y sociales¹².

Es indudable que durante la vejez se producen varios cambios físicos por la edad aunque no está totalmente claro lo que sucede por el proceso natural del envejecimiento y lo que sucede como una consecuencia por las diversas alteraciones sistémicas. Algunos de los ejemplos del envejecimiento en la cavidad bucal son la disminución de la función de la mucosa y de la musculatura de la boca. Del mismo modo, también se sabe que una menor capacidad sensorial gustativa forma parte del envejecimiento normal, además de dificultad para llevar a cabo el proceso masticatorio. Por otro lado, aunque existe cierto grado de xerostomía, esto es un fenómeno a discusión entre un proceso normal del envejecimiento y una alteración sistémica¹.

En la década pasada sólo se dio un pequeño énfasis al cuidado dental en la vejez, a pesar de que los ancianos tienen importantes problemas de salud bucal los cuales requieren atención¹³, sin embargo los cambios demográficos que se han observado en los últimos años nos hablan de que el futuro de la práctica dental está en este sector de la población.

Debido a que las personas mantienen sus dientes a lo largo de la vida, sus necesidades dentales cambian al paso del tiempo, pero al ir perdiendo sus órganos dentales, se requiere devolver la función en las zonas edéntulas por medio de prótesis provocando un cambio irreversible en todos los tejidos de la cavidad bucal ya que la colocación de un prótesis dental los involucra directa o indirectamente.

Todo esto nos lleva a que debe haber un equilibrio entre los tejidos y los materiales con los que es devuelta dicha función en las zonas comprometidas y con las cuales se tiene una íntima interrelación. A nivel celular pasa de igual manera por lo que es necesario considerar la importancia de un auto-examen rutinario¹⁴.

Cerca del 90% de las personas de más de 65 años tienen una o más enfermedades crónicas (por ejemplo enfermedades cardiovasculares, artritis, desórdenes visuales o auditivos, cáncer, inestabilidad postural, etc.), por lo que tienen que llevar un tratamiento farmacológico de manera permanente¹¹. Las manifestaciones bucales de los efectos de diversos tipos de medicamentos y en general las enfermedades sistémicas en sí, son muy comunes en los ancianos¹⁵. Psicológica y socialmente hay ciertos desórdenes (por ejemplo, demencia, trastornos del sueño, etc.) que impiden al individuo una integración normal en el entorno familiar o incluso con la comunidad en la cual se desarrolla, también se requiere una atención especial para el grupo en el aspecto dental.

Muchos jóvenes y adultos creen que la pérdida de dientes y la deficiencia de salud bucal es un precio inevitable que hay que pagar a causa del envejecimiento, y no ejercen ningún tipo de cuidado en la cavidad bucal¹¹. Los ancianos tienen una baja expectativa de mejorar el estado de su boca y no dan importancia a la necesidad de un examen rutinario de sus tejidos bucales²⁰. Esta situación se acentúa cuando se utiliza alguna prótesis o cuando se está totalmente desdentado, ya que se habitúan a esta situación²¹. Sin embargo, esta actitud puede ir cambiando con el trabajo de educación y concientización sobre la salud dental, al ir presentando la información y de esta manera al ir comunicándose con los pacientes, ellos van accediendo, a una nueva forma de llevar a cabo un cuidado dental mucho más cuidadoso y percatarse de la responsabilidad que tienen sobre su estado bucal sin importar la edad²².

Como parte de su trabajo, el educador para la salud debe dedicar un mayor tiempo a los pacientes geriátricos, ya que la comunicación y sensibilidad que se preste a sus problemas puede intensificar el tratamiento resultante^{11,16-17}.

Así, se sugiere que la promoción de la salud es más productiva cuando la comunidad identifica su propia salud como en el caso de un auto examen bucal, además de que se pueden desarrollar evaluaciones de programas de prevención a este respecto. Recientemente, la Real Sociedad de Canadá reportó que los programas de salud que obtienen una mayor participación del público al que van dirigidos, son aquellos

que cuentan con una mayor actividad, definiendo sus necesidades de salud, estableciendo a la salud como una prioridad y dando como resultado evaluaciones mucho más exitosas¹⁸.

Los programas de educación sobre autoexaminación que se han realizado han sido sobre la población en general. Un programa fue realizado en Nueva York en agosto en 1975, con personas de 17 a mayores de 65 años de edad, tuvo como resultado que los participantes aprendieran a realizar este examen, en el momento de la aplicación del programa; posteriormente en una segunda evaluación (3 meses después) el 62% de los participantes habían realizado el autoexamen por lo menos 2 a 3 veces⁵. En Chile, se aplicó un programa en el sistema de salud acerca del diagnóstico precoz y control de cáncer de boca, mediante la estrategia de autoexamen, el cual se difundió este método en personas de más de 40 años de edad, en 1980 los pacientes que fueron incluidos en este programa fueron 1002, de los cuales 121 (12.1%) fueron remitidos a una consulta con el especialista y en el año 1983, los participantes fueron 752 de los cuales 43 (5.7%) fueron remitidos a una consulta con el especialista³.

Una buena salud bucal es importante en todas las etapas de la vida, pero puede ser incluso de mayor importancia para los adultos mayores quienes por diferentes razones ya no tienen un estado bucal óptimo y que además tienen un mayor riesgo ante las enfermedades y las limitaciones que afectan muchos aspectos de su vida, hasta el punto en que hace su calidad de vida más frágil¹.

El educador para la salud dental tiene un papel importante en el diagnóstico de las anomalías bucales ya que es el más activo para enseñar a los pacientes como llevar a cabo un auto-examen, ya que de esta manera ellos pueden estar enterados de los cambios en su propia boca entre cada una de las visitas al experto. Los pacientes que más lo hacen están concientes de los signos que están relacionados con el área bucal¹⁹.

El mayor obstáculo que se tiene en este campo es la ausencia del conocimiento dental, además del concepto erróneo de que la causa de su condición bucal en esta edad, es la vejez. La percepción personal de los individuos respecto a sus necesidades y su salud dental, influyen en la conducta al utilizar su dentadura, así como el estado de la misma.

Es esencial que los odontólogos y cualquier clínico relacionado con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la boca, estén capacitados para llevar a cabo un examen físico completo de las estructuras superficiales de la cabeza, cuello y cavidad bucal, reconociendo cada una de sus fases, así como la importancia de su realización y repetición cuando menos una vez al año²³.

La persona que lleva a cabo el examen debe tomar en cuenta cualquier anomalía en las regiones incluidas en el examen de la boca^{23,24} valorando:

Estructuras faciales: El examen se inicia con la observación de la piel en cuanto a su color, manchas, además de otras anomalías de la pigmentación, anomalías vasculares como angiomas o nevos; así como asimetrías, úlceras, pústulas, nódulos y tumefacciones. También es importante observar el color de la conjuntiva y hacer una detallada palpación de los maxilares y músculos superficiales de la masticación para hipersensibilidades o deformaciones. Por último se requiere el reconocimiento de cualquier cicatriz.

Labios: Se debe observar el color, textura y cualquier anomalía de la superficie de los labios, fisuras angulares o verticales, fosos, herpes, úlceras costras, nódulos, placas queratósicas y cicatrices; es necesario palpar los labios superior e inferior para detectar cualquier engrosamiento (induración) o tumefacción; y observar los orificios de las glándulas salivales menores y la presencia de gránulos de Fordyce.

Carrillos: Una vez que se han examinado los labios, es importante observar cualquier cambio en la pigmentación y movilidad de la mucosa, como sería el caso de la detección de líneas blancas pronunciadas, leucoedemas, placas hiperqueratósicas, tumefacciones intrabucales, úlceras, nódulos, cicatrices, otras placas rojas o blancas y gránulos de Fordyce. También se requiere de la observación de las aberturas de los conductos parotídeos (o de Stenson) y el reconocimiento del grado del flujo salival por las aberturas de los conductos, con expresión de la glándula o sin ella. Palpar los músculos de los carrillos.

Pliegues mucovestibulares maxilares y mandibulares: Al realizar esta fase de la examinación, es necesario observar color, textura así como cualquier tumefacción o fístulas. Se debe palpar para detectar tumefacciones e hipersensibilidad sobre las raíces de los dientes e hipersensibilidad de la inserción del músculo buccinador mediante presión lateral con un dedo insertado sobre las raíces de los molares superiores.

Paladares duro y blando: Para poder centrarnos en esta zona hay que iluminar perfectamente el área con la ayuda de un espejo bucal, observar detenidamente; dentro de las lesiones que podemos encontrar al realizar el examen de la mucosa palatina se encuentran aquellas alteraciones de coloración, tumefacciones, fístulas, hiperplasias papilares, torus, úlceras, quemaduras recientes, hiperqueratinización, asimetría de la estructura y los orificios de las glándulas salivales menores. También es importante llevar a cabo una palpación cuidadosa para detectar tumefacciones e hipersensibilidad.

Lengua: Inspeccionar el dorso de la lengua en reposo en busca de tumefacción, úlceras, recubrimientos o variaciones en el tamaño, color y textura. Observar y notar la distribución de las papilas filiformes y fungiformes, los bordes de la lengua y fasciculaciones (masa submucosa firme de crecimiento rápido), áreas sin papilas, fisuras, úlceras y zonas queratósicas. Ver la inserción del frenillo y cualquier desviación cuando el paciente saca la lengua e intenta moverla hacia la derecha e izquierda.

Para realizar esta fase del examen es necesario colocar un trozo de gasa (4 x 4 cm.) alrededor de la punta de la lengua para fijarla y presionar ligeramente, un espejo tibio contra la úvula a fin de observar la base de la lengua y las papilas caliciformes; notar si hay úlceras o tumefacciones importantes. Sostener la lengua con la gasa, y guiarla con suavidad hacia delante y a la derecha, retraer el carrillo izquierdo para ver la totalidad del borde de la lengua del lado izquierdo en busca de úlceras, áreas queratósicas, placas rojas y algún cambio en las papilas. Repetir en el lado opuesto para observar los detalles de la zona. A continuación pedir al paciente que toque con la punta de la lengua el paladar para mostrar la superficie ventral de la misma y el piso de la boca; observar cualquier varicosidad, inserciones estrechas del frenillo, cálculos en los conductos submandibulares (o de Wharton), úlceras, tumefacciones y placas rojas o blancas. Palpar con suavidad los músculos de la lengua en busca de nódulos y tumores, extender el dedo hacia la base de la lengua y presionarla hacia delante si no se ha observado bien o si se sospecha de la presencia de úlceras o masas. Es importante observar la fuerza que ejerce la lengua durante la deglución.

Piso de boca: Con la lengua levantada aún, hay que observar la abertura de los conductos submandibulares, el estancamiento salival, el carácter y grado de las secreciones derecha e izquierda y cualquier tumefacción, úlcera, y placas rojas o

blancas. Explorar con suavidad y mostrar la extensión del espacio sublingual lateral, y observar una vez más en busca de úlceras y placas rojas o blancas.

Encías: Observar color, textura, contorno, inserciones del frenillo, úlceras, inflamación marginal, resorción, el festoneado de la encía entre cada espacio interdental, una posible hiperplasia, nódulos, tumefacciones o fístulas.

Dientes y periodonto: Registrar los dientes faltantes o supernumerarios, móviles o sensibles, caries, restauraciones defectuosas, irregularidades del arco dental, anomalías ortodónticas, relaciones maxilares anormales, interferencias oclusales, extensión de placas y depósitos de cálculos, hipoplasia dental y dientes manchados.

Tonsilas (amígdalas) y faringe: Es necesario inspeccionar visualmente el color, tamaño y anormalidades superficiales de las tonsilas, ya que se puede detectar la presencia de úlceras, tonsilolitos, y secreciones impactadas en criptas tonsilares (criptas amigdalinas). Se debe palpar las tonsilas para buscar exudado o hipersensibilidad; así como notar restricciones de la vía respiratoria bucofaringea. También se debe hacer la examinación de los pilares de las fauces buscando nódulos, placas rojas y blancas, agregados linfoides y deformaciones. Para terminar esta fase se debe observar la pared faríngea posterior para detectar tumefacciones, hiperplasia linfóide nodular, adenoides hiperplásicas, exudado postnasal y secreciones mucosas intensas.

Glándulas salivales: Se debe realizar la observación cuidadosa, para notar cualquier tumefacción externa que pueda indicar el crecimiento de una glándula salival mayor. El crecimiento notable de la parótida, altera el contorno facial y puede levantar el lóbulo auricular, una glándula salival submandibular crecida (o un ganglio linfático) pueden distender la piel que recubre el triángulo submandibular. Con la mínima manipulación de labios, lengua y carrillos, se debe observar la presencia de cualquier estancamiento salival así como la apariencia de la mucosa, esto es está húmeda o bien, recubierta con saliva espumosa escasa o seca.

Para valorar la función de la glándula parótida, se seca la mucosa del carrillo que rodea el orificio de cada conducto parotídeo, se da masaje a la glándula y al conducto externamente, se observa la cantidad y carácter de cualquier material eliminado, cabe señalar que en una glándula normal, se verá con facilidad el flujo libre de saliva clara; un flujo escaso (por lo general sólo una o dos gotas) de saliva viscosa, exudados turbios o francamente purulentos o la ausencia de flujo son

anormales e indican la necesidad de una valoración adicional de las glándulas salivales. Cuando está reducido el flujo de saliva, puede haber un flujo breve de saliva viscosa o turbia, seguido de una cantidad pequeña de saliva de aspecto normal, lo que resalta la necesidad de observar cuidadosamente el flujo inicial. Después se palpa por la parte externa cualquier tumefacción parotídea sospechosa y se registran la textura y cualquier sensibilidad o presencia de nódulos. Es necesario diferenciar el crecimiento parotídeo de la hipertrofia y el espasmo del músculo masetero.

Para las glándulas submandibulares y sublinguales, se utiliza palpación bimanual (se inserta el dedo índice a un lado de la lengua en el piso de la boca y se localizan las dos glándulas salivales y cualquier ganglio linfático submandibular crecido, utilizando un segundo dedo colocado en la parte externa sobre la glándula); en esta fase es importante notar la localización, textura y tamaño de cada una de las glándulas, o bien cualquier hipersensibilidad o nódulos. Posteriormente se deben secar los orificios de ambos conductos submandibulares (o de Wharton) y observar la cantidad o carácter salival eliminado por las glándulas por medio de los conductos, primero uno y después el otro. Para terminar esta fase de la examinación se palpa el conducto submandibular a cada lado para detectar cálculos salivales. Cuando el flujo salival parotídeo o submandibular/sublingual parece mínimo, suele ser posible provocarlo mediante estímulos gustativos (jugo de limón frotado en el dorso de la lengua). Al estimular el flujo salival, puede demostrarse la función de las glándulas salivales menores por la aparición de múltiples cuentas pequeñas de saliva en la mucosa seca de los labios superior e inferior.

Articulación temporomandibular. Se observan desviaciones en el movimiento de la mandíbula durante la apertura y cierre, también el límite de los movimientos verticales y laterales. Se palpan las articulaciones y se escucha si hay chasquidos y crepitaciones durante la apertura y el cierre; se puede utilizar un estetoscopio a fin de caracterizar y localizar con precisión los ruidos. Es necesario registrar cualquier hipersensibilidad sobre la articulación o los músculos de la masticación (temporal, masetero) en tanto se palpa la parte externa, sobre los músculos pterigoideo lateral (o externo) y buccinador (distal y hacia fuera de los dientes molares superiores) y el músculo pterigoideo medial (ligamento pterigomandibular y la cara interna del pilar anterior de la fauces) con la boca abierta. Se explora la pared anterior del conducto

auditivo externo para buscar hipersensibilidad y dolor los cuales suelen relacionarse con alteraciones artríticas.

Cuello y linfonodos: El examen del cuello es una prolongación natural de un examen dental rutinario e incluye la valoración de los ganglios linfáticos submandibulares y cervicales (que drenan la bucofaringe y otros tejidos de la cabeza y cuello, y se anastomosan con linfáticos de abdomen, tórax, mama y brazo), las estructuras de la línea media (hueso hioides, cartílagos cricoides y tiroides, tráquea y glándula tiroides), y arterias carótidas y venas del cuello. Con el cuello del paciente extendido, se debe observar la clavícula y los músculos esternocleidomastoideo y trapecio, que definen los triángulos anterior y posterior del cuello para notar cualquier desplazamiento e hipersensibilidad. Se debe hacer palpación para detectar alguna nodularidad o masa, y en caso de que exista, hay que verificar si persiste al momento de deglutir, ya sea por la parte anterior, posterior o lateral del cuello.

La palpación de los ganglios linfáticos en el cuello; se inicia con los ganglios más superiores y se procede hacia abajo a la clavícula: adelante hacia el trago auricular para los ganglios preauriculares; la mastoides y la base del cráneo para los auriculares posteriores y occipitales; bajo el mentón para los submentonianos y más hacia atrás los submandibulares y de la escotadura lingual (que suelen palparse cuando se examinan las glándulas salivales submandibulares). Los ganglios cervicales superficiales se encuentran arriba del músculo esternocleidomastoideo; los cervicales profundos entre éste y la fascia cervical. Para examinar esta última, se pide al paciente que se siente recto y gire la cabeza a un lado a fin de relajar el esternocleidomastoideo, se usan el pulgar y los dedos para palpar bajo los bordes anterior y posterior del músculo relajado, y se repite el procedimiento en el lado opuesto. A continuación se palpan los ganglios cervicales posteriores en el triángulo posterior, cerca del borde anterior del músculo trapecio, por último, se revisan los ganglios supraclaviculares, justo arriba de la clavícula, hacia fuera de la inserción del músculo esternomastoideo.

Este examen completo debe ser realizado minuciosamente por un profesional de la salud bucal, ya que se intenta identificar cada estructura, con sus anomalías en el caso que existan. Pero para efectos de este estudio lo más importante, además de ser necesario diferenciar asimetrías, tumefacciones, cambios de coloración,

alteraciones de la textura y áreas sensibles de las estructuras normales, que pueden ser o no identificados previamente por el propio paciente.

Es importante mostrar a los odontólogos la relevancia de la inspección rutinaria a la mucosa bucal, así como inculcar en los pacientes el hábito de visitar al dentista semestralmente no sólo para revisar sus dientes y encías¹, sino llevar a cabo un examen completo y detallado.

A los pacientes geriátricos, se les puede enseñar a llevar a cabo un auto examen, que incluya los aspectos anteriores contemplados por el clínico, pero de una forma sencilla y accesible, de tal forma que puedan hacerlo utilizando únicamente un espejo, gasas y algunas veces abatelenguas²⁵.

La importancia de la realización de un auto examen rutinario adaptado para las personas de tercera edad radica en que los ancianos que no visitan frecuentemente al dentista, puedan observar constantemente su estado de salud bucal sin que lo limiten los recursos económicos o su estado general de salud²⁶; sobre todo en el caso de este sector de la población el cual generalmente no tiene acceso a los servicios públicos de salud y que además no cuenta con recursos económicos propios, por lo que es necesario dar elementos con los que estas personas tengan una base para estar alerta y detectar algún cambio en sus tejidos bucales dando paso a la prevención de lesiones por medio de un auto-examen rutinario¹³ como es el objetivo del presente programa.

Una actitud es un estado mental de disposición organizada mediante la experiencia, que ejerce una influencia dinámica o directa sobre la respuesta del individuo ante los objetos y situaciones con los que se relaciona. La actitudes suelen describirse como "tendencias de respuesta". Estas se establecen y organizan por medio del aprendizaje. Es un estado que influye o modifica las elecciones de acción personal del individuo. La manera más común de evaluar las actitudes consiste en apreciar las respuestas emitidas ante las afirmaciones verbales comprendidas en cuestionarios, escalas de calificación y otros instrumentos psicológicos de este tipo²⁷.

La información es el factor principal que determina un cambio en las actitudes. La relación que hay entre las características de la fuente y las de los sujetos hacia los que se dirige la comunicación es naturalmente, una cuestión crítica. Las actitudes se conciben como un estado interno aprendido, cuya función es influir en las opciones de acción personal. El tipo de resultado esta determinado por los prerrequisitos

esenciales que son el aprendizaje de conceptos que nos lleva a la adquisición de actitudes, lo más probable es que se aprendan como parte de la misma unidad de enseñanza que contiene la comunicación de la actitud. El aprendizaje de conceptos, sin embargo, no produce en sí un cambio de actitudes. Es factible que el sujeto aprenda muchos conceptos nuevos, sin embargo, es perfectamente posible que todo eso se aprenda sin que haya en absoluto un cambio de actitud del individuo. Los conceptos e información constituyen un mero prerrequisito interno y no se trata de eventos cruciales que tengan por consecuencia el aprendizaje de una actitud²⁷.

Para evaluar los resultados de un programa de educación encaminado hacia el cambio de actitudes debe ser cuantificando el cambio en un conjunto de actitudes, más que el cambio de una sola actitud. Un cuestionario de actitudes que mide el conjunto sería perfectamente apropiado. No obstante, si el interés del investigador se relaciona con el asunto de la validez (es decir, con lo que se está aprendiendo en realidad), es muy importante tener siempre presente que las actitudes individuales se definen en términos de clases de acción personal²⁷.

Las actitudes presentan componentes cognitivos y afectivos. Esto quiere decir que son mediadas parcialmente, en forma interna, por las proposiciones que se relacionan con la categoría del "objeto" (acontecimientos, personas o cosas) hacia el cual se dirige la actitud. Usualmente, también parecen ser mediadas en parte por los sentimientos que les confieren su naturaleza "afectiva". Estas características, por importantes que sean para comprender la naturaleza esencial de las actitudes, proporcionan pocos indicios relacionados con la función de éstas. Es precisamente este último aspecto de las actitudes lo que tiene importancia central en los programas educativos. Si se quiere establecer o cambiar una actitud, debe identificarse como un resultado del aprendizaje y como un objetivo de la enseñanza. En este caso, se define a la actitud como un estado interno aprendido que influye en las elecciones de acción personal hacia una categoría determinada de personas, objetos o acontecimientos. El objetivo de la enseñanza, en este dominio, es el establecimiento o reforzamiento de estados internos particulares que realicen esa función²⁷.

Aunque las actitudes se forman y cambian de varias maneras, es fácil saber que las contingencias de reforzamiento desempeñan un papel muy importante en el aprendizaje de actitudes. Independientemente de la manera en que se presente

originalmente una actitud, su establecimiento (como sucede con otros tipos de conducta) depende de la presencia de un reforzador para completar el acto de aprendizaje. Los tipos de acción personal que conducen al éxito tienen las mayores probabilidades de que sean vistos por el individuo con una actitud positiva. En muchas situaciones educativas puede asegurarse una actitud positiva ante ciertos eventos si se procura que el alumno experimente el éxito al realizarlo²⁷.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son pocos los ancianos que llevan a cabo una autoexaminación de la cavidad bucal, en forma rutinaria, ya que la mayoría carece de la información suficiente para poder realizar este procedimiento en forma adecuada, es decir, los ancianos no saben autoexaminarse; aunado al hecho de que el odontólogo de práctica general no educa al paciente para que auto examine su boca y mantenga en un estado óptimo las prótesis que utiliza^{28,29}; así se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿se puede lograr un cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la autoexaminación de la cavidad bucal después de la aplicación de un programa de educación para la salud bucodental en tres grupos de ancianos pertenecientes al INAPAM durante el año 2003?

JUSTIFICACIÓN

La aplicación de diversos programas de educación para la salud ha logrado despertar el interés del grupo de personas hacia el cual va dirigido. Este tipo de programas puede considerar la realización de un auto-examen bucal (como aquellos enfocados a la prevención del cáncer de la cavidad bucal) o bien, únicamente la motivación de las personas a la búsqueda de información acerca del diagnóstico temprano y oportuno de diversas lesiones⁵.

La cavidad bucal, por su ubicación anatómica, es de fácil inspección, ya que sus estructuras están a la vista de cualquier examen de rutina realizado por un profesional o por el mismo paciente, por lo que cualquier lesión se puede detectar rápidamente. Así pues, las condiciones son favorables, para que las personas ancianas adquieran la información suficiente que les permita llevar a cabo una autoexaminación, en forma sencilla y rápida⁴.

La realización de este programa de educación para la salud bucal permitirá al anciano obtener la información para llevar a cabo un auto-examen rutinario y entender la importancia de la realización periódica del mismo, lo cual favorecerá el diagnóstico precoz de lesiones además de que mejorará el pronóstico para el paciente evitando que se busque atención cuando ya se curse un periodo avanzado de alguna posible enfermedad reduciendo potenciales complicaciones mayores^{30,31}.

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Identificar si se producen cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas después de implementar y evaluar una sesión sobre la autoexaminación bucal a través de la utilización de un modelo tridimensional en tres grupos de ancianos pertenecientes al INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) en la Ciudad de México en el 2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de conocimientos y prácticas respecto a las características (color, consistencia, textura) de una boca saludable, que incluye la mucosa bucal, encía, lengua y dientes en tres grupos de ancianos de 60 o más, pertenecientes al INAPAM en la Ciudad de México durante el año 2003.
- Identificar las actitudes (disposición de aprender y para realizar) hacia el autoexamen bucal en tres grupos de ancianos de 60 o más, pertenecientes al INAPAM en la Ciudad de México durante el año 2003.
- Conocer la utilización de servicios dentales por una población de ancianos de 60 o más, pertenecientes a tres grupos al INAPAM en la Ciudad de México en el año 2003.
- Identificar si aumentan los conocimientos de los ancianos respecto a las características (color, consistencia, textura) de una boca saludable, después de la aplicación de una sesión sobre autoexaminación bucal en tres grupos de ancianos de 60 o más, pertenecientes al INAPAM en la Ciudad de México durante el año 2003.
- Identificar si mejora la actitud respecto a la importancia de la detección temprana de lesiones bucales después de la aplicación de una sesión sobre autoexaminación bucal en tres grupos de ancianos de 60 o más pertenecientes, al INAPAM en la Ciudad de México durante el año 2003.
- Identificar si aumenta la frecuencia de autoexaminación bucal después de la aplicación de una sesión educativa en tres grupos de ancianos de 60 o más, pertenecientes al INAPAM en la Ciudad de México durante el año 2003.

- Identificar si aumenta la utilización de servicios dentales después de la aplicación de una sesión educativa por parte de los ancianos de 60 o más, en tres grupos del INAPAM en la Ciudad de México durante el año 2003.

HIPÓTESIS:

Ha1: El nivel de conocimientos respecto a las características (color, consistencia, textura) de una boca saludable será mayor en los ancianos después de la aplicación del programa de educación para la salud.

H01: El nivel de conocimientos respecto a las características (color, consistencia, textura) de una boca saludable será menor o igual en los ancianos después de la aplicación del programa de educación para la salud.

Ha2: El uso de servicios de salud dental será mayor después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal por parte de los ancianos.

H02: El uso de servicios de salud dental por los ancianos será igual o menor después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal.

Ha3: La frecuencia de autoexaminación bucal aumentará en los ancianos participantes después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal.

H03: La frecuencia de autoexaminación bucal será igual o menor en los ancianos participantes después de la aplicación del programa de educación para la salud bucal.

METODOLOGÍA

Universo de estudio

Un grupo de 97 personas de ambos géneros, de 60 o más, y que asisten a los grupos de convivencia: “**Unidad Picos**” en la Colonia Barrio La Asunción, “**Unidad Zapata Vela**” en la colonia del mismo nombre (ambas en la Delegación Iztacalco), y “**Molino de Rosas**” en la Colonia Molino de Rosas, Delegación Álvaro Obregón pertenecientes al INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) en la Ciudad de México, DF. en el año 2003.

Selección de la muestra

El estudio se llevo a cabo sobre la totalidad de los grupos (97 participantes), los cuales fueron elegidos por su disponibilidad.

Tipo de estudio

Transversal en el Diagnóstico.

Ensayo comunitario en la aplicación del programa.

Criterios de inclusión

- Individuos que aceptaron participar en el estudio.
- Tener 60 años cumplidos o más a la fecha del registro.
- Individuos que pertenecieran a cualquiera de los tres grupos anteriormente mencionados del INAPAM en la Ciudad de México.

Criterios de exclusión

- Individuos con problemas de demencia senil avanzada que les impida responder la entrevista.
- Individuos que padezcan alguna enfermedad de tipo psico-motor, crónico-degenerativa o visual que les impida llevar a cabo el auto-examen bucal.

Criterios de eliminación

- Individuos que no asistieron a la sesión sobre autoexaminación bucal del programa de educación.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

NOMBRE: Se registró el nombre completo de cada persona empezando por el apellido paterno, materno y nombre(s), de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.

EDAD: Se registró el número de años y meses cumplidos que reportó el paciente al momento del interrogatorio.

FECHA DE NACIMIENTO: Se registró el día, mes y año de nacimiento de acuerdo a lo reportado por cada paciente al momento de hacer el interrogatorio.

GÉNERO: Se registró como masculino o femenino.

ESTADO CIVIL: Es la condición de cada persona con relación a sus derechos y obligaciones civiles. Se registró como: **SOLTERO / CASADO / VIUDO / DIVORCIADO** de acuerdo a lo reportado por el paciente al momento del interrogatorio.

DIRECCIÓN: Lugar de residencia habitual de la persona entrevistada. Se registró la **CALLE**, el **NÚMERO** (en el caso correspondiente el número exterior e interior), la **COLONIA**, la **DELEGACIÓN**, el **CÓDIGO POSTAL** y **TELÉFONO**.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Es el máximo grado de estudios que posean los participantes al momento de ser interrogados. Se registró a través de la siguiente escala: **ANALFABETA / PRIMARIA INCOMPLETA / PRIMARIA COMPLETA / SECUNDARIA / PREPARATORIA / ESTUDIOS TÉCNICOS / UNIVERSIDAD / POSTGRADO**.

SITUACIÓN LABORAL: Es la condición de trabajo que tiene una persona. Se registró de acuerdo a lo reportado por el paciente como **JUBILADO** (pensionado) / **JUBILADO Y SIGUE TRABAJANDO** / **RETIRADO** (no trabaja y no recibe pensión) / **TRABAJA** (desempeña una actividad remunerada) / **NUNCA HA TRABAJADO** (nunca ha trabajado y por tanto nunca ha recibido remuneración).

OCUPACIÓN: Este es el trabajo que desarrolla la persona habitualmente. Esta información se obtuvo de acuerdo a lo que indicara la persona entrevistada al momento del interrogatorio, y se registró como **OFICIO / HOGAR / TÉCNICO / EMPLEADO / COMERCIANTE / PROFESIONISTA / NEGOCIO PROPIO / OTRA.**

NÚMERO DE HABITANTES EN LA CASA: Este es el número de personas que habitan en la misma casa que la persona entrevistada. Se registró el número, de acuerdo a lo reportado por el paciente a través del interrogatorio directo como: **SOLO / DE 2 A 4 PERSONAS / DE 5 A 7 PERSONAS / MÁS DE 7 PERSONAS.**

INGRESO ACTUAL: Este es cualquier tipo de ingreso monetario individual recibido (pensiones, rentas, seguros, gasto, sueldo, etc.) durante un mes, expresado en pesos. Se registrará de acuerdo a lo reportado por el paciente durante el interrogatorio como **MENOS DE \$1,000.00 / DE \$1,000 A \$2,500 / MÁS DE \$2,500.**

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECEN: Se refiere al derecho a recibir atención por parte de alguna institución de salud del sector público. La información se obtuvo por interrogatorio directo, y se registró como: **IMSS / ISSSTE / DDF / PEMEX / SDN / NINGUNA.**

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES: esto se refiere al uso de cualquier tipo de servicio dental durante los doce meses previos a la entrevista. Esta información se obtuvo por interrogatorio directo y se registró como **SI / NO.**

MOTIVO PARA LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES: esta fue la causa por la cual se hizo uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. La información se obtuvo por interrogatorio directo y se registró como: **REVISIÓN / RESTAURACIÓN DENTAL / DOLOR DENTAL / DIENTES FLOJOS / ELABORACIÓN DE PUENTE / REPARACIÓN DE DENTADURA / EXTRACCIÓN DENTAL / DOLOR EN LA BOCA O EN LA CARA / NO SABE / OTROS.**

TIPO DE SERVICIO EN QUE SE RECIBIÓ ATENCIÓN DENTAL: Es la pertenencia a alguna institución pública o privada por parte del cirujano dentista que brindó la

última atención dental. Se registró como **SERVICIO EN INSTITUCIÓN PÚBLICA / SERVICIO EN INSTITUCIÓN PRIVADA / SERVICIO EN CONSULTORIO PRIVADO / OTROS.**

AUTOAPRECIACIÓN DEL ESTADO DE SALUD: Es la condición del estado de salud del paciente, según su propia apreciación. La información se obtuvo a través de interrogatorio directo por medio de dos preguntas, se registró con sus respectivas respuestas:

¿Cómo puede describir su salud?

1. Excelente 2. Buena 3. regular 4. Mala 5. Muy mala 8. No sabe 9. No responde.

¿Considera que su salud es mejor, igual o no tan buena como la mayoría de la gente de su edad?

1. Mejor 2. Igual 3. No tan buena 8. No sabe 9. No responde

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: Es el número de visitas al médico que la persona realizó en los últimos doce meses. La información se obtuvo a través de interrogatorio directo, se registró como: **0 VECES / 1 A 2 VECES / 3 A 6 VECES / MÁS DE 6 VECES.**

MOTIVO PARA LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: entendiéndose como la causa por la cual se hizo uso de cualquier tipo de servicio médico durante los últimos doce meses. La información se obtuvo por interrogatorio directo y se registró como: **CONTROL DE RUTINA / TRATAMIENTO / LOS DOS MOTIVOS ANTERIORES / NO RECUERDA / NO SABE / NO RESPONDE.**

PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: Presencia de alguna(s) enfermedad crónica y/o degenerativa común(es) en los ancianos como: **DIABETES MELLITUS / HIPERTENSIÓN ARTERIAL / REUMATISMO / OSTEOPOROSIS / CATARATAS / PROBLEMAS DE VÍAS URINARIAS / OTRAS** La información se obtuvo a través de interrogatorio directo, se registró como **SÍ / NO**, en cada una de las enfermedades.

UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES (PRÓTESIS FIJA / PARCIAL O TOTAL REMOVIBLE): Es el uso de algún aparato protésico que sustituya uno o varios dientes en forma parcial fija, parcial removible o total removible. La información se obtuvo en forma directa de acuerdo a lo reportado por el paciente y se registró como **SÍ / NO**.

VARIABLES SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DEL AUTOEXAMEN RUTINARIO DE LA BOCA.

CONOCIMIENTO: es el entendimiento o facultad de discernir lo conveniente, y obrar en consecuencia. Es la acción y efecto de conocer en que consiste un autoexamen bucal³². Se registró de la siguiente forma:

1. Sí. 2. No 3. A veces 9. No aplica/ no responde

- ¿Sabe que usted puede examinar su boca?
 - ¿Cree importante revisar uno mismo su boca?
 - ¿Podría usted detectar alguna úlcera, agrandamiento o tumefacción en sus dientes, encía u otras partes de su boca ?
 - ¿Ha notado si algún tejido de su boca ha tenido cambios ya sea en el color o la textura, en los últimos 6 meses ?
 - ¿Cuáles son las causas de que las personas adultas no acudan al dentista?
a. Es muy caro ir al dentista. b. No tengo quien me lleve c. No soporto la idea de que me duela d. No tengo tiempo e. No lo necesito e. Otra (Especificar)
- (Las respuestas no podrán ser mostradas a los entrevistados, la razón más importante debe aparecer como número 1, y las menos importantes como el número 4)
- ¿Cómo cree que debe ser una boca saludable?

Esta respuesta se respondió de forma abierta.

PRÁCTICA: Es el acto físico que puede conseguirse a través de un conocimiento previo a una teoría. Es el hábito de algo o forma en que se realiza un examen de la cavidad bucal³². Se registró de la siguiente manera:

1. Si. 2. No 3. A veces 9. No aplica / No responde

- ¿Acostumbra usted cepillar sus dientes?
- ¿Tiene el hábito de revisar su boca al asearla?
- ¿Alguna vez se ha revisado su boca frente al espejo?
- Si cepilla sus dientes ¿Cuántas veces al día lo hace?

El campo se coloca de una manera abierta para registrar el número de veces.

ACTITUD: Es el esquema de comportamiento a través de la disposición para actuar selectivamente en una forma determinada más que en otra³². Esto se refleja de una manera específica en el cuidado de la salud y de la revisión personal que cada uno lleva a cabo. Se registró del siguiente modo:

- En comparación con otras personas de su misma edad, ¿Cómo considera que es su salud?
1. Mejor 2. Igual 3. Peor 9. No sabe / No responde
- Si el dentista le enseña a reconocer la textura, color y forma de los tejidos de su boca, ¿usted se autorevisaría su boca frecuentemente?
1. Completamente de acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. Completamente en desacuerdo 9. No sabe / no responde
- Una recomendación sería consultar periódicamente al dentista. ¿Cree usted que lograría cumplir con visitas periódicas para vigilar la salud de su boca?
1. Completamente de acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. Completamente en desacuerdo 9. No sabe / no responde
- En su opinión, ¿con qué frecuencia debe una persona adulta visitar al dentista?
En este caso se deja el campo abierto para que el encuestado conteste si debe ir en meses o en años y la frecuencia entre las visitas.
- ¿Cuáles son las causas por la que las personas adultas no acudan al dentista?
() Costo () Accesibilidad () Tiempo () Miedo al dolor () Otra

- En su opinión, ¿con qué frecuencia debe una persona adulta cepillarse los dientes?
El campo se coloca de una manera abierta para registrar el número de veces
- Algunas personas piensan que todos deberíamos visitar a un dentista regularmente. Usted acude con la regularidad que debe:
 1. Completamente de acuerdo
 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 3. Completamente en desacuerdo
 9. No sabe / no responde
- ¿Si no acude con la frecuencia que debería, entonces cada cuando lo hace?
 1. Con menos frecuencia de lo que debe ir
 2. con mayor frecuencia de lo necesario
 8. No sabe
 9. No responde

VARIABLES CLÍNICAS

EDENTULISMO: Es la ausencia de todos los dientes naturales por cualquier causa (caries, traumatismo, enfermedad periodontal, etc.) en ambas arcadas o solo en alguna de ellas. La información se obtuvo al momento del examen clínico por el observador en cada arcada y se registró como: **SÍ / NO**.

ESTADO DE LA MUCOSA BUCAL: En cada participante se efectuó un examen de la mucosa bucal y de los tejidos blandos y peribucales³³. El examen fue completo y sistemático, además de que este se realizó sin ningún tipo de prótesis removible, se siguió el siguiente orden³³:

- mucosa y surcos labiales (superior e inferior)
- parte labial de las comisuras y la mucosa bucal (derecha e izquierda)
- Lengua (superficies dorsal, ventral y bordes)
- Suelo de la boca
- Paladar duro y blando
- Bordes alveolares y encías (superiores e inferiores)

Para retraer los tejidos se utilizaron dos espejos bucales o bien un espejo y el mango de una sonda periodontal. Se registró la ausencia, presencia o sospecha de los trastornos incluidos en las claves del 1 al 7, para los cuales los examinadores consiguieron efectuar un diagnóstico de sospecha, prestándoles la debida atención

en el curso de los exámenes clínicos. La clave 8 se empleó para registrar un trastorno que no está mencionado en la lista precodificada; por ejemplo leucoplasia vellosa o estomatitis. En lo posible, el presunto diagnóstico se especificó en el espacio correspondiente³³. Los criterios y las claves fueron:

- 0.- Ningún estado anormal.**
- 1.- Tumor maligno (cáncer oral).**
- 2.- Leucoplaquia.**
- 3.- Lliquen plano.**
- 4.- Úlcera (aftosa, herpética, traumática)**
- 5.- Gingivitis necrosante aguda.**
- 6.- Candidiasis.**
- 7.- Absceso.**
- 8.- Otro trastorno (especifíquese si es posible por ejemplo lesión hiperplásica, etc).**
- 9.- No registrado.**

También se registró con su código específico el lugar donde se encuentra localizada principalmente la lesión(es) de la mucosa bucal³³:

- 0.- Borde bermellón.**
- 1.- Comisuras.**
- 2.- Labios.**
- 3.- Surcos.**
- 4.- Mucosa bucal.**
- 5.- Suelo de la boca.**
- 6.- Lengua.**
- 7.- Paladar duro y / o blando.**
- 8.- Bordes alveolares / encías.**
- 9.- No registrado.**

SESIÓN SOBRE AUTOEXAMINACIÓN

Esta sesión abordó el tema del examen de la boca y los cuidados de una boca seca, por su importancia en la prevención de lesiones premalignas que son casi siempre

de tratamiento difícil, de pronóstico desfavorable, además muy costosos y frecuentes en la tercera edad por el deterioro y los cambios que sufren los tejidos tanto duros como blandos con el paso de los años. Este examen debe ser parte regular de la higiene bucal. La observación de cualquier irregularidad en la superficie de los tejidos bucales como protuberancias, inflamación, lunares blancos o rojos, úlceras, sangrado y presencia de pus señala la falta de integridad.

Para el examen de la boca existe una técnica que la divide en ocho zonas facilitando la inspección sistemática. La sesión completa se encuentra descrita en el Anexo 2.

RECURSOS HUMANOS:

- Tres cirujanos dentistas previamente estandarizados que actuarán como encuestadores y examinadores clínicos.
- Un asesor en Epidemiología y Bioestadística

RECURSOS MATERIALES:

- 100 formatos de historia clínica y examen clínico.
- 50 espejos del número 5.
- Un maniquí para la demostración.
- 5 espejos faciales.
- Una lámpara
- Gasas.
- Un instrumento Vernier
- Guantes desechables
- Cubrebocas
- Horno esterilizador
- Jabón e instrumentos de limpieza
- Computadora personal 486.
- Lápices
- Plumas
- Hojas de papel

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se contactó con el departamento coordinador de los proyectos de investigación relativos a los centros del INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores), el cual se encuentra en la calle de José María Vertiz, donde se presentó la propuesta. Posteriormente se recibió la notificación de aceptación por lo que se eligieron diez centros de los cien que se encuentran en todo el Distrito Federal. Posteriormente se seleccionaron tres de estos centros elegidos por conveniencia de acuerdo a la cantidad de personas inscritas en cada uno y los días de trabajo. El procedimiento restante consistió en visitar los tres clubes de INAPAM designados, una vez ahí se impartió una plática de presentación en cada grupo, explicando el motivo de la visita además de que se solicitó la colaboración y participación en el estudio de cada uno de los integrantes de los diferentes grupos. Posteriormente se aplicó un cuestionario acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la autoexaminación de la cavidad bucal, a cada uno de los ancianos (descrito en el anexo 1). Una vez concluidos los cuestionarios, se procedió al examen clínico, con el paciente debidamente sentado, el examinador utilizando luz directa, y utilizando un espejo bucal. El ambiente en el cual se desarrollaron estas actividades, contó con una silla con respaldo para el paciente, una fuente de luz y una mesa sobre la cual se colocó el material necesario, además de que se solicitó a cada paciente que se retirara las prótesis removibles que utilice, para que de esta manera se obtuviesen todas las facilidades para poder realizar una revisión completa.

Una vez concluida esta fase de aplicación de cuestionarios y examen clínico a cada participante de los tres centros del INAPAM, se llevó a cabo el análisis de los datos, para adaptar la sesión a las necesidades de los grupos, posteriormente se procedió a la aplicación de la sesión, cuyo contenido y procedimientos se encuentran descritos en el ANEXO 2. En cuanto se completó esta fase, se llevó a cabo un segundo cuestionario igual al primero, el cual fue aproximadamente 3 semanas después de la aplicación de la sesión con la finalidad de conocer si se obtuvieron diferencias respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de los ancianos.

MÉTODO DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

Los datos se registraron en los cuestionarios diseñados para la investigación y posteriormente fueron vaciados en una base de datos elaborada en el paquete DBASE III. Posteriormente fue analizada con el paquete estadístico SPSS (versión 11.0).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se obtuvieron frecuencias para las variables sociodemográficas, así como media y desviación estándar para edad y estado socioeconómico. Posteriormente se aplicó la prueba de Wilcoxon por rangos para las comparaciones de los conocimientos, actitudes y prácticas, antes y después de la aplicación del programa de educación.

RESULTADOS

Se aplicó un cuestionario inicial a 97 personas y un cuestionario final únicamente a 85, ya que el día que se llevó a cabo, 12 personas no se presentaron por motivos de salud o por cambio de domicilio. El promedio de edad general de las personas entrevistadas fue de 71.1 años (DE = 6.0).

La muestra estuvo conformada por un número total de 89 mujeres (91.8%) y 8 hombres (8.2%). La edad promedio de los participantes del sexo femenino fue de 70.9 años (DE = 6.19) y el promedio de edad de los 8 hombres de 72.7 años (DE = 4.62).

La distribución de la población por centros fue de la siguiente manera; el centro Zapata Vela estuvo conformada por 17 participantes. Este centro representa el 17% de la totalidad de la población estudiada; la Unidad Picos estuvo conformada por 35 participantes, y el centro Molino de Rosas con 45 participantes cada uno de los cuales representan el 34.6% y 48.4% de la población estudiada respectivamente. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la distribución de personas por centro ($X^2=12.4$ $p= 0.002$).

Respecto al estado civil, la mayoría de las personas que participaron son viudos correspondiendo a un 41.2% (40), seguido por el grupo de casados que constituyen el 35.1% (34). Los solteros conformaron un 16.5% (16) de los entrevistados. El menor grupo fue el conformado por las personas que se encuentran separadas, con un 7.2% (7). Se observó una diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución por estado civil de los entrevistados ($X^2= 29.2$ $p < .001$).

En cuanto a la distribución por centros tenemos que el mayor porcentaje de solteros se encuentra en Molino de Rosas con un 22.2% (10); y el porcentaje más alto de personas casadas se encuentra en Unidad Picos con un 42.9% (15). La distribución por estado civil con respecto a los centros no muestra diferencia estadística significativa ($X^2= 3.82$ $p = 0.70$). Ver tabla 1.

En relación al número de personas que viven solos y los que viven acompañados encontramos que la mayoría de las personas 81.4% (79), viven con alguien, mientras el porcentaje de personas que viven solos es de 18.6% (18). Sin embargo, los

resultados en relación al número de habitantes por centros no muestran diferencia estadística significativa ($X^2= 2.21$ $p = 0.33$). Ver tabla 2.

En cuanto a la escolaridad se observó que el mayor porcentaje de personas, no terminaron el nivel básico de primaria 43.3% (42), y 12.4% (12) son analfabetas. Un menor porcentaje corresponde a las personas que estudiaron el nivel de preparatoria y la universidad con 1% (1) respectivamente. Se observó una diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución por escolaridad ($X^2= 103.8$ $p <.001$).

En relación a la escolaridad por centros del INAPAM, encontramos que el mayor porcentaje de personas que no saben leer y escribir están en Zapata Vela con un 23.5% (4), así como el mayor porcentaje de personas que no terminaron el nivel básico con un 47.1% (8). El centro con mayor porcentaje de personas que terminaron la primaria se localizan en Molino de Rosas con un 35.6% (16).

No se observó una diferencia estadística significativa en cuanto la escolaridad por centro ($X^2= 9.50$ $p = 0.65$). Ver tabla 3.

En cuanto a la situación laboral, el 20.6% (20) de las personas están retiradas, seguidas de los desempleados, 19.6% (19), y los jubilados 18.6% (18). Los resultados en cuanto a la distribución por situación laboral muestran una diferencia estadística significativa ($X^2= 22.9$ $p <.001$).

En relación a la situación laboral por centros, observamos que la mayoría de jubilados, 26.7% (12) se encuentra en el centro Molino de Rosas, mientras que el mayor porcentaje de jubilados que continúan trabajando 5.9% (1) se localiza en Zapata Vela. No se observó una diferencia estadística significativa en cuanto a la situación laboral por centros ($X^2= 10.14$, $p = 0.42$). Ver tabla 4.

La ocupación de los participantes se distribuyó de la siguiente manera: el 81.4% (79) corresponde a la mayoría que se dedica al hogar, seguido de los comerciantes 8.2% (8), y los empleados 7.2% (7). Los resultados muestran diferencias estadísticas significativas en cuanto a la distribución general por ocupación ($X^2= 165.3$ $p <.001$).

En cuanto al tipo de ocupación por centros encontramos que en la Unidad Picos la mayoría de las personas se dedican al hogar (85.7%), mientras que la mayor parte de los empleados al momento actual se localizan en Zapata Vela (17.6%). No se

observa una diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la ocupación por centro ($X^2= 11.3 p = 0.07$). Ver tabla 5.

En cuanto al ingreso mensual, el 50% de los participantes obtiene menos de \$1000, el 45% recibe de \$1000 a \$3000 y sólo el 5% obtiene más de \$3000. Sí se observa una diferencia estadística significativa en cuanto al ingreso mensual ($X^2= 29.2 p <.001$).

En cuanto al ingreso mensual por centro, encontramos que en el centro Zapata Vela la mayoría de los sujetos entrevistados perciben menos de \$1000, y en el centro Molino de Rosas la mayoría percibe más de \$3000.

Se observa una diferencia estadística significativa en cuanto al ingreso mensual por centros ($X^2= 11.7 p = 0.019$). Ver tabla 6.

En cuanto a la pertenencia a alguna institución pública de salud el 54.6% (53) corresponde a los derechohabientes al IMSS, seguidos de un 21.6% (21) que no cuentan con ningún tipo de institución para la atención médica, luego encontramos con un 14.4% (14) a los que pertenecen al ISSSTE. Las diferencias fueron estadísticamente significativas en cuanto a las instituciones a las que están afiliados los participantes ($X^2= 82.7 p <.001$).

El 66.7% (30) del Centro Molino de Rosas pertenecen al IMSS, por otro lado, el 34.3% (12) de los que no están inscritos a algún centro de salud se encuentran en Unidad Picos.

Sí se observa una diferencia estadística significativa en cuanto a la dependencia a la que tienen derecho los encuestados por centros ($X^2= 17.4 p = 0.025$). Ver tabla 7.

En cuanto a la utilización de servicios dentales, se encontró que el 55.7% (54) han visitado al dentista en los últimos doce meses.

No se observa una diferencia estadística significativa en cuanto a la visitas al dentista en el último año ($X^2= 1.24 p = 0.26$).

El 60% (21) de los participantes que sí visitaron al dentista en el último año se encuentran en Unidad Picos. El 52.9% (9) no acudieron a recibir atención dental y se encuentran en el centro Zapata Vela. No se observa una diferencia estadística

significativa en cuanto a la consulta dental por centros ($X^2= 0.77$ $p= 0.67$). Ver tabla 8.

En relación al motivo de la consulta, el tratamiento más usual fue la restauración dental con un 29% (18), seguido de la elaboración de un puente con un 27.4% (17), el tratamiento menos solicitado correspondió a la reparación de un puente con un 8.1% (5). Los resultados en relación al motivo de la consulta dental si muestran diferencia estadística significativa ($X^2= 16.5$ $p = 0.005$).

El 20% (2) corresponde al centro Zapata Vela, que reportó acudir al dentista por revisión, el 13.3% (4) de los participantes de Molino de Rosas acudieron por dolor como principal motivo. Los resultados en relación al motivo de la consulta dental por los centros no muestran diferencia estadística significativa ($X^2= 9.56$ $p = 0.48$). Ver tabla 9.

En cuanto al lugar más frecuentado para una consulta dental se encuentra con un 59.5% (47) el consultorio privado como el más solicitado, seguidos con un 24.1% (19) correspondiente a las instituciones públicas.

Los resultados en relación al lugar de la consulta dental si muestran diferencia estadística significativa ($X^2=16.5$ $p= 0.005$).

El lugar de la consulta dental por centros estuvo distribuido de la siguiente manera: el 35.5% (11) corresponde a los que más acudieron a una institución pública del centro Unidad Picos, un 28.6% (4) que solicitó los servicios de las instituciones privadas fue en el centro Zapata Vela y un 64.7% (22) de los que visitaron un consultorio privado fue el centro Molino de Rosas. Los resultados en relación lugar la consulta dental no muestra diferencia estadística significativa ($X^2=5.24$ $p = 0.26$). Ver tabla 10.

En cuanto a la percepción personal de la salud encontramos que el 54.6% (53) percibe su salud como regular, y el 14.4% (14) piensa que su estado físico es malo (14.4%). Los resultados en relación a la percepción personal de la salud si muestran diferencia estadística significativa ($X^2=23.7$ $p <.001$).

En cuanto a la percepción personal de la salud por centros se observa que el 47.1% (8) de participantes, consideran que su estado físico es bueno, y se encuentran en Zapata Vela, el 62.2% (28) corresponde a los que piensan que su estado físico es

regular y se encuentran en Molino de Rosas. No hay una diferencia estadística significativa en los resultados en relación a la percepción personal de salud por centros ($X^2=3.44$ $p = 0.48$). Ver tabla 11.

En cuanto a la comparación personal de salud con respecto a otras personas de la misma edad, se observa que el 58.1% (54) piensa que su salud es mejor, el 3.2% (3) cree que su estado es peor que la de otras personas de su misma edad. Los resultados en relación a la percepción personal de salud con respecto a otras personas si muestran diferencia estadística significativa ($X^2= 43.16$ $p <.001$).

En cuanto a la evaluación personal de salud con respecto a otras personas de su misma edad por centros, se observa que el 68.8% (11) de las personas que piensan que su salud es mejor están en Zapata Vela, el 6.1% (2) opinan que su salud en comparación es peor se localizan en Unidad Picos. Los resultados en relación a la percepción personal de salud con respecto a otras personas por centros no muestran diferencia estadística significativa ($X^2= 2.14$ $p= 0.70$). Ver tabla 12.

Respecto al número de visitas al médico en el último año, se observa que el 33.7% (32) de visitas al doctor fue para los que acudieron de 3 a 6 veces, el 18.9% (18) correspondió a los participantes que no asistieron a una consulta medica en este periodo. No muestran diferencia estadística significativa los resultados en relación a las visitas al doctor ($X^2= 5.42$ $p = 0.14$).

En cuanto al número de visitas al médico en el último año por centros se observa que el 41.2% (7) corresponde a los participantes que realizaron de 3 a 6 visitas en Zapata Vela, el 41.2% (14) para los que fueron más de 6 veces Unidad Picos, el 11.8% (4) fue para los que asistieron de 1 a 2 veces en el año en Unidad Picos. Los resultados en relación a las visitas al doctor por centros no muestran diferencia estadística significativa ($X^2= 8.95$ $p = 0.17$). Ver tabla 13.

De acuerdo con el motivo de la consulta al doctor encontramos que la razón más frecuente fue control de rutina a enfermedades ya existentes con un 58.1% (50), y los que solicitaron tratamiento por alguna alteración en su estado de salud con un 37.2% (32). Los resultados en relación al motivo de las visitas al doctor si muestran diferencia estadística significativa ($X^2= 37.4$ $p <.001$).

De acuerdo con lo observado respecto al motivo de las consultas al doctor por centros, encontramos que el 65.6% (21) acudieron por control rutina en Unidad Picos, el 66.7% (8) corresponde a los participantes que asistieron para el tratamiento de alguna molestia de reciente aparición en Zapata Vela. Los resultados en relación al motivo de las visitas al doctor por centros no muestran diferencia estadística significativa ($X^2= 12.6$ $p = 0.13$). Ver tabla 14.

En relación a las enfermedades sistémicas que reportaron tener los entrevistados encontramos que el 13.1% (25) presenta diabetes, el 20.3% (39) hipertensión arterial, el 16.6% (32) sufre reumatismo, el 12.5% (24) tiene osteoporosis, el 37.5% (72) padece alguna otra enfermedad.

En relación a las enfermedades sistémicas por centros que reportaron tener los entrevistados encontramos que el 15.9% (14) tiene diabetes y se encuentra en Molino de Rosas. El 24.1% (7) tiene hipertensión arterial, el 13.8% (4) de osteoporosis, y el 41.3% (12) alguna otra enfermedad lo reportó Zapata Vela. El 20% (15) tiene reumatismo y se localiza en Unidad Picos. Ver tabla 15.

RESULTADO DE TABLAS DENTALES GENERALES

En relación a la pregunta, ¿cual es la principal causa por la que las personas adultas no van al dentista?, el 48.9% (45) respondió que debido al costo del tratamiento dental, en seguida encontramos con un 19.6% (18) como causa el miedo al dolor, y el 2.2% (2) correspondió a la accesibilidad. Si hubo una diferencia estadística significativa ($X^2= 67.6$ $p <.001$) en cuanto a la principal causa de inasistencia al dentista.

En esta misma interrogante, con respecto a los centros del INAPAM, se encontró que en los tres centros la principal causa para no asistir al dentista es el costo. No hubo una diferencia estadística significativa en cuanto a la principal causa por la cual los adultos no van al dentista entre centros ($X^2= 6.26$ $p =0.61$). Ver tabla 16.

En relación al estado de la mucosa en los participantes se encontró que el 54.4% (49) no presenta ninguna alteración a su estado normal, en seguida se observa el 40% (36) con otros trastornos clasificados por la OMS, el 5.6% (5) encontramos a todo tipo de úlceras, en el momento de la revisión. Si hubo diferencias estadísticas significativas ($x^2= 34.06$ $p <.001$) con respecto al estado de la mucosa.

Con respecto al estado de la mucosa por centros encontramos que el mayor porcentaje de participantes aparentemente sanos se encuentra en Molino de Rosas (40.8%), de igual manera con las úlceras (60%).

No hubo diferencias estadísticas significativas con respecto al estado de la mucosa por centros ($X^2= 5.19$ $p = 0.26$). Ver tabla 17.

En relación a la localización de las lesiones encontradas el 29.3% (12) corresponde a la mucosa bucal, en seguida con el 24.4% (10) encontramos al paladar duro, el 2.4% (1) corresponde a los labios. No se encontró una diferencia estadística significativa en relación a la localización de lesiones en la mucosa ($X^2= 8.63$ $p = 0.71$). Ver tabla 18.

RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

De acuerdo a la pregunta ¿con qué frecuencia debe una persona adulta visitar al dentista?, antes de la aplicación del programa de educación 50 de las personas entrevistadas (58.8%), opinaron que las visitas al dentista deberían ser de 2 a 3 veces al año, después de la aplicación del programa, este porcentaje se elevó a 57 personas (67.1%).

Se observó que el número de personas que antes de la aplicación del programa pensaban que visitar al dentista máximo una vez al año fue de 32 (37.6%), de estos 14 personas (43.8%) mantuvieron esta idea después de la aplicación del programa, mientras 17 (53.1%), cambiaron de opinión de 2 a 3 veces y por último una persona (3.1%) la cambió de 4 a 6 veces.

50 personas (58.8%) antes de la aplicación del programa pensaban que lo correcto es visitar al dentista de 2 a 3 veces por año, y de estas, 38 (76%) continuaron con esta opinión antes y después del programa, mientras 10 personas (20%) cambiaron este concepto a máximo 1 vez al año y 2 personas (4%) cambiaron de opinión a 4 a 6 veces.

No se observó diferencia estadística significativa respecto a la opinión de frecuencia de visitas al dentista después de la aplicación del programa. (Wilcoxon = - 0.939 $p = 0.34$) Ver tabla 19.

Con respecto a la frecuencia de cepillado dental que debería tener una persona adulta, se observó que antes de la aplicación del programa 69 participantes (82.1%) pensaba que se deberían cepillarse los dientes de 3 a 4 veces al día, después de la aplicación del programa este número aumentó a 75 entrevistados (89.3%).

Antes de la aplicación del programa 4 personas opinaron que se debían cepillar una vez al día, después de la aplicación, 1 persona (25%) mantuvo esa opinión y las 3 personas (75%) restantes, cambiaron su opinión respecto a la frecuencia de 3 a 4 veces. Se observó que antes de la aplicación 11 personas (13.1%) opinaron que debían cepillarse 2 veces al día, de estas, después de la aplicación, 1 persona (9.1%) cambió a 1 vez, 4 personas (36.4%) mantuvieron la misma idea y 6 (54.5%) cambiaron su opinión a de 3 a 4 veces.

No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a frecuencia de cepillado dental que debería tener una persona (Wilcoxon = - 1.502 p = 0.13). Ver tabla 20.

De acuerdo a la pregunta ¿acostumbra usted cepillar sus dientes?, se observó que antes de la aplicación del programa de educación 84 personas (98.8%) sí se cepillaban los dientes, y 1 persona (1.2%) no lo hacía, después de la aplicación del programa, el número se elevó a 85 (100%) correspondiente a los que cepillan sus dientes.

Con esto se observa que la mayoría de los participantes opinaba que es necesario el cepillado dental, y después del programa se consiguió unificar este criterio. No se observó una diferencia estadística significativa en cuanto a la costumbre de cepillado dental (Wilcoxon = - 1.0 p = 0.31) Ver tabla 21.

Con respecto al número de veces que los participantes acostumbran cepillarse los dientes al día, se observó que antes de la aplicación del programa 37 personas (43.5%) acostumbraba cepillarse de 3 a 4 veces al día y después de dicho programa este número aumentó a 44 personas (51.8%).

Antes de la aplicación del programa 38 personas (44.7%) acostumbraban cepillarse dos veces al día, después de la aplicación del programa, 3 personas (7.9%) disminuyeron su práctica a 1 vez, 21 encuestados (55.3%) mantuvieron esta práctica, y 14 (36.8%) aumentaron el número de veces de cepillado a 3 a 4 veces.

Esto nos indica un aumento hacia el número de veces en el cepillado dental por parte de los participantes. Sí se observó una diferencia estadística significativa en cuanto al número de veces que las personas acostumbran cepillarse sus dientes al día después de la aplicación del programa de educación para la salud (Wilcoxon = - 2.00 p = 0.04). Ver tabla 22.

De acuerdo a la interrogante ¿utiliza algún puente o dentadura?, se observó que antes de la aplicación del programa de educación 63 personas (74.1%) entrevistadas utilizaban prótesis, después de la aplicación del programa, este número disminuyó a 61 personas (71.8%). Antes de la aplicación 63 personas (74.1%) utilizaban dentadura artificial, de las cuales 61 personas (96.8%) continuaron con su uso después de la aplicación del programa y 2 personas (3.2%) la dejaron de utilizar.

No se observó diferencia estadística significativa por uso de puente o dentadura (Wilcoxon = - 1.41 p = 0.15) Ver tabla 23.

Al respecto de la pregunta, ¿tiene el hábito de revisar su boca al asearla?, en general, 41 personas (48.2%), revisaban su boca al asearla, antes de la aplicación del programa y después este número aumento a 60 participantes (70.6%).

Antes de la aplicación del programa educativo 41 personas (48.2%) si acostumbran revisar su boca al limpiarla, de las cuales, 35 personas (85.4%), mantuvieron esta práctica, y 6 participantes (14.6%) disminuyeron esta actividad. El número de personas que respondió no tener el hábito de revisar su boca antes de la aplicación del programa de educación fue de 44 personas (51.8%), de estas 19 participantes (43.2%) se mantuvieron sin realizar esta práctica y 25 personas (56.8%) comenzaron a hacerlo después de la aplicación del programa.

Con esta pregunta se observa que sí hubo un cambio positivo ya que después de conocer la información necesaria, los participantes se formaron el hábito de revisar su boca. Sí se observó una diferencia estadística significativa respecto al hábito de revisar la boca al asearla (Wilcoxon= - 3.41 p = 0.001). Ver tabla 24.

De acuerdo a la interrogante ¿sabe que usted que puede examinar su boca?, se observó que en general, al inicio del programa 23 personas (27.1%) sabían que pueden examinar su boca, después de la aplicación del programa este número aumentó a 70 participantes (82.4%).

El número de participantes que reportaron no saber este concepto antes de la aplicación, fue de 62 personas (72.9%) pero después de la aplicación, 47 personas (75.8%) obtuvieron la información pertinente, y 15 participantes (24.2%), afirmaron que no sabían al respecto.

Si hubo diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento de la posibilidad de autoexaminación bucal (Wilcoxon = - 6.85 p <.001) Ver tabla 25.

De acuerdo a la importancia otorgada a revisar uno mismo su boca, en general, al inicio del programa 32 participantes (37.6%) creían que es importante, y después de la aplicación este número se elevó a 78 participantes (91.8%). En cuanto a los 32 participantes (37.6%) que antes del programa de educación si consideraron

importante realizar esta revisión, después de la aplicación mantuvieron esta idea. Antes de la aplicación del programa 53 personas (62.4%) opinaron que no era importante revisarse, de estas 46 participantes (86.8%) le dieron importancia a esta práctica después la aplicación del programa, y 7 personas (13.2%) se mantuvieron sin darle relevancia a este concepto.

Esta variable es uno de los puntos clave en el programa ya que se recae directamente en la disposición de los participantes en llevar a cabo el autoexamen. Si hubo diferencia estadística significativa en cuanto a la importancia de la realización de un autoexamen bucal (Wilcoxon = - 6.78 p <.001) Ver tabla 26.

Con respecto a la interrogante, ¿alguna vez ha revisado su boca frente al espejo?, En general, se observó que 64 personas (37.6%), antes del programa habían revisado su boca en el espejo, después de la aplicación este número aumentó a 78 participantes (91.8%). Antes de la aplicación del programa 21 participantes (24.7%) reportaron no haber revisado nunca su boca, de estos, 16 personas (76.2%) realizaron esta práctica después de la aplicación del programa y 5 participantes (23.8%) no realizaron esta actividad a pesar de haber recibido la información pertinente.

Sí se encontró una diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica de autorevisión de la boca frente al espejo (Wilcoxon = - 4.0 p <.001). Ver tabla 27.

De acuerdo con la pregunta, ¿podría usted detectar alguna úlcera, agrandamiento o tumefacción en sus dientes, encía u otras partes de su boca?, en general, se observó que antes del programa 58 personas (68.2%) se consideraron capaces de detectar alguna anormalidad, después de la aplicación este número aumentó a 70 participantes (82.4%). Antes de la aplicación del programa 58 personas (68.2%) se consideraban capaces de detectar algún cambio en los tejidos de su boca, de los cuales 51 personas (87.9%) mantuvo esta convicción después la aplicación del programa, y 7 participantes (12.1%) cambiaron de opinión.

El número de participantes que se no se consideraban aptos para detectar alguna anomalía antes de la aplicación fue de 27 participantes (31.8%), de los cuales, 19 (70.4%) reconsideraron su capacidad a este respecto después de la aplicación del programa; y 8 personas (29.6%) conservó la creencia de no poder llevarlo a cabo,

aunque recibió los elementos adecuados. Si hubo diferencia estadística significativa en relación a la detección de anomalías bucales después de la aplicación del programa de educación (Wilcoxon = - 2.35 p = 0.019) Ver tabla 28.

En relación al descubrimiento de algún cambio en los tejidos de su boca ya sea de color o la textura, en los últimos 6 meses, en general, antes del programa 9 personas (10.6%) habían notado algún cambio, después de la aplicación este número aumentó a 12 personas (14.1%). Antes de la aplicación del programa de educación 76 personas (89.4%) no habían notado ningún cambio en los tejidos de su boca, de los cuales 65 participantes (85.5%) se mantuvieron sin cambio, después la aplicación del programa, mientras que 11 personas (14.5%) si notaron alguna alteración.

El número de entrevistados que habían notado algún cambio en sus tejidos antes de la aplicación fue de 9 personas (10.6%), de estas 1 participante siguió observando esta alteración después de la aplicación de la sesión, y 8 personas (88.9%) dejaron de percibir dicha alteración. No hubo diferencia estadística significativa en cuanto a la detección de lesiones bucales llevada a cabo después de la aplicación del programa (Wilcoxon = - 0.68 p = 0.49) Ver tabla 29.

En cuanto a la actitud de las personas respecto a las visitas regulares al dentista, en general, antes del programa 32 personas (37.6%), opinaban que acudían al dentista con la regularidad suficiente y después del programa este número aumentó a 41 (48.2%). Antes de la aplicación del programa 53 personas (62.4%) considera que no acudían regularmente, de estas, 35 participantes (66%) conservaron esta idea después de la aplicación de la sesión, y 18 participantes (34%) cambiaron de opinión.

El número de participantes que consideraron que acudían regularmente al dentista antes de la aplicación fue de 32 personas (37.6%), de las cuales 23 participantes (71.9%) conservaron esta opinión después de la aplicación de la sesión, mientras que 9 personas (28.1%) consideraron que no acudían regularmente.

No hubo diferencia estadística significativa en cuanto a la actitud respecto a las visitas frecuentes al dentista (Wilcoxon = -1.73 p = 0.083) Ver tabla 30.

En relación a la percepción personal de frecuencia de visitas al dentista, en general, antes del programa 41 personas (93.5%) consideran que acuden con menor frecuencia a la que deberían, después de la aplicación este número bajo a 38 participantes (83.6%). Antes de la aplicación del programa de educación 41 personas (93.5%) creían que acuden con menor frecuencia a la que deberían, de estas, 36 personas (84.7%) conservaron esta idea después la aplicación del programa, y 5 participantes (15.3%) creen que acuden con mayor frecuencia de la que deberían. Sin embargo, el número de participantes que consideraron que acudían con mayor frecuencia al dentista de la que deberían, antes de la aplicación fue de 3 personas (6.5%), de estas, 2 participantes (66.7%) consideraron que acudían con menor frecuencia a la que deberían después de la aplicación de la sesión, y 1 persona conservó su opinión. No hubo diferencia estadística significativa en cuanto a la percepción personal de visitas al dentista después de la aplicación del programa (Wilcoxon = - 1.66 p = 0.096) Ver tabla 31.

En relación a la recomendación del dentista para hacer visitas periódicas para una consulta dental, antes de la aplicación del programa de educación 85 personas (100%) si llevarían a cabo esta sugerencia, de estas, 1 participante (1.2%) cambió de opinión después la aplicación del programa, y 84 (98.8%) mantuvieron su decisión a visitar frecuentemente al dentista. No hubo una diferencia estadística significativa en cuanto a la actitud de acudir al dentista a revisarse por parte de los participantes (Wilcoxon = - 1.00 p = 0.31) Ver tabla 32.

En cuanto a la recomendación de acudir al dentista periódicamente para una consulta dental, en general, se observó antes del programa 80 personas (94.1%) si se revisarán frecuentemente, después de la aplicación este número aumentó a 83 participantes (97.6%). De los 80 participantes (94.1%) que si estaban dispuestos a revisar su boca frecuentemente antes del programa, 78 personas (97.5%) mantuvieron esta opinión después de la aplicación del programa, y 2 participantes (2.5%) no mantuvieron esta convicción.

Por otro lado, el número de personas que consideraron que no seguirían la recomendación antes de la aplicación de la sesión fue de 5 participantes (100%), de estos, las 5 personas opinaron que si seguirían la sugerencia después de la

aplicación de la sesión. No hubo diferencia estadística significativa en cuanto a la actitud de autorevisión en los participantes (Wilcoxon = - 1.13 $p = 0.25$). Ver tabla 33.

TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población según en estado civil por centros del INAPAM, Ciudad de México 2003

Estado Civil	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	3	17.6	3	8.6	10	22.2	16	16.5
Casado	5	29.4	15	42.9	14	31.1	34	35.1
Viudo	8	47.1	15	42.9	17	37.8	40	41.2
Separado	1	5.9	2	5.7	4	8.9	7	7.2
Total	17	100	35	100	45	100	97	100

$\chi^2 = 3.82$ $p = 0.70$

Fuente: directa

Tabla 2. Distribución de la población según el número de habitantes que conviven en la casa del encuestado por centros del INAPAM, Ciudad de México 2003

Número de habitantes que viven en su casa	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vive solo	3	17.6	4	11.4	11	24.4	18	18.6
vive con alguien	14	82.4	31	88.6	34	75.6	79	81.4
Total	17	100	35	100	45	100	97	100

$\chi^2 = 2.21$ $p = 0.33$

Fuente: directa

Tabla 3. Distribución de la población según la escolaridad por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Escolaridad	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Analfabeta	4	23.5	5	14.3	3	6.7	12	12.4
Primaria incompleta	8	47.1	15	42.9	19	42.2	42	43.3
Primaria completa	3	17.6	9	25.7	16	35.6	28	28.9
Secundaria	2	11.8	4	11.4	2	4.4	8	8.2
Preparatoria	0	0	0	0	1	2.2	1	1
Estudios técnicos	0	0	2	5.7	3	6.7	5	5.2
Universidad y/o postgrado	0	0	0	0	1	2.2	1	1
Total	17	100	35	100	45	100	97	100

$\chi^2 = 9.50$ $p = 0.65$

Fuente: directa

Tabla 4. Distribución de la población según la situación laboral por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003

Situación laboral	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jubilado	0	0	6	17.1	12	26.7	18	18.6
Jubilado y sigue trabajando	1	5.9	0	0	1	2.2	2	2.1
Retirado	5	29.4	6	17.1	9	20	20	20.6
Trabaja	3	17.6	4	11.4	4	8.9	11	11.3
Nunca ha trabajado	6	35.3	11	31.4	10	22.2	27	27.8
Desempleado	2	11.8	8	22.9	9	20	19	19.6
Total	17	100	35	100	45	100	97	100

$\chi^2 = 10.14$, $p = 0.42$

Fuente: directa

Tabla 5. Distribución de la población según la ocupación por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003

Ocupación	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Hogar	13	76.5	30	85.7	36	80	79	81.4
Empleado	3	17.6	0	0	4	8.9	7	7.2
Comerciante	1	5.9	5	14.3	2	4.4	8	8.2
Negocio	0	0	0	0	3	6.7	3	3.1
Total	17	100	35	100	45	100	97	100

$\chi^2 = 11.3$ $p = 0.07$

Fuente: directa

Tabla 6. Distribución de la población según el ingreso mensual de los participantes por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Ingreso mensual	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de \$1000	10	71.4	19	65.5	11	29.7	40	50
De \$1000 a \$3000	4	28.6	9	31	23	62.2	36	45
Más de \$3000	0	0	1	3.4	3	8.1	4	5
Total	14	100	29	100	37	100	80	100

$\chi^2 = 11.7$ $p = 0.019$

Fuente: directa

Tabla 7. Distribución de la población según la institución a la que están inscritos los participantes por Centros de INAPAM, Ciudad de México 2003

Instituciones a la que pertenecen	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
IMSS	8	47.1	15	42.9	30	66.7	53	54.6
ISSSTE	2	11.8	7	20	5	11.1	14	14.4
DDF	2	11.8	1	2.9	1	2.2	4	4.1
PEMEX / SDN	3	17.6	0	0	2	4.4	5	5.2
Ninguna	2	11.8	12	34.3	7	15.6	21	21.6
Total	17	100	35	100	45	100	97	100

$\chi^2 = 17.4$ $p = 0.025$

Fuente: directa

Tabla 8. Distribución de la población por visitas al dentista en el último año por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003

Visito al dentista últimos 12 meses	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Sí	8	47.1	21	60	25	55.6	54	55.7
No	9	52.9	14	40	20	44.4	43	44.3
Total	17	100	35	100	45	100	97	100

$\chi^2 = 0.77$ $p = 0.67$

Fuente: directa

Tabla 9. Distribución de la población en base al motivo de la consulta dental por los participantes por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Motivo de la consulta dental	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Revisión	2	20	2	9.1	3	10	7	11.3
Restauración dental	1	10	8	36.4	9	30	18	29
Dolor dental	0	0	1	4.5	4	13.3	5	8.1
Elaboración de puente	5	50	4	18.2	8	26.7	17	27.4
Reparación del puente	0	0	2	9.1	3	10	5	8.1
Extracción dental	2	20	5	22.7	3	10	10	16.1
Total	10	100	22	100	30	100	62	100

$\chi^2 = 9.56$ $p = 0.48$

Fuente: directa

Tabla 10. Distribución de la población en base al lugar de la consulta dental por los participantes por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003

Lugar donde recibió atención dental	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Institución pública	2	14.3	11	35.5	6	17.6	19	24.1
Institución privada	4	28.6	3	9.7	6	17.6	13	16.5
Consultorio privado	8	57.1	17	54.8	22	64.7	47	59.5
Total	14	100	31	100	34	100	79	100

$\chi^2 = 5.24$ $p = 0.26$

Fuente: directa

Tabla 11. Distribución de la población en base a la percepción personal de la salud de los participantes por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Describir salud	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Buena	8	47.1	11	31.4	11	24.4	30	30.9
Mala	2	11.8	6	17.1	6	13.3	14	14.4
Regular	7	41.2	18	51.4	28	62.2	53	54.6
Total	17	100	35	100	45	100	97	100

$\chi^2=3.44$ p = 0.48

Fuente: directa

Tabla 12. Distribución de la población en base a la comparación personal de salud con respecto a otras personas de su misma edad por centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

En comparación de salud con otras personas	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mejor	11	68.8	18	54.5	25	56.8	54	58.1
Igual	5	31.3	13	39.4	18	40.9	36	38.7
Peor	0	0	2	6.1	1	2.3	3	3.2
Total	16	100	33	100	44	100	93	100

$\chi^2= 2.14$ p = 0.70

Fuente: directa

Tabla 13. Distribución de la población en base a las veces que visito al doctor en el último año por parte de los participantes por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Número de veces que fue al doctor en el último año	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguna	4	23.5	8	23.5	6	13.6	18	18.9
De 1 a 2 veces	3	17.6	4	11.8	12	27.3	19	20
De 3 a 6 veces	7	41.2	8	23.5	17	38.6	32	33.7
Más de 6 veces	3	17.6	14	41.2	9	20.5	26	27.4
Total	17	100	34	100	44	100	95	100

$\chi^2 = 8.95$ $p = 0.17$

Fuente: directa

Tabla 14. Distribución de la población en base al motivo de la consulta al doctor en el último año por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Motivo de visitas al doctor	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Control de rutina	2	16.7	21	65.6	27	64.3	50	58.1
Tratamiento	8	66.7	11	34.4	13	31	32	37.2
Los dos motivos anteriores	2	16.7	0	0	2	4.8	4	4.7
Total	12	100	32	100	42	100	86	100

$\chi^2 = 12.6$ $p = 0.13$

Fuente: directa

Tabla 15. Distribución de la población en base a las enfermedades sistémicas que padecen los participantes por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Padece alguna enfermedad	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes	3	10.4	8	10.7	14	15.9	25	13.1
Hipertensión arterial	7	24.1	13	17.3	19	21.5	39	20.3
Reumatismo	3	10.4	15	20	14	15.9	32	16.6
Osteoporosis	4	13.8	10	13.3	10	11.6	24	12.5
Otra enfermedad	12	41.3	29	38.7	31	35.1	72	37.5
Total	29	100	75	100	88	100	192	100

Fuente: directa

TABLAS DENTALES GENERALES

Tabla 16. Distribución de la población en relación a la principal causa por la que las personas adultas no van al dentista por centros INAPAM, Ciudad de México 2003.

Principal causa	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Costo	6	40	18	52.9	21	48.8	45	48.9
Accesibilidad	0	0	1	2.9	1	2.3	2	2.2
Tiempo	0	0	1	2.9	2	4.7	3	3.3
Miedo al dolor	5	33.3	8	23.5	5	11.6	18	19.6
Otro	4	26.7	6	17.6	14	32.6	24	26.1
Total	15	100	34	100	43	100	92	100

$X^2 = 6.26$ $p = 0.61$

Fuente: directa

Tabla 17. Distribución de la población con respecto al estado de la mucosa por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Estado de la mucosa	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ningún estado anormal	11	64.7	18	56.3	20	48.8	49	54.4
Úlcera (aftosa, herpética, traumática)	2	11.8	0	0	3	7.3	5	5.6
Otros (estomatitis y fisuras)	4	23.5	14	43.8	18	43.9	36	40
Total	17	100	32	100	41	100	90	100

$X^2 = 5.19$ $p = 0.26$

Fuente: directa

Tabla 18. Distribución de la población con relación al lugar de la mucosa donde se presenta la alteración por Centros del INAPAM, Ciudad de México 2003.

Localización de la lesión	Centros del INAPAM							
	Zapata Vela		Picos		Molino de Rosas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Labios	0	0	1	7.1	0	0	1	2.4
Mucosa bucal	2	33.3	4	28.6	6	28.6	12	29.3
Lengua	1	16.7	3	21.4	5	23.8	9	22
Paladar duro	2	33.3	2	14.3	6	28.6	10	24.4
Bordes alveolares/encías	1	16.7	4	28.6	4	19	9	22
Total	6	100	14	100	21	100	41	100

$X^2 = 3.44$ $p = 0.9$

Fuente: directa

TABLAS DE ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Tabla 19. Distribución de la población con relación a la opinión de los participantes, ¿con qué frecuencia debe una persona adulta visitar al dentista?, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Visitas al dentista al año							
	Antes							
	De 0 a 1 vez		De 2 a 3 veces		De 4 a 6 veces		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%
De 0 a 1 vez	14	43.8	10	20	1	33.3	25	29.4
De 2 a 3 veces	17	53.1	38	76	2	66.7	57	67.1
De 4 a 6 veces	1	3.1	2	4	0	0	3	3.5
Total	32	100	50	100	3	100	85	100

Wilcoxon = - 0.939 p=0.34

Fuente: directa

Tabla 20. Distribución de la población con respecto a la pregunta ¿con que frecuencia una persona adulta debe cepillarse los dientes?, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Número de veces que deberíamos cepillarlos							
	Antes							
	Una vez		Dos veces		De 3 a 4 veces		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Una vez	1	25	1	9.1	1	1.4	3	3.6
Dos veces	0	0	4	36.4	2	2.9	6	7.1
De 3 a 4 veces	3	75	6	54.5	66	95.7	75	89.3
Total	4	100	11	100	69	100	84	100

Wilcoxon = - 1.502 p = 0.13

Fuente: Directa

Tabla 21. Distribución de la población en base al hábito del cepillado dental, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Acostumbra cepillar sus dientes					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	84	100	1	100	85	100
No	0	0	0	0	0	0
Total	84	98.8	1	1.2	85	100

Wilcoxon = - 1.0 p = 0.31

Fuente: Directa

Tabla 22. Distribución de la población con respecto al número de veces al día que cepillan sus dientes, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Veces que cepilla sus dientes al día							
	Una vez		Dos veces		De 3 a 4 veces		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Una vez	2	20	3	7.9	0	0	5	5.9
Dos veces	7	70	21	55.3	8	21.6	36	42.4
De 3 a 4 veces	1	10	14	36.8	29	78.4	44	51.8
Total	10	100	38	100	37	100	85	100

Wilcoxon = - 2.00 p = 0.04

Fuente: directa

Tabla 23. Distribución de la población en cuanto al uso de algún puente o dentadura, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Uso de prótesis					
	Sí		No		Total	
	N	%	N	%	n	%
Sí	61	96.8	0	0	61	71.8
No	2	3.2	22	100	24	28.2
Total	63	100	22	100	85	100

Wilcoxon = - 1.41 p = 0.15

Fuente: Directa

Tabla 24. Distribución de la población respecto al hábito de revisar su boca al asearla, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	¿Tiene el hábito de revisar su boca al asearla?					
	<i>Antes</i>					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	35	85.4	25	56.8	60	70.6
No	6	14.6	19	43.2	25	29.4
Total	41	100	44	100	85	100

Wilcoxon = - 3.41 p = 0.001

Fuente: Directa

Tabla 25. Distribución de la población en relación al conocimiento de una autorevisión bucal, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Sabe que usted puede examinar su boca					
	<i>Antes</i>					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	23	100	47	75.8	70	82.4
No	0	0	15	24.2	15	17.6
Total	23	100	62	100	85	100

Wilcoxon = - 6.85 p <.001

Fuente: Directa

Tabla 26. Distribución de la población en base al conocimiento de una autorevisión bucal, ¿cree usted que es importante su realización?, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	¿Cree importante revisar uno mismo su boca?					
	<i>Antes</i>					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	32	100	46	86.8	78	91.8
No	0	0	7	13.2	7	8.2
Total	32	100	53	100	85	100

Wilcoxon = - 6.78 p <.001

Fuente: directa

Tabla 27. Distribución de la población en relación a la posible revisión de la boca frente al espejo, en alguna ocasión, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Alguna vez se ha revisado frente al espejo					
	<i>Antes</i>				<i>Total</i>	
	<i>Sí</i>		<i>No</i>			
	n	%	n	%	n	%
<i>Sí</i>	64	100	16	76.2	80	94.1
<i>No</i>	0	0	5	23.8	5	5.9
	64	100	21	100	85	100
<i>Total</i>	64	75.3	21	24.7	85	100

Wilcoxon = - 4.0 p <.001 Fuente: directa

Tabla 28. Distribución de la población con base a la posible detección de alguna úlcera, agrandamiento o tumefacción en sus dientes, encía u otras partes de su boca, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Podría detectar anomalía en su boca					
	<i>Antes</i>				<i>Total</i>	
	<i>Sí</i>		<i>No</i>			
	n	%	n	%	n	%
<i>Sí</i>	51	87.9	19	70.4	70	82.4
<i>No</i>	7	12.1	8	29.6	15	17.6
	58	100	27	100	85	100
<i>Total</i>	58	68.2	27	31.8	85	100

Wilcoxon = - 2.35 p = 0.019 Fuente: Directa

Tabla 29. Distribución de la población en relación a la pregunta ¿Ha notado si algún tejido de su boca ha tenido cambios ya sea de color o la textura, en los últimos 6 meses?, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Ha notado cambios en los últimos 6 meses					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	1	11.1	11	14.5	12	14.1
No	8	88.9	65	85.5	73	85.9
	9	100	76	100	85	100
Total	9	10.6	76	89.4	85	100

Wilcoxon = - 0.68 p = 0.49 Fuente: Directa

Tabla 30. Distribución de la población con respecto ha que algunas personas piensan que deberíamos visitar al dentista regularmente, en su caso ¿cree que acude con la regularidad que debe?, en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Cree que acude regularmente al dentista					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	23	71.9	18	34	41	48.2
No	9	28.1	35	66	44	51.8
	32	100	53	100	85	100
Total	32	37.6	53	62.4	85	100

Wilcoxon = - 1.73 p = 0.083 Fuente: Directa

Tabla 31. Distribución de la población en base al criterio en relación a que si no acude usted con la frecuencia que debería, entonces ¿con que continuidad lo hace?: en la Ciudad de México 2003.

<i>Después</i>	Si no acude con la frecuencia que debería, entonces acude:					
	<i>Antes</i>					
	Con menor frecuencia		Con mayor frecuencia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Con menor frecuencia	36	84.7	2	66.7	38	83.6
Con mayor frecuencia	5	15.3	1	33.3	6	16.4
Total	41	100	3	100	44	100

Wilcoxon = - 1.66 p = 0.096

Fuente: Directa

Tabla 32. Distribución de la población con relación a la recomendación de visitar al dentista frecuentemente, ¿cree usted que podría seguirla?, en la Ciudad de México, 2003

<i>Después</i>	Recomendación visitar al dentista			
	<i>Antes</i>			
	Sí lo haría		Total	
	n	%	n	%
Sí lo haría	84	98.8	84	98.8
No lo haría	1	1.2	1	1.2
Total	85	100	85	100

Wilcoxon = - 1.00 p = 0.31

Fuente: Directa

Tabla 33. Distribución de la población en base a si el dentista le enseña a reconocer la textura, color y forma de los tejidos de su boca, ¿se autorevisaría su boca frecuentemente?, en la Ciudad de México, 2003

<i>Después</i>	Se revisaría frecuentemente					
	<i>Antes</i>		<i>Antes</i>		<i>Total</i>	
	Sí lo haría		No lo haría		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si lo haría	78	97.5	5	100	83	97.6
No lo haría	2	2.5	0	0	2	2.4
	80	100	5	100	85	100
Total	80	94.1	5	5.9	85	100

Wilcoxon = - 1.13 p = 0.25

Fuente: directa

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en tres grupos del INAPAM (Instituto Nacional de las personas adultas mayores) por lo que los resultados obtenidos del diagnóstico y evaluación del programa no pueden ser inferidos a la población general, ya que los ancianos entrevistados tienen un mayor acceso a la información sobre salud general, al recibir pláticas periódicamente. Por otra parte, debido al pequeño número de hombres que asisten a los centros, no se pudo hacer una comparación por género.

Este estudio está basado en la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la autoexaminación bucal en individuos de la tercera edad; y aunque se pudieron observar modificaciones en conocimientos y prácticas, es necesario el reforzamiento del programa en ocasiones sucesivas, así como su seguimiento y evaluación, ya que dichos conocimientos adquiridos o modificados, pueden perderse como resultado del paso del tiempo, además de que la autoexaminación es un tema desconocido para este sector de la población. Estos resultados coincidieron con estudios^{37,38} realizados sobre un programa anual de educación para la salud bucodental en China, y en otro³⁹ realizado en Tanzania y Uganda en los cuales han reportado cambios estadísticamente significativos, en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la salud bucal abarcando la higiene y el autocuidado bucal (cepillado y control de placa). Además coinciden en la necesidad de un reforzamiento periódico de dichos programas.

Debido a la escasez de artículos referentes a programas educativos sobre autoexaminación específicamente, no se puede establecer una comparación con lo publicado por otros autores, ya que la mayoría de los artículos referentes al tema, únicamente hacen revisiones bibliográficas^{2,4,6,7,40}, pero muy pocos evalúan la efectividad de programas en este aspecto, de hecho, el objetivo principal de estos artículos es mostrar a las personas en que consiste el procedimiento del autoexamen bucal para que con base en esto, se realice una detección temprana de alguna lesión, enfocado principalmente al diagnóstico y tratamiento de las lesiones encontradas, sin embargo no se evalúan cambios respecto a sus conocimientos o prácticas acerca del tema.

Sin embargo en este aspecto, un estudio preliminar¹⁴ se concentra en la identificación de caries y enfermedad periodontal en pacientes adultos de 20 a 85

años, en el cual los participantes del estudio se autorevisaron y reportaron los resultados de dichas observaciones. La información recibida de los entrevistados, fue posteriormente corroborada por los entrevistadores mediante una examinación clínica realizada por un odontólogo, además de una radiografía panorámica. La información reflejó una semejanza considerable entre la de los pacientes y la información del clínico. Marcando un precedente ya que este es uno de los objetivos de este estudio, que los participantes identifiquen alteraciones en su boca y de esta manera, acudir al lugar correspondiente.

La razón principal para la realización del presente estudio es la importancia de la prevención ya que es muy importante el diagnóstico precoz para prevenir enfermedades o bien para tratarlas oportunamente, por lo que es necesario planificar este tipo de programas para realizarlos de manera sucesiva, y como parte de la promoción a la salud, de tal forma que se pueda lograr el objetivo a una mayor escala para que las personas diferencien si alguna vez un profesional de la salud le ha realizado un examen bucal completo, estar alerta a cualquier alteración en su boca, y conocer los factores que desencadenan la aparición de enfermedades en la cavidad bucal.

En relación a los resultados en cuanto a las visitas al dentista, no hubo cambios significativos en el presente estudio y esto concuerda con los resultados obtenidos por Bian³⁷ y Big Peng³⁸ ya que tampoco obtuvieron cambios estadísticamente significativos en este aspecto por factores sociales como costo y accesibilidad; sin embargo ambos estudios se basan en un programa de educación de salud bucal, los cuales evalúan a los participantes por medio de cuestionarios antes y después de la aplicación del programa.

Una de las ventajas observadas en este estudio, es que la técnica de autoexaminación se basa en un procedimiento fácil de realizar, sin tener que salir de casa, y que al mismo tiempo permite al paciente mantenerse alerta con respecto a su salud bucal.

Cabe mencionar que finalmente todas las necesidades de atención que pudieran surgir como resultado del programa, deben canalizarse a un lugar adecuado donde se les pueda dar la atención adecuada.

Un posible sesgo del presente estudio, consiste en que no se tiene la posibilidad de verificar que las respuestas de cada participante sean veraces, y que efectivamente se haya presentado una modificación en conocimientos, actitudes o prácticas.

Es importante la realización y seguimiento de programas educativos de este tipo, ya que cabe recordar que el deterioro de la salud a nivel de la cavidad bucal, implica también un deterioro a nivel de salud general, interfiriendo directamente en procesos de masticación, fonación e incluso a un nivel psicológico, repercutiendo en la calidad de vida de las personas¹.

CONCLUSIONES

Se obtuvo una modificación significativa de algunos conocimientos como el concepto del procedimiento, ya que proporcionalmente, fue mayor el porcentaje que respondió conocer dicho procedimiento después de la aplicación del programa.

De la misma manera sucedió con la creencia de que es importante llevar a cabo la técnica ya que en el primer cuestionario al no conocer el procedimiento, no se logra evaluar la relevancia para los participantes del mismo ya que la mayoría no conocía el procedimiento, después de la aplicación la gran mayoría consideró importante realizar el autoexamen bucal.

En relación a las prácticas, hubo varios puntos en los que se reportaron datos significativos, tales como el observar un cambio con respecto a la disposición de los ancianos para llevar a cabo un autoexamen, ya que un bajo porcentaje de personas conocía el procedimiento, pero al tener la información adecuada sobre el tema, el segundo cuestionario refleja una buena actitud de los participantes para llevar a cabo el mismo.

En el mismo caso tenemos el haber observado detenidamente la boca cuando a secan, antes de la aplicación del programa; a través de este e informar a los participantes de la importancia de observar, además de conocer la características de la boca, se dio un resultado estadísticamente significativo al final de la aplicación del programa.

También proporcionó datos significativos en cuanto al número de veces que cepillan los dientes al día, ya que a través del hincapié que se hizo a la higiene dental los participantes toman conciencia de su responsabilidad en cuanto a su salud dental,

por lo que en el caso del cepillado que se incremento el número de veces al día se cepillan, en este caso se arrojaron datos estadísticamente significativos.

Aunque para lograr que los cambios obtenidos tengan efectos a largo plazo, se sabe que es necesario un seguimiento periódico de los grupos intervenidos.

No se presentó un aumento en el número de visitas al dentista en el periodo evaluado, pero los participantes se hallan fundamentalmente informados acerca de la necesidad de atención en el momento obligatorio al que hay que acudir a una consulta dental.

RECOMENDACIONES

Con el fin de tener un mejor seguimiento de la efectividad y penetración del presente programa de educación es necesario repetidamente, evaluar el programa para saber cuales fueron los conocimientos, actitudes o prácticas que se mantuvieron y cuales se perdieron ya sea debido a fallas en el programa, o a que los ancianos no retienen por mucho tiempo los conocimientos adquiridos.

De esta manera perfeccionar evaluando los aciertos y errores de este programa, en base a esto se detectan los conocimientos perdidos, se modifica el programa para reforzar estos puntos.

REFERENCIAS

- ¹Gambucci JR. Oral health concerns in older adults. Assessment and treatment. *Postgraduate Medicine (Oral Health)*, 1987 Mar; 81 (4): 363-7, 370.
- ²Laskin D. The pitfalls of self-examination. *J Oral Surg*, 1978 Aug; 36 (8): 587.
- ³Lobos N, Canales ML. System of care for early diagnosis and control of mouth cancer in Chile, using a self-examination approach. *Odontol Chil*, 1989 Dec; 37 (2): 280-7.
- ⁴Glass RT, Abla M, Wheatley J. Teaching self-examination of the head and neck: another aspect of preventive dentistry. *J Am Dent Assoc*, 1975 Jun; 90 (6): 1265-8.
- ⁵Grabau JC, Kaufman S, Uthman AA, Scott SJ. A public education program in self-examination for orofacial cancer. *J Am Dent Assoc*, 1978 Mar; 96 (3): 480-4.
- ⁶Atterbury RA, Vazirani SJ. Examination procedure for oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1968 Jul; 26 (1): 80-6.
- ⁷Scholle RA. Self-examination for oral cancer. *J Am Dent Assoc*, 1983, 107 (1) 21
- ⁸Laskin DM. Cancer prevention through education. *J Oral Maxillofac Surg*, 1993 Aug; 51 (8): 827.
- ⁹Kleinman DV, Swango PA. Prevention and early detection: keys to oral cancer. *J Am Dent Assoc*, 1993 jan; 124 (1): 81-2.
- ¹⁰Payne BJ, Locker D. Oral self-care behaviours in older dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1992; (20): 376-380.
- ¹¹DeBiase CB. Dental health education. *Theory and Practice*. 1ª edición Lea & Febiger; 1991 p: 1-5, 243-264.
- ¹²San Martín H, Pastor V. *Epidemiología de la vejez*, 1ª edición Interamericana-McGraw-Hill, 1990 p:123-126,130-148, 168-193.
- ¹³Nordahl S. Delivery of oral health care to the elderly patient. *Int Dent J*, 1991 Oct; 41 (5): 295-9.
- ¹⁴Könönen M, Lipasti J, Murtomaa H. Comparison of dental information obtained from self-examination and clinical examination. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1986; 14: 258-60.
- ¹⁵Tickle M, Worthington V. Factors influencing perceived treatment need and the dental attendance patterns of older adults. *British Dental J*, 1997 Feb; 182 (3): 96-100.

- ¹⁶Thomas BOA. "Gerodontology": The study of changes in oral tissues associated with aging. *Gerodontology*, 1982; 1 (2): 87-90.
- ¹⁷Miller CS, Epstein JB, Hall EH, Sirois D. Changing oral care needs in the United States: The continuing need for oral medicine. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 2001 Jan; 91 (1): 34-44.
- ¹⁸Marcey J, Kreiger N, Sloan M, Lacroix J. Cancer prevention in the community: a survey of community residents. *Canadian J of public health*, 2001; 92 (1): 48-52.
- ¹⁹Vigild M, Brinck JJ, Hede B. A one-year follow-up of an oral health care programme for residents with severe behavioural disorders at special nursing homes in Denmark. *Community Dental Health*, 1998; 15: 88-92.
- ²⁰Österberg T, Öhman A, Heyden G, Suanborg A. The condition of the oral mucosa at age 70: a population study. *Gerodontology*, 1985; 4 (2): 71-5.
- ²¹Wood, Goaz: Differential diagnosis of oral lesions. Editorial Mosly Year book, 4a edición, 1991, p: 52-60.
- ²²Evashwick C, Conrad D, Lee F. Factors related to utilization of dental services by the elderly. *Am J. Public Health*, 1982; 72: 1129 – 1135. *Geriatrics survey*, 1983; 1: 6-7.
- ²³Woodall, Dafoe, Young, Weed-Fonner, Yankel. *Tratado de higiene dental*, Tomo I, 3a edición. Salvat editores, 1992 p: 180-224.
- ²⁴Lynch MA, Brightman V, Greenberg M. *Medicina bucal de Burket*, Diagnostico y tratamiento, 4ª edición. Interamericana, 1986 p: 158-9, 204-7 391-395.
- ²⁵Spouge JD. *Patología bucal*, 1a edición. Mundi, 1992 p: 367-8.
- ²⁶Natsume N, Suzaki T, Kawai T. Prevalence of oral cancer in the bedridden elderly. *J Oral Maxillofac Surg*, 1995 Jul; 53 (7): 864.
- ²⁷Gagné RM. *Las condiciones del aprendizaje*, 4ta edición. Interamericana, 1987 p: 221-261
- ²⁸Zakrzewska JM, Hindle I, Speight PM. Practical considerations for the establishment of an oral cancer screening programme. *Community Dental Health*, 1993; 10, supplement 1, p: 79-85.
- ²⁹Uitenbroek DG, Schaub RMH, Tromp JAH, Kant JH: Dental hygienists' influence on the patients' Knowledge, motivation, self-care, and perception of change. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1989; 17: 87-90.

- ³⁰Horowitz AM, Moon H, Goodman HS, Yellowitz JA. Maryland adults' Knowledge of oral cancer and having oral cancer examinations. *J of Public Health Dentistry*, 1999; 1: 281-7.
- ³¹Holds D, Schuller A, Grytten J. Future treatment needs in children, adults and the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 113-8.
- ³²Grijalbo, diccionario enciclopédico, 1ª edición. Grijalbo, 1986 p: 27, 484, 1495.
- ³³Organización Mundial de la Salud (Ginebra). Encuestas de salud buco dental, métodos básicos, 2da edición (Ginebra, Suiza). Organización mundial de la salud; 1997; p: 32-3.
- ³⁴Ettinger RL, Jakobsen JR. A comparison of patient satisfaction and dentist evaluation of overdenture therapy. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1997, 25: 223-227.
- ³⁵Ettinger RL, Beck JD, Jakobsen J. Removable prosthodontic treatment needs: a survey. *J of Prosthetic Dentistry*, 1984 March; 51(3): 419-427.
- ³⁶Sharry JJ. *Prostodoncia dental completa*, 1ª edición. Editorial ediciones Toray, 1977 p: 243-267.
- ³⁷Bian JY, Zhang BX, Rong WS. Evaluating the social impact and effectiveness of four-year "Love teeth day" campaign in China. *Adv Dent Res* 1995 July; 9(2): 130-3
- ³⁸Peng B, Petersen PE, Tai BJ, Yuan BY, Fan MW. Changes in oral health Knowledge and behaviour 1987-95 among inhabitants of Wuhan City, PR China. *International Dental Journal*, 1997; 47: 142-147
- ³⁹Astrom AN, Jackson W, Mwangosi E. Knowledge, beliefs and behavior related to oral health among Tanzanian and Ugandan teacher trainees. *Acta Odontol Scand*, 2000; 58: 11-18
- ⁴⁰Burzynski NJ, Moore C, DeJean E. Basic steps in mouth-throat examination for cancer detection. *J Am Dent Assoc*, 1970; 81: 932-934.
-

Anexos

ANEXO 1.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.
SALUD PÚBLICA BUCAL.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN BUCAL PARA EL INSTITUTO NACIONAL DEL
ADULTO EN PLENITUD.

Nombre: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Edad: ____ años ____ meses Fecha de nacimiento: ____/____/____

No. de habitantes en la casa ____

Dirección: _____

Calle

No. Ext.

No. Int.

Colonia

Delegación

C.P.

Teléfono

1. Sexo: 1.Femenino 2. Masculino / _ /

2. Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre / _ /

3. ¿Cuántas personas viven en su casa? / _ /

4. Escolaridad: / _ /

1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria

1. Preparatoria 6. Estudios técnicos 7. Universidad y /o postgrado

8.NS 9. NR

5. Situación laboral: / _ /

1.Jubilado 2. Jubilado y sigue trabajando 3.Retirado 4. Trabaja 5.Nunca ha
trabajado 7. Desempleado 9. NR

6. Ocupación: / _ /

1.Oficio 2. Hogar 3. Técnico 4. Empleado 5. Comerciante 6. Profesionista
7. Negocio propio 9. NR / NS 10. Otra: _____

7. Ingreso mensual: 1. Menos de 1,000 2. De 1,000 a 2,500 3. Más de 2,500 / __/

8. ¿Es usted derechohabiente de alguna de las siguientes instituciones: / __/
1.IMSS 2.ISSSTE 3.DDF 4.PEMEX /SND 5.Ninguna 9.NS / NR

9. ¿Ha recibido atención dental en los últimos doce meses?: / __/
1. Si 2. No 9. NS /NR

10. ¿Cuál fue el motivo de su última consulta dental?: / __/
1. Revisión 2. Restauración dental 3. Dolor dental 4. Dientes flojos
5. Elaboración de puente 6. Reparación de puente 7. Extracción dental

8.Dolor en la boca o cara 9. NA 10.Otro: _____

11. ¿Dónde recibió atención dental por última vez?: / __/
1. Servicio en institución pública 2. Servicio en institución privada 3.
Consultorio privado 9. NA

12. En caso de no haber recibido atención dental en los últimos doce meses, ¿cuáles son las razones para no haberlo hecho? (No mostrar las respuestas al entrevistado, la razón más importante debe aparecer como el número 1, y las menos importantes como el número 4)

a. Es muy caro ir al dentista / __/ d. No tengo tiempo / __/
b. No tengo quién me lleve / __/ e. No lo necesito / __/
c. No soporto la idea de que me duela / __/ f. Otra: _____ / __/

13. ¿Cómo puede describir su salud en general?
1. Buena 2. Mala 3. Regular 4. NS / NR

14. En comparación con otras personas de su misma edad, ¿cómo considera que es su salud? / __/
1. Mejor 2. Igual 3. Peor 9. NS / NR

15. En los últimos doce meses, ¿Cuántas veces fue usted al doctor?: / __/
1. 0 veces 2. 1 a 2 veces 3. de 3 a 6 veces 4. Más de 6 veces 9. NS /NR

16. Si usted visitó al doctor en el último año ¿Cuál fue el motivo de su consulta?
1. Control de rutina 2. Tratamiento 3. Los dos motivos anteriores 9. No aplica
/ __/

17. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?
Diabetes Mellitus / __/ Cataratas / __/

Hipertensión arterial /_/ Problemas de vías urinarias /_
Reumatismo /_/ Otra /_
Osteoporosis /_/

18. En su opinión, ¿con qué frecuencia debe una persona adulta visitar al dentista?
/_/ /_/ / al mes /_/ /_/ / al año

19. En su opinión, ¿con qué frecuencia debe una persona adulta debe cepillarse los
dientes? Al día /_/ /_/ /

20. ¿Acostumbra Ud. Cepillar sus dientes? /_
1. Si 2. No 3. A veces 9. NA

21. Si cepilla sus dientes, ¿Cuántas veces al día lo hace? veces /_/ /_/ /

22. ¿Utiliza algún puente o dentadura? /_
1. Si. 2. No 3. A veces 9. No aplica

23. ¿Tiene el hábito de revisar su boca al asearla? /_
1. Si. 2. No 3. A veces 9. No aplica

24. ¿Sabe que usted puede examinar su boca? /_
1. Si. 2. No 3. A veces 9. No aplica

25. ¿Cree usted importante que uno mismo examine su boca? /_
1. Si. 2. No 3. A veces 9. No aplica

26. ¿Alguna vez ha revisado su boca frente al espejo? /_
1. Si. 2. No 3. A veces 9. No aplica

27. ¿Podría usted detectar alguna úlcera, agrandamiento o tumefacción en sus
dientes, encía u otra parte de su boca? /_
1. Si. 2. No 3. A veces 9. No aplica

28. ¿Ha notado si algún tejido de su boca ha tenido cambios ya sea en el color o la
textura, en los últimos 6 meses? /_
1. Sí 2. No 9. No responde

29. Algunas personas piensan que todos deberíamos visitar a un dentista
regularmente. En su caso ¿cree Ud. que acude al dentista con la regularidad que
debe? /_
1. Completamente de acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.
Completamente en desacuerdo 9. No sabe / no responde

30. Si no acude con la frecuencia que debería, acude: /_
1. Con menos frecuencia de lo que debería ir
2. Con mayor frecuencia de lo necesario

8. No sabe

9. No responde

31. ¿Cuáles son las causas por la que las personas adultas no acudan al dentista?

Por favor ordene los obstáculos de acuerdo a la dificultad que represente para usted ver al dentista con la frecuencia apropiada. La razón más importante deberá aparecer como el número 1, y la menos importante como el 4. Si hay alguna otra que Ud. crea conveniente añadir, por favor hágalo. (Explicar)

OBSTÁCULOS

- Costo. Es muy caro ver al dentista.
- Accesibilidad. No tengo quién me lleve o cómo ir.
- Tiempo. No tengo el tiempo para ir a verlo.
- Miedo al dolor. No soporto la idea de que me duela.
- Otra (i) _____.
- Otra (ii) _____.

(En caso de que se empleen otras respuestas que no puedan clasificarse como obstáculos, marcar en la siguiente lista)

- No hay ninguna razón que justifique no acudir al dentista.
- No tengo necesidad de verlo.
- Otra (i) _____.
- Otra(ii) _____.

32. Para Ud. ¿cómo cree que debe ser una boca saludable?

33. Una recomendación sería consultar periódicamente al dentista. ¿Cree usted que lograría cumplir con visitas periódicas para vigilar la salud de su boca? /__/

1. Completamente de acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. Completamente en desacuerdo 9. No sabe / no responde

34. Si el dentista le enseña a reconocer la textura, color y forma de los tejidos de su boca, usted se autorevisaría su boca frecuentemente? /_/

1. Completamente de acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.

Completamente en desacuerdo 9. No sabe / no responde

¡Muchas gracias por su tiempo!

ANEXO 2. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN DE AUTOEXAMINACIÓN

INTRODUCCIÓN

Es importante el conocimiento de las estructuras de la cavidad bucal así como sus características, para la detección de cualquier característica anormal.

La base que sustenta la práctica de un auto-examen rutinario es mantener siempre vigilada nuestra salud, y principalmente la de las personas más vulnerables a todo tipo de enfermedades como lo son los ancianos, logrando con esto la calidad de vida de los individuos.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

Que las personas asistentes a los tres grupos del INAPAM aprendan a:

- ❖ Reconocer las características de algunas estructuras bucales en estado de salud.
- ❖ Reconocer la presencia de posibles problemas bucales.
- ❖ Realizar el procedimiento para llevar a cabo una autoexaminación de la cavidad bucal.
- ❖ Reconocer la importancia de la realización de un auto-examen de la cavidad bucal, cabeza y cuello.

MATERIAL:

- 1 maniquí.
- 5 espejos faciales.
- Gasas.
- Juego de 11 diapositivas.

PROCEDIMIENTOS:

Para llevar a cabo esta sesión, se reunirá al grupo y se les dará a los participantes una plática inicial, apoyada con transparencias donde se expondrá el concepto de autoexaminación, su importancia como parte regular de la higiene bucal y el procedimiento para llevarlo a cabo. Posteriormente se demostrará el procedimiento de autoexaminación utilizando un maniquí semejando la cabeza de una persona.

Una vez que se ha demostrado mediante diapositivas y el tipodonto el modo de autoexaminación, se procederá a dividir al grupo en cinco equipos, y cada uno de los exponentes explicará la técnica utilizando a una persona perteneciente a cada equipo como modelo. La explicación dada a cada uno de los equipos consiste en lo siguiente:

“Esta sesión está enfocada a la auto-examinación de la cavidad bucal y el paciente debe realizarlo rutinariamente frente a un espejo grande preferentemente, con el fin de tener una buena visibilidad.

Deben tener las manos limpias antes de realizarla, además de una gasa o un pedazo de tela perfectamente limpio que nos ayudará.

1.- La primera área a considerar en nuestra exploración es la cara, la cual deberá ser inspeccionada primeramente de manera visual, iniciando con la piel, labios y observando cualquier cambio de color, abultamiento o úlcera. Teniendo una expresión relajada, debemos observar detenidamente nuestra fación y su balance (es decir si dividimos la cara en forma vertical en dos partes, vamos a observar si existe simetría entre ambas partes). Después de esta revisión visual se procederá a la palpación de la región anterior para verificar lo antes observado.

2.- Posteriormente examinaremos los labios, los cuales se de deberán tomar con los dedos de ambas manos, jalándolos de tal forma que sea visible la parte interna para observar su color y textura. Este procedimiento se hará primero en el labio inferior y después en el labio superior.

3.- Después de examinar los labios también se observará la encía, en sus áreas visibles, las cuales deben ser de un color rosa pálido. Las áreas de la encía que no sean fácilmente visibles se deberán tocar con el dedo índice buscando alguna alteración.

4.- La mucosa bucal deberá examinarse con un dedo de cada mano deslizándose por la parte interna de las mejillas. Deberá advertirse que la presencia de la línea alba oclusal (la cual es una zona pálida que se presenta en la parte interna de la mejilla a la altura de los dientes) es normal, pero hay que revisar algún cambio respecto a su coloración. También debe advertirse la salida del conducto de la

glándula parotida (que se encuentra a la altura de los molares superiores y aparece como una pequeña zona de color rosado con un tono un poco más fuerte que el resto de la mucosa y que constituye una salida constante de saliva)

5.- La lengua deberá ser explorada perfectamente, debido a que tiene una superficie resbalosa es necesario sujetarla con dos dedos (índice y pulgar) ayudados con una gasa o un pedazo de tela perfectamente limpia, la lengua se sujetará por su punta jalándola hacia fuera, y después hacia los lados. Con el dedo índice de la otra mano se deben palpar todas las áreas de la misma. Además se deberá hacer la examinación tanto visual como de palpación del piso de la boca.

6.- El paladar deberá ser observado en su color, así como en cualquier alteración que aparezca como una masa (endurecida o blanda), o ulceración (dolorosa o no). Aparte de que es importante indagar respecto al tiempo de aparición

7.-En las partes laterales del cuello hay que palpar toda el área donde pueda haber nódulos linfáticos involucrados, palpando cualquier protuberancia o anomalía.

8.- Siempre es muy importante poner atención sobre el posible descubrimiento de lesiones blancas, rojas o manchas oscuras, que sería lo más relevante para un diagnóstico temprano. En el momento en que se descubra cualquier lesión de este tipo, se debe consultar lo más pronto posible a su odontólogo".

Al final de la demostración, se pedirá que otras personas realicen el procedimiento para verificar el entendimiento de la sesión, posteriormente se preguntará a los participantes sobre el hallazgo de alguna alteración y si fuera positivo, se tendría vigilada la lesión por dos semanas realizada por el mismo participante y en caso de continuar se canalizaría al servicio correspondiente.

Se dará respuesta a las posibles dudas y cuestionamientos y se agradecerá a los participantes por su tiempo y entusiasta colaboración. Con esto se dará fin a la sesión.