



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Intervención educativa sobre el cuidado de dentaduras removibles
dirigida a adultos mayores en la Ciudad de México durante 2005.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS

P R E S E N T A

C. D. MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS.

TUTORA: DRA. SOCORRO AÍDA BORGES YÁÑEZ.

ASESOR: DR. MARIANO GARCÍA VIVEROS.



MÉXICO, DF

enero 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	3
3. Marco teórico.....	4
a. Antecedentes.....	4
i. Situación demográfica de la población anciana en México	4
ii. Aspectos generales del envejecimiento.....	5
iii. Cambios en el sistema estomatognático.....	5
iv. Educación para la salud.....	7
v. Principios de educación para los adultos mayores.....	8
vi. Componentes del autocuidado.....	8
vii. Objetivos del autocuidado.....	10
viii. Importancia del autocuidado en los adultos mayores.....	10
ix. Autocuidado y aprendizaje en los adultos mayores.....	10
x. Postulados o principios de aprendizaje en esta etapa de la vida.....	10
xi. Modelos de comportamiento.....	12
xii. Nivel individual o intrapersonal.....	12
xiii. Etapas del cambio.....	12
xiv. Creencias de salud.....	13
xv. Comportamiento interpersonal de salud.....	15
xvi. Aprendizaje social ó teoría cognoscitiva social.....	15
xvii. Nivel comunitario.....	17
xviii. Programas de educación para la salud en el mundo.....	17
4. Planteamiento del problema.....	21
5. Justificación.....	22
6. Objetivo General.....	22
7. Objetivos específicos.....	22
8. Hipótesis.....	23
9. Material y métodos	24
a. Diseño.....	24
i. Universo de estudio.....	24

ii. Selección y tamaño de muestra.....	24
iii. Tipo de estudio.....	24
iv. Criterios de inclusión:.....	24
v. Criterios de exclusión.....	24
vi. Criterios de eliminación.....	24
vii. Definición de variables.....	25
viii. Métodos de recolección de información.....	32
ix. Métodos de registro y procesamiento.....	35
x. Organización.....	36
xi. Recursos materiales.....	36
xii. Recursos humanos.....	36
b. Resultados.....	37
i. Descripción sociodemográfica y de utilización de servicios dentales	37
ii. Prácticas de autocuidado respecto al uso de dentaduras.....	46
iii. Prácticas y conocimientos respecto a la frecuencia de higiene.....	49
iv. Prácticas de autocuidado sobre autoexamen.....	60
v. Conocimientos sobre otros métodos de higiene.....	62
vi. Conocimientos sobre uso de dentaduras.....	64
vii. Actitudes respecto al cuidado bucal.....	77
viii. Autoeficacia.....	77
ix. Autoestima.....	85
x. Autodeterminación.....	88
xi. Variables clínicas.....	91
c. Discusión.....	94
d. Conclusiones.....	100
10. Referencias bibliográficas.....	101

Resumen

El propósito de este estudio fue diseñar y evaluar un programa educativo dirigido a modificar los conocimientos, actitudes y prácticas del uso y mantenimiento de dentaduras removibles en ancianos de la Ciudad de México durante 2005. **Método.** Se realizó un estudio transversal para el diagnóstico y de ensayo comunitario en la aplicación. Los participantes pertenecen a cuatro grupos del INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) y tienen 60 años o más. Se aplicó un cuestionario estructurado sobre conocimientos, autoeficacia y prácticas de medidas de higiene y cuidado de las dentaduras removibles, y se realizó un examen clínico utilizando luz artificial, espejo #5 y sonda tipo OMS. Se diseñó y aplicó el programa compuesto de 5 sesiones, enfatizando la importancia de los métodos de higiene y autoexamen. Tres meses después se repitió la aplicación del cuestionario y el examen clínico. **Resultados.** Se entrevistaron 175 personas, 93.1% de sexo femenino. La media de edad fue 71.5 ± 7.5 años. Se observó incremento en las prácticas de higiene de la dentadura después de la intervención (81.1% a 90.4%) ($X^2=4.920$, $p=.027$) y del conocimiento respecto a los métodos de limpieza correcto (10.2% a 28.8%) en el grupo experimental ($X^2=17.039$ $p=.004$). **Conclusiones.** Se observaron cambios en los conocimientos y prácticas sobre los métodos de limpieza de la dentadura entre el grupo experimental y el control, así como, antes y después de la implementación del programa educativo. Es necesario seguir trabajando sobre programas educativos para mejorar la salud bucal de personas de la tercera edad.

Abstract

The aim of the study was to design and evaluate an educational program focused to modify knowledge, attitudes and practices about utilization and maintaining of removable dentures of older people in México City during 2005. **Methods:** A cross-sectional study and a community trial were performed. 175 persons, 60 years old and over from four groups from the National Institute for Elderly People (INAPAM) participated in the study. A questionnaire about knowledge, attitudes and practices regarding the use of removable dentures, as well as, a clinical examination were performed. The educational program was organized in five sessions that emphasized the relevance of hygiene and oral self-examination. The program was evaluated three months after its completion. **Results:** 175 persons were interviewed (93.1% female). Mean age was 71.5 ± 7.5 years. An increase of practices about frequency of hygiene of dentures (81.1% to 90.4%) was observed after the intervention ($X^2=4.920$, $p=.027$), and an increase in knowledge about correct denture hygiene methods (10.2% to 28.8%) in the experimental group ($X^2=17.039$ $p=.004$) was observed. **Conclusions:** Knowledge and practices regarding cleaning methods of dentures were modified after the implementation of the program between the experimental and the control group. It is necessary to keep working on educational programs focused to oral health of the elderly.

Introducción

Los profesionales de la salud (odontólogos, médicos etc.) tienen capacidad para incidir positivamente sobre los conocimientos, actitudes y conductas de salud de la población, al jugar un papel como modelos o ejemplos por una parte (forma pasiva) y como educadores sanitarios por otra (forma activa), de tal manera que pueden llegar a modificar los comportamientos insanos destacando la importancia de los estilos de vida y lo mucho que cada persona puede hacer por su salud al abandonar hábitos negativos y adoptar los positivos¹.

Esta modificación es de suma importancia en la prevención de enfermedades y problemas de salud actuales por lo que es necesario incluir la educación para la salud entre las actividades preventivas que deben proporcionarse a las personas de forma periódica y gradual, lo cual tiene como objetivo que cada individuo se responsabilice por su salud, dejando de lado un papel pasivo y adoptando uno mucho más dinámico². Por otro lado, al compararlos con otros grupos de edad, los ancianos tienen menor acceso a los servicios de salud bucodental (por su situación física y económica), lo cual se refleja en condiciones bucodentales pobres, al presentarse comúnmente problemas de mala higiene bucal, edentulismo, enfermedad periodontal, y otras. Es por este motivo, que se considera de gran relevancia, el mejoramiento y aplicación de medidas preventivas en este sector de la población que les permita el reconocimiento de las enfermedades bucales, evitando su detección en etapas avanzadas cuando ya se tiene que recurrir a tratamientos de tipo restaurativo los cuales son mucho más largos y costosos.

Los programas de educación para la salud dental mejoran las prácticas de higiene y el estado de salud bucodental en poblaciones jóvenes, por lo que es de suma importancia la utilización de patrones similares para mejorar la salud y calidad de vida de los ancianos, enfatizando la optimización de los conocimientos, las actitudes y las prácticas respecto a la prevención, el cuidado profesional periódico y el uso de prácticas de higiene bucal válidas³.

Este proyecto tuvo como propósito diseñar e implementar un programa de intervención educativa para la salud bucal cuyo objetivo fue incrementar el nivel de conocimientos, actitudes de y prácticas de autocuidado respecto al uso y mantenimiento correcto de

dentaduras completas y parciales removibles, así como la revisión periódica de las mismas en un grupo de personas de la tercera edad en la Ciudad de México. Cabe señalar, que este programa fue elaborado conforme a los resultados obtenidos a partir de un diagnóstico inicial, así como una revisión clínica que permitió conocer el estado de salud bucal de los ancianos, y el estado de las dentaduras totales o parciales que se estaban utilizando.

Marco teórico

Antecedentes

La vejez es parte de un proceso, resultado de múltiples causas que al interactuar entre sí conforman una estructura funcional, que vincula el aspecto biológico, mental y socio-ambiental. La vejez no se manifiesta en la misma forma para todos los individuos y aunque tenga características generales comunes, existen variaciones en cuanto al modo como se presenta en cada persona. Esto se debe a que el envejecimiento tiene un aspecto individual y otro social, es decir, depende en gran parte del factor genético propio del individuo, que se ejerce al limitar la duración máxima de la vida para cada especie, y también de la influencia social, que involucra el ámbito de desarrollo, la cual muchas veces es determinante.²

Situación demográfica actual de la población anciana en México

La tercera edad o etapa de madurez permanente como también se le ha denominado a la vejez, ha cobrado gran importancia en los últimos años. La distribución de la población anciana y las proyecciones de población indican que el sector de ancianos, abarcará cada vez mayor proporción de la población total: la concentración de 4.4% en 1996 aumentó a 4.8% en el 2000, y aumentará de 6.2% en 2010 a 13.2% en 2030; y de 24.6% en 2050.⁴

En los últimos años, se ha observado a nivel mundial una transición demográfica y epidemiológica que se expresa en un aumento en la esperanza de vida; México no ha sido la excepción, por lo que actualmente esta esperanza de vida en los mexicanos es de 75 años (72.8 años para los hombres y 77.3 años para las mujeres) y aumentará a 78.1 años en el año 2010, 81.8 años en 2030, y a 83.7 años en 2050.⁴

Así, el sector de la población correspondiente a los 65 años o más seguirá creciendo rápidamente ya que de los 4.8 millones de personas en la actualidad, se

Marco teórico

Antecedentes

La vejez es parte de un proceso, resultado de múltiples causas que al interactuar entre sí conforman una estructura funcional, que vincula el aspecto biológico, mental y socio-ambiental. La vejez no se manifiesta en la misma forma para todos los individuos y aunque tenga características generales comunes, existen variaciones en cuanto al modo como se presenta en cada persona. Esto se debe a que el envejecimiento tiene un aspecto individual y otro social, es decir, depende en gran parte del factor genético propio del individuo, que se ejerce al limitar la duración máxima de la vida para cada especie, y también de la influencia social, que involucra el ámbito de desarrollo, la cual muchas veces es determinante.

Situación demográfica actual de la población anciana en México

La tercera edad o etapa de madurez permanente como también se le ha denominado a la vejez, ha cobrado gran importancia en los últimos años. La distribución de la población anciana y las proyecciones de población indican que el sector de ancianos, abarcará cada vez mayor proporción de la población total: la concentración de 4.4% en 1996 aumentó a 4.8% en el 2000, y aumentará de 6.2% en 2010 a 13.2% en 2030; y de 24.6% en 2050.

En los últimos años, se ha observado a nivel mundial una transición demográfica y epidemiológica que se expresa en un aumento en la esperanza de vida; México no ha sido la excepción, por lo que actualmente esta esperanza de vida en los mexicanos es de 75 años (72.8 años para los hombres y 77.3 años para las mujeres) y aumentará a 78.1 años en el año 2010, 81.8 años en 2030, y a 83.7 años en 2050.

Así, el sector de la población correspondiente a los 65 años o más seguirá creciendo rápidamente ya que de los 4.8 millones de personas en la actualidad, se incrementará a 7 millones en el año 2010, 17 millones en el 2030 y 32.4 millones en el 2050, año en el que la población considerada de tercera edad aumentará a una de cada veinte personas..

Aspectos generales del envejecimiento

La vejez cronológica se define por el hecho de cumplir los 60 años, según lo establecido por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento; esta edad es la misma que se toma en México como base para el retiro laboral.

Los ancianos son personas que debido a su edad, muestran mayor deterioro homeostático y fragilidad consecutiva, esto es agravado por el hecho de que la mayoría padecen por lo menos una enfermedad de tipo crónico degenerativa, lo que también provoca que vaya decayendo su calidad de vida. Este deterioro se presenta a todos los niveles de su funcionalidad.

Cambios en el sistema estomatognático

Los tejidos y órganos que conforman la cavidad bucal también presentan cambios con la vejez. En la mucosa bucal, la queratinización del epitelio, aumenta su espesor durante la senectud y aquellas zonas en donde hay queratosis, son menos sensibles a los traumatismos. Mientras mayor es el grosor de la capa de queratina, es menor la densidad celular

No todos los cambios de la mucosa son atróficos, por ejemplo, en los carrillos, se presenta un aumento de glándulas sebáceas, lo que provoca que esta sea una de las zonas con menor cantidad de pliegues y arrugas.

Los dientes, van a sufrir modificaciones que van desde su color, posición, y estructura que pueden ser provocadas por el desgaste fisiológico y fuerzas de oclusión. Los cambios en la coloración pueden ser por el uso de tabaco y algunos alimentos que contienen agentes colorantes como el té o el café; también se pueden observar algunas pigmentaciones, debido a la existencia de restauraciones como las amalgamas.

La estructura dental puede presentar signos de desgaste, lo cual puede ser resultado del tipo de dieta y consistencia de los alimentos consumidos, algunos factores ocupacionales, o bien a la presencia de bruxismo. Otro tipo de desgaste observado, es el de abrasión que se observa en el cuello de los dientes, el cual, la mayoría de las veces es producido por un cepillado agresivo o aplicado en forma horizontal.

La lengua, con el transcurso del tiempo, adquiere una apariencia brillante y lisa, por la atrofia de las papilas, la cual va relacionada principalmente a la deficiencia de hierro, pues las personas ancianas pueden padecer anemia debido a diversos factores nutricionales. Otro aspecto a considerar en la lengua es la posible presencia de várices linguales, las cuales aparecen profundas, rojas, nodulares y dilatadas a cada lado de la línea media en la superficie ventral de la lengua.

La encía presenta recesión, lo que aumenta la exposición de la superficie radicular del diente, esta recesión no siempre es dada por la presencia de enfermedad periodontal, sino que también se ve influido por el desgaste dentario natural, que se traduce en un proceso de erupción pasiva continua.

Otro cambio observado es la xerostomía (disminución del flujo salival por lo menos del 30% del normal), que puede ser producida por el uso de ciertos medicamentos o bien directamente por algunos problemas relativos a las glándulas salivales. Como consecuencia de la xerostomía, existe una disminución de la lubricación y autoclisis bucal, por lo que algunos factores importantes de inmunidad presentes en la saliva también se ven disminuidos. Así, es común que los ancianos presenten problemas para hablar, masticar y digerir por la disminución de la cantidad de saliva en su boca, pero también, que presenten caries radicular al verse alterados los factores de remineralización y pH.

Por último, en edades avanzadas, también se observa la pérdida dentaria debido a problemas como caries y enfermedad periodontal, lo cual genera múltiples consecuencias como la migración de los dientes contiguos o antagonistas, pérdida ósea del reborde alveolar remanente, pérdida de la dimensión vertical y una serie de problemas derivados de la sustitución de los dientes como la adaptación y el uso a los aparatos protésicos.

Un estudio desarrollado en centros de atención a adultos mayores reportó una prevalencia de edentulismo de 33%, sin embargo aproximadamente el 67% presentaban la pérdida de por lo menos un diente.

En cuanto al reemplazo de los órganos dentarios perdidos, el mismo estudio reportó que un 47.7% de los ancianos utilizan alguna dentadura artificial ya sea total o parcial.

Educación para la salud

La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables. La palabra combinación implica la complementación de distintos métodos educativos, los cuales se complementan con un objetivo de aprendizaje diferente. El integrar dichos métodos, permite alcanzar el conjunto de los objetivos del proyecto de educación para la salud.

Se dice que son experiencias de aprendizaje porque se trata de dominar un comportamiento y experimentar situaciones que conjuntan los aspectos cognitivos (conocimientos), afectivos (actitudes y valores) y psicomotores (habilidades) del comportamiento que se pretende que sea realizado.

Es un aprendizaje planificado, ya que se propicia un proceso de reflexión sistemática, sin embargo, al mencionar los cambios voluntarios del comportamiento, se especifica que todas las personas poseen un modo de vida condicionado por su herencia, desarrollo y entorno, de tal forma que el papel de la educación para la salud es facilitar los cambios de este estilo de vida en forma voluntaria hacia comportamientos saludables, esto es, aquellos que nos permiten mejorar la salud.

Generalmente, el grupo principal hacia el cual van dirigidos los programas educativos de salud lo constituyen aquellas personas a las que se les dificulta el acceso a servicios médicos u odontológicos, es decir la, gente que vive en comunidades rurales o bien las personas ancianas o discapacitadas que requieren de la información adecuada para poder procurarse un mejor estado de salud tanto bucal como general.

En realidad un programa educativo puede aplicarse sin discriminación a cualquier sector de la población, sin embargo las personas enfermas se encuentran muy receptivas a recibir educación sanitaria, ya que la misma enfermedad genera que se incremente su interés por recuperar la salud, y esto constituye una motivación muy fuerte. Esta apertura para la educación, puede extenderse a los familiares de aquellas personas, los cuales también deben recibir los consejos educativos pertinentes.

Existen algunos hábitos ampliamente difundidos entre la población (como fumar), en los que se debe tomar como un principio fundamental no sugerir cambios que el educador no haya logrado antes, esto explicado por el papel pasivo que juega el profesional, mencionado anteriormente, pero también es importante, no intentar cambios radicales en un plazo muy corto, por lo que se debe procurar la modificación de los hábitos insanos en la prevención de las enfermedades y problemas de salud actuales proporcionando la información a las personas en forma periódica y gradual, ya que de otra forma, el programa fracasa, al no lograr la modificación esperada.

Otro de los objetivos de la educación para la salud es actuar sobre los determinantes de la conducta, correspondientes a los distintos factores personales y del entorno; dentro de los primeros, se encuentran aquellos que llevan intencionalidad, como son los factores relativos al saber y querer (factores de autocuidado) y dentro de los factores ambientales, se comprenden los que permiten realizar un comportamiento una vez que se ha decidido realizarlo, es decir, aquellos que permiten continuar un comportamiento o modificarlo. Se puede decir que son los factores que permiten el poder.

En las fases de aprendizaje, se contemplan los distintos periodos experimentados al incorporar sus nuevas acciones, lo cual incluye el estar enterado de la existencia de una conducta, estar interesado por conocer más, sentir la necesidad de adoptar una nueva conducta, tomar una decisión al respecto, ensayar un comportamiento relativo a la toma de esta decisión, y adoptarlo a la conducta que posteriormente será interiorizada.

Principios de educación para los adultos mayores

La metodología utilizada en la educación para la salud contempla la motivación de los adultos para aprender a medida que experimentan necesidades e intereses que pueden ser cubiertos o resueltos a través de la información que se les proporciona, y que al ser aprendida puede ser enfocada al desarrollo de actividades relacionadas con sus roles en un nivel social. En el caso específico de los adultos mayores, se puede aprovechar el apego hacia ciertos hábitos,

costumbres y tradiciones, con la finalidad de orientarlos hacia el cuidado de su salud.

Una adecuada promoción y educación para la salud, se dirige a conceptos fundamentales como el autocuidado o la autoeficacia al basarse en las decisiones individuales respecto al beneficio a la salud, la ayuda mutua que puedan prestarse entre las personas de una comunidad y la creación de entornos o ambientes favorables que propicien el cuidado a la salud.

El autocuidado es asumir voluntariamente que el mantenimiento de la salud es una responsabilidad individual que comprende todas las decisiones y actividades enfocadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. También se puede entender como las actividades que una persona inicia y realiza por decisión propia para mantener la vida, la salud y el bienestar.

El autocuidado se considera como una conducta surgida de la combinación de experiencias cognitivas y sociales; se establece que una persona puede ser su propio agente de autocuidado, tomando en cuenta su entorno, necesidades individuales, y todas las conductas encaminadas a la satisfacción integral de sus aspectos sociales, afectivos y otros.

Para llevar a cabo esta labor, se requiere de un trabajo multidisciplinario, donde el equipo de salud sólo debe actuar como un facilitador del proceso de aprendizaje, organizando el esfuerzo individual y conjunto, pero sobre todo concientizando a las personas sobre su función activa y motivándolas a dejar el papel de receptor pasivo en la atención a la salud. El concepto de autocuidado recae en gran parte, en el adulto mayor y su entorno social (familia, vecinos, voluntarios y comunidad en general).

Componentes del autocuidado

Se consideran como componentes básicos del autocuidado la autoestima, el autoconcepto y la autodeterminación. La **autoestima** se entiende como la valoración que una persona tiene sobre si misma; por lo que se considera indispensable para que exista un autocuidado adecuado; el **autoconcepto**, es el conjunto de pensamientos, ideas, creencias, opiniones y percepciones de una persona respecto a si misma basado en la auto-observación o auto-conocimiento

de sus elementos orgánicos, psicológicos, sociales y espirituales; La **autodeterminación** se compone de todas las decisiones personales que contemplan el cumplimiento de metas partiendo del autoanálisis y autoafirmación, que promueven la transformación y desarrollo personal a partir del disfrute de la condición humana.

Objetivos del autocuidado.

Los programas dirigidos al autocuidado tienen por objetivo ayudar a las personas a:

- Entender y aceptar la responsabilidad de su propio cuidado, adoptando un papel participativo y dinámico.
- Realizar las actividades dirigidas a prevenir las enfermedades y a promover la salud.
- Adquirir algunas habilidades para observar, descubrir y manejar enfermedades comunes y/o algunas lesiones (como en el caso del procedimiento de autoexaminación bucal).
- Controlar enfermedades crónicas y su rehabilitación.
- Utilizar los recursos de salud y sociales en forma adecuada.

Importancia del autocuidado en los adultos mayores

Los programas de autocuidado consiguen en los adultos mayores el mantenimiento de su capacidad funcional al prevenir algunas enfermedades, disminuyen la gravedad de las mismas y mejoran la interacción entre las personas mayores y los servicios de salud a través de una mejor difusión de la información

Autocuidado y aprendizaje en los adultos mayores ⁱ

El aprendizaje y el autocuidado son dos actividades estrechamente vinculadas. El proceso educativo se convierte en un elemento básico e indispensable para el desarrollo de potencialidades de las personas en el cuidado de su salud. La educación para el autocuidado, siempre tiene como objetivo lograr en el menor tiempo posible la independencia de la persona para satisfacer algunas de sus necesidades, al enseñarle a reconocer los factores que determinan el estilo de vida y las fuerzas que condicionan las conductas de salud, por lo que las

personas deben crear las condiciones que les permita desarrollar sus potencialidades y la aceptación de la responsabilidad de sus acciones.

Postulados o principios de aprendizaje en esta etapa de la vida

El aprendizaje en los adultos mayores se facilita cuanto se favorecen las condiciones ambientales que permitan compensar la pérdida de las capacidades visuales y auditivas. El educador debe propiciar un autoconcepto positivo y una alta autoestima, lo que favorece una interacción adecuada con los aprendices, promoviendo las relaciones confiables y la mejor adquisición de nuevas conductas.

Otro elemento facilitador del aprendizaje, lo constituye la ausencia de estrés o ansiedad, que coloquen al aprendiz en una posición negada a la adquisición de nueva información.

Así, la actitud del educador debe ser abierta al diálogo, la crítica, la creatividad y el trabajo, demostrando habilidades de respeto, aceptación y confianza con los ancianos y motivándolos para la libre expresión sin temor a las amenazas o burlas; lo que permitirá al aprendiz percatarse de su capacidad para tener éxito al emprender tareas nuevas, lo que será favorecido, si se añade el suficiente elogio y apoyo efectivo, al demostrar cierto sentido del humor con la persona que trata de adquirir o modificar ciertas actitudes y prácticas.

Esto no es una tarea fácil, ya que requiere de una creencia en las posibilidades de cambio, así como en el desarrollo de competencias para aprender y desarrollar hábitos saludables, mediante la capacidad de escucha y el respeto a las opiniones, objeciones y temores; así mismo, se requiere resaltar abiertamente los logros y recursos individuales, la búsqueda de aliados en los familiares y personas que conforman el entorno del aprendiz, propiciar situaciones de ensayo y práctica en la conducta deseada y por último, desarrollar formas para que los aprendices se percaten de sus propios logros.

En cuanto al ambiente educativo se recomiendan que las personas de tercera edad, se encuentren en sillas cómodas, temperatura agradable, luz y acústica apropiadas, lo que asegura un ambiente seguro y libre de ruidos. La correcta

conjunción de estos elementos resulta indispensable para la construcción de un clima que favorece el aprendizaje.

Modelos de comportamiento

Los programas de salud resultan de utilidad cuando se trata de mejorar la salud, reducir riesgos de las enfermedades, tratar las enfermedades crónicas y considerar aspectos de bienestar y autosuficiencia individual o comunitaria que se encuentren basados en la comprensión integral de los comportamientos de salud y del contexto ambiental provisto por las diversas teorías.

Un adecuado conocimiento de estas teorías, favorece la mejor adaptación a los problemas reales y específicos y la mayoría de las veces evita el fracaso al momento de poner en marcha cualquier programa de educación de salud.

Nivel individual o intrapersonal

Las teorías en el ámbito individual se dirigen a las características intrapersonales, tratando elementos como conocimientos, creencias, motivación, opinión de sí mismo, historial de desarrollo, experiencia, aptitudes y comportamiento. Dentro de este tipo de modelos se encuentran: La Teoría de las etapas del cambio, y el Modelo de creencias en salud.

Etapas del cambio

La idea central de esta teoría, es que cualquier cambio en el comportamiento es un proceso complejo y no un acto, por lo que los individuos atraviesan varias etapas dependiendo del nivel de motivación o disposición en el que se encuentren. Este proceso, se describe en forma circular y no lineal, por lo que las personas se benefician al entrar y salir en cualquier punto de la intervención e incluso con la posibilidad de reanudar el ciclo. Básicamente se identifican cinco etapas: **precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento.**

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
Precontemplación	No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar.	Aumentar la conciencia de la necesidad de cambiar. Proporcionar información personalizada sobre riesgos y beneficios
Contemplación	Se está pensando en cambiar en el futuro cercano.	Motivar, alentar y realizar planes específicos.
Decisión/ Determinación	Se trazan planes para cambiar.	Ayudar en la preparación de planes de acción concretos, fijando metas graduales.
Acción	Implantación de planes de acción específicos.	Ayudar con retroinformación, solución de problemas, apoyo social, refuerzo.
Mantenimiento	Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados.	Ayudar a hacer frente al problema, recordatorios, encontrar alternativas, y analizar fallas o recaídas (según corresponda).

Creencias de salud

Las acciones en salud son motivadas por el grado de temor o amenaza percibida y el potencial que se espera tengan las acciones en la reducción del temor; es decir, que las personas otorguen mayor importancia a la atención de estos temores o miedos en aspectos específicos de salud, que a los posibles problemas u obstáculos que se presenten para solucionarlos. Se debe recordar que una de las motivaciones más fuertes en el ser humano es precisamente el temor o miedo por lo que en el caso de las personas enfermas, los signos y síntomas de la enfermedad son la mejor motivación para el cambio o adquisición de nuevas conductas, sobre todo las relacionadas con el cumplimiento de las prescripciones de su médico. El modelo de creencias de salud se basa en cuatro ideas que

representan la amenaza percibida y los beneficios netos: **susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras**. En 1988 Rosenstock agrega el concepto de **autoeficacia** entendido como la confianza propia en la capacidad de llevar a cabo una acción exitosamente.

Este modelo se utiliza principalmente para elaborar mensajes dirigidos a la persuasión de los individuos en la toma de decisiones saludables, dichos mensajes pueden entregarse por medio de materiales didácticos impresos, medios de comunicación o sesiones personales.

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
SUSCEPTIBILIDAD	Opinión que se tiene respecto a las posibilidades de contraer una afección.	Definir población(es) en riesgo, niveles de riesgo. Personalizar el riesgo sobre la base de las características o comportamiento de una persona. Descartar la susceptibilidad percibida, si es demasiado baja.
GRAVEDAD Percibida	Opinión que se tiene sobre la gravedad de una afección y sus secuelas.	Consecuencias específicas del riesgo y de la afección.
BENEFICIOS Percibidos	Opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto.	Definir las medidas que se han de tomar: cómo, dónde, cuándo; aclarar los efectos positivos que se esperan.
BARRERAS Percibidas	Opinión que tiene uno de los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.	Identificar y reducir barreras por medio de tranquilización, incentivos, ayuda.
SEÑALES PARA LA ACCIÓN	Estrategias para activar la "disposición".	Proporcionar información sobre cómo realizar la acción, promover la toma de consciencia, recordatorios.
AUTOEFICACIA	Confianza en la capacidad de uno mismo de tomar medidas.	Proporcionar capacitación y orientación al realizar la acción.

Comportamiento interpersonal de salud

Estas teorías suponen que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus propios sentimientos, comportamientos y salud. Los individuos y grupos significativos comprenden miembros de la familia, colegas, parejas, profesionales de la salud, amigos que son similares a ellos o que influyen en ellos. Las personas se ven influidas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen influencia en éstos.

Aprendizaje social o cognoscitiva social

El aprendizaje por observación, es con frecuencia llamado “modelo”, ya que las personas aprenden lo que deben esperar por medio de la experiencia de otros, de tal forma, que las personas pueden obtener una comprensión concreta de las consecuencias de sus acciones observando a otros y percatándose si los comportamientos modelados son deseables o no. Este aprendizaje por observación puede ser muy poderoso, sobre todo si la persona que es observada es respetada por la comunidad, o si se considera que tiene características comunes con el observador.

El refuerzo es una respuesta al comportamiento de una persona, que puede provocar que el comportamiento se repita o no. Los refuerzos positivos, con frecuencia llamados recompensas, aumentan las posibilidades de que se repitan los comportamientos. Los refuerzos negativos incluyen castigos y falta de respuesta. Los programas de promoción de la salud que proporcionan recompensas o elogios, estimulan la auto-recompensa y alientan a las personas a establecer hábitos positivos, sin embargo, deben emplearse con cuidado, ya que pueden provocar la dependencia a dichos refuerzos y generalmente no permiten sostener un cambio de larga duración.

En la Teoría de Aprendizaje Social, el comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías en la que interactúan: los factores personales, la influencia ambiental y el comportamiento. Esta teoría fue desarrollada por Albert Bandura en los años setenta, con el nombre de Teoría Cognoscitiva Social.

La teoría del aprendizaje social sintetiza conceptos y procesos a partir de la comprensión cognoscitiva, conductual y emocional del cambio de comportamiento e incluye varios elementos importantes como:

El determinismo recíproco, que tiene que ver con la idea de que el comportamiento y el entorno son sistemas recíprocos, que influyen uno en el otro y viceversa. Es decir, el entorno modela, mantiene y limita al comportamiento, pero las personas no son pasivas en este proceso, y a su vez pueden cambiar y crear dicho entorno. La capacidad de comportamiento sostiene que una persona necesita saber que hacer, cómo hacerlo y el momento preciso de hacerlo. Por lo tanto, pueden necesitarse instrucciones claras o capacitación. Las expectativas son el resultado de lo que una persona cree que ocurrirá como resultado de una acción. La autoeficacia, que determina el esfuerzo propio para cambiar un comportamiento, es la confianza en la capacidad de uno mismo de desempeñar con éxito un tipo específico de acción y puede incrementarse mediante la motivación para vencer obstáculos y la persistencia a través del tiempo.

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
DETERMINISMO RECÍPROCO	El comportamiento es el resultado de interacciones entre la persona y su entorno; el cambio es bidireccional.	Hacer participar al individuo a terceras personas importantes para éste; trabajar para cambiar el entorno, si se justifica.
CAPACIDAD CONDUCTUAL	El comienzo y las aptitudes para realizar un comportamiento influye en las acciones.	Proporcionar información y capacitación sobre la acción.
EXPECTATIVAS	Creencia sobre los probables resultados de la acción.	Incorporar información sobre los posibles resultados de la acción que se aconseja.
AUTOEFICACIA	Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.	Señalar puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; tratar de cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños.
APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN	Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales.	Señalar la experiencia, los cambios físicos de otros. Identificar los modelos dignos de emularse.
REFUERZO	Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuye las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.	Proporcionar incentivos, recompensas, elogios; estimular la posibilidad de respuestas negativas que desanimen los cambios positivos.

3. Nivel comunitario Error! Bookmark not defined.

Los modelos de nivel comunitario son marcos para la comprensión de los sistemas sociales y la activación de las comunidades; en los que se incorporan las perspectivas ecológicas. Estos modelos constituyen una base para tratar de alcanzar las metas de salud para los individuos, grupos, instituciones y organizaciones. Así, los modelos de nivel comunitario sugieren estrategias planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones, cuya misión es proteger y

mejorar la salud en escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención en salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales, tomando como base que la organización comunitaria tiene sus bases en teorías de redes sociales de apoyo, que requieren la participación activa para desarrollar la capacidad de las comunidades en la evaluación y resolución de los problemas de salud.

Las teorías del cambio organizativo tienen que ver los procesos y estrategias para aumentar las posibilidades de que las organizaciones formales adopten e institucionalicen las políticas y los programas de salud.

Programas de educación para la salud en el mundo.

Como se ha mencionado anteriormente, los programas educativos en personas adultas mayores deben recibir el adecuado enfoque para este sector de la población y dar respuesta a sus necesidades específicas sobre los problemas característicos en esta etapa de la vida como aquellos generados por la resorción ósea progresiva, el descenso de la ingesta nutricional y la presencia de una higiene inadecuada que repercuten en una salud bucal pobre. Todos estos elementos pueden tener un efecto considerable en la autoestima de estas personas, lo cual puede ocasionar su aislamiento de los círculos sociales, evitando su desarrollo pleno e integración, sin embargo esto puede prevenirse con intervenciones adecuadas en cuanto al tiempo y la estrategia utilizada para proporcionar la información. Los cambios dramáticos a nivel social, demandan cada día más de los sistemas de salud, por lo que se deben considerar cada vez nuevas estrategias para conocer las necesidades de los individuos mayores, y preparar a los profesionales de la salud en forma adecuada para hacer frente a todos estos retos.

Cada examen inicial con un paciente geriátrico debe incluir no sólo el aspecto de su salud oral, sino también avocarse al desarrollo de habilidades que promuevan un autocuidado y cuya finalidad sea el mantenimiento de una adecuada higiene bucal. Al establecerse con exactitud las necesidades y expectativas del paciente se puede lograr un avance importante en la eliminación de ideas falsas elaboradas por las personas respecto al papel que juegan en el desarrollo de su salud. En la actualidad se han iniciado varias iniciativas nacionales que proveen objetivos de

salud medibles y sugerencias sobre actividades educativas en el área de promoción del área de salud bucal.

En algunos países desarrollados se han implementado programas de educación para la salud bucal, los cuales han logrado resultados satisfactorios sobre la población hacia la cual fueron dirigidos dentro de estos podemos mencionar:

El estudio de Soderholm, y colaboradores, el cual comparó la efectividad de un programa compuesto de 5 sesiones sobre instrucciones de higiene y reducción de placa dentobacteriana y sangrado gingival, con uno compuesto de dos sesiones; a su vez, ambos grupos fueron comparados con uno grupo control que no recibió ninguna de las sesiones. Estos programas fueron aplicados en personas de 29 a 44 años, y dentro de sus resultados podemos encontrar que existió una reducción en la cantidad de placa dentobacteriana, así como una disminución de los dientes que presentaron sangrado gingival en los grupos sobre los que se realizó la intervención comparado con el grupo control.

El estudio de Glavind y colaboradores comparó un programa de control de placa, el cual inicialmente incluyó un pequeño tríptico, y posteriormente instrucciones personales de higiene, contra un grupo control que no recibió intervención en adultos de 25 a 64 años, este estudio reportó una reducción en la cantidad de placa dentobacteriana sobre los grupos después de la aplicación del programa, sin embargo no se encontró diferencia significativa en cuanto a la forma en que se proporcionó la información.

El estudio de Tedescoⁱⁱ, incluyó individuos de 21 a 65 años, en los que comparó la eficacia de un programa de sensibilización de los pacientes, hacia algunas de las causas de la enfermedad periodontal, encontrando una disminución también en la cantidad de placa en las personas después de la aplicación del programa, así como del sangrado gingival.

En cuanto a los estudios realizados en personas ancianas Persson y Powell probaron en 297 personas ancianas cuatro intervenciones estratégicas con diferente nivel de complejidad, partiendo con un grupo control que no recibió intervención, y estableciendo posteriormente una comparación con un segundo grupo al que únicamente se le dio un entrenamiento sobre modificación de

comportamiento, un tercero al que se le dio enjuagues con clorhexidina, el cuarto al cual se le aplicó un barniz fluorado semianual y el último al que se le dio una profilaxis semi-anual. Todos los grupos fueron seguidos por tres años obteniéndose como resultado una variación entre el 19% y 23% en el sangrado gingival sin embargo no se observó una diferencia estadística significativa.

En cuanto a la profundidad de bolsas, después del primer año, se observó una disminución para el grupo 5 comparado con el grupo control, sin embargo esta tampoco fue significativa. Los niveles de inserción mejoraron significativamente en el grupo 5 comparado con el grupo control para las superficies mesiobucales y mediobucales. Cabe mencionar que estas diferencias entre los grupos no permanecieron al término de los tres años.

Mojon evaluó clínica y microbiológicamente los efectos de un programa de salud bucal a largo plazo sobre parámetros clínicos de placa y bacterias salivales, en 116 adultos mayores residentes que accedieron a participar. De estas personas, la mitad fueron incluidas en un grupo experimental y la otra en un grupo control. Cabe señalar que casi todos los residentes se encontraban discapacitados mental o físicamente y muchos de ellos eran dependientes de cuidadores para sus actividades diarias por lo que el programa incluyó como participantes a las personas que cuidaban a los ancianos. Se realizó la recolección de muestras microbiológicas y exámenes bucales al inicio y 18 meses después de aplicado el programa educativo.

Al término del estudio, los índices de placa fueron estadísticamente similares a los datos obtenidos al inicio en ambos grupos. Sin embargo en el grupo experimental, el conteo de *Streptococos mutans* descendió comparado con el obtenido como línea basal, no así en el grupo control. Se concluyó que aunque el programa tuvo un efecto nulo en el decremento del índice de placa, fue efectivo para reducir la colonización de los *Streptococos mutans*.

Un estudio propuesto por Mojon, evaluó la efectividad de un programa educativo para prevenir la candidosis bucal en 237 residentes dependientes o frágiles. Al igual que en el estudio pasado, la mitad de los residentes fueron incluidos en un grupo experimental el cual recibió un programa bucal (incluyendo a los

cuidadores) sobre instrucciones de higiene y un programa recordatorio. Se obtuvieron cultivos de levaduras de la mucosa bucal y de la base de las dentaduras para obtener datos base y 18 meses después. La distribución en cuanto a edad, sexo y estado dental y protésico fue similar en ambos grupos. Dentro de algunos resultados relevantes se encontró que en el grupo experimental la severidad de la inflamación del paladar descendió significativamente, así como la prevalencia de glositis. También se observó una reducción del número de residentes con cultivos positivos y de los marcadores bacterianos a los 18 meses en el grupo experimental.

Finalmente, existen otros estudios sobre programas educativos en personas adultas mayores, que han reportado una mejoría a nivel cognitivo e incluso conductual de los participantes, al reportarse una disminución en el índice de placa y cálculo, sin embargo ninguno de estos cambios han permanecido durante el tiempo establecido para el seguimiento (3 meses como mínimo y 3 años máximo), por lo que la dificultad más importante para la aplicación de este tipo de estudios, es la obtención de cambios conductuales perdurables y mantenidos, que permitan verdaderamente las condiciones bucales para una salud bucal aceptable.

Planteamiento del problema

El cambio demográfico nos impone nuevos retos relacionados con la salud, ya que las enfermedades crónicas que provocan diferentes tipos de discapacidades (entre ellas las bucodentales) provocarán una mayor demanda de servicios con un nivel de atención más complejo.

En 1999, se realizó un estudio en cuatro grupos del INAPAM (Instituto Nacional de Atención al Adulto Mayor), cuyos resultados mostraron un pobre estado de salud bucodental en los ancianos, ya que únicamente el 33.5% de los mismos aún conservan la mayoría de sus dientes, mientras el 66.5% ya no tienen ninguno o bien ha perdido la mayoría de sus órganos dentarios.

El mismo estudio reveló la necesidad de proporcionar al adulto en plenitud los conocimientos acerca de los cuidados que deben tener con su dentadura, ya sea natural o artificial, pues es muy poca la información sobre medidas de higiene bucal otorgada a los pacientes por los dentistas y un alto porcentaje de los ancianos aplican métodos de limpieza empíricos o equivocados. En cuanto al reconocimiento de las características que se encuentran defectuosas en una prótesis al igual que en otros estudios, se observó que existe una mínima coincidencia entre la evaluación otorgada por los odontólogos y la opinión expresada por los sujetos sobre la funcionalidad, estética y estabilidad de las dentaduras completas lo cual indica que los adultos mayores desconocen las cualidades que debe tener una dentadura para considerarse funcional. Por este motivo, la pregunta de investigación es

¿Existe modificación en los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado respecto al uso de dentaduras removibles en personas de la tercera edad pertenecientes al INAPAM después de la aplicación de un programa de educación para la salud bucodental dirigido a personas de tercera edad?

Justificación

La realización de este proyecto puede mejorar la calidad de vida de las personas que participen ya que al proporcionar la información adecuada, en la forma correcta se puede lograr la motivación necesaria para incrementar la asistencia a los servicios dentales evitando la indiferencia en el cuidado de salud bucal por los ancianos. Por otra parte, puede contribuir a evitar el uso continuado de prótesis removibles que se encuentran en malas condiciones, provocando lesiones en los tejidos bucales, lo que a su vez causa dolor y dificultad para comer en las personas portadoras, sin mencionar el factor estético, que permite la plena integración social. Asimismo, este trabajo puede servir como base para el diseño e implementación de programas de promoción para la salud bucal en ancianos en diferentes centros de atención y cuidado de ancianos (asilos, centros recreativos, clubes).

Objetivo General

Identificar si existe modificación en los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado respecto al uso y mantenimiento de dentaduras removibles entre tres grupos de ancianos que reciban un programa de educación para la salud bucodental y compararlo con un grupo control; todos pertenecientes al INAPAM en la Ciudad de México, durante 2005.

Objetivos específicos:

- Conocer la proporción de personas usuarias de dentaduras removibles en un grupo experimental y uno control del INAPAM durante 2005.
- Identificar los conocimientos respecto a la frecuencia y método de higiene de una dentadura removable en un grupo experimental y uno control del INAPAM; e identificar si existe diferencia en estos conocimientos entre los grupos, después de la aplicación de un programa educativo.
- Identificar las actitudes respecto a las indicaciones de higiene, asistencia al dentista y realización de autoexamen en un grupo experimental y uno

control del INAPAM e identificar si existe diferencia de estas actitudes entre los grupos después de la aplicación de un programa educativo.

- Identificar las prácticas de limpieza, estado de higiene de las dentaduras superiores y práctica de autoexamen en un grupo experimental y un grupo control del INAPAM, e identificar si existe diferencia entre los grupos después de la aplicación de un programa educativo.
- Identificar el estado de higiene bucal en los dientes remanentes de las personas en un grupo experimental y un grupo control del INAPAM e identificar si existe diferencia entre los grupos después de la aplicación de un programa educativo.

Hipótesis

H01:

Los conocimientos respecto a la frecuencia y método de higiene correcto de las dentaduras removibles son iguales en el grupo experimental con respecto al grupo control después de la aplicación del programa educativo.

Ha1: Los conocimientos respecto a la frecuencia y método de higiene correcto de las dentaduras removibles son diferentes en el grupo experimental con respecto al grupo control después de la aplicación del programa educativo.

H02:

Las actitudes respecto a las indicaciones de higiene, visitas al dentista y procedimiento de autoexamen son iguales en el grupo experimental con respecto al grupo control después de la aplicación del programa educativo.

Ha2: Las actitudes respecto a las indicaciones de higiene, visitas al dentista y procedimiento de autoexamen son diferentes en el grupo experimental con respecto al grupo control después de la aplicación del programa educativo.

H03: Las prácticas de limpieza correctas (uso de detergente,) estado de higiene de las dentaduras superiores y práctica de autoexamen son iguales en el grupo experimental con respecto al grupo control después de la aplicación del programa educativo.

Ha3: Las prácticas de limpieza correctas (uso de detergente,) estado de higiene de las dentaduras superiores y práctica de autoexamen son diferentes en el grupo experimental con respecto al grupo control después de la aplicación del programa educativo.

Material y métodos.**Universo de estudio.**

180 hombres y mujeres de 60 años y más asistentes a los grupos de convivencia: “Juventino Rosas”, “La Cruz” y “María Reyna” en la Delegación Magdalena Contreras y “Alegría de vivir” ubicado en la delegación Álvaro Obregón. Todos pertenecientes al INAPAM en la Ciudad de México D.F. en el año 2005.

Selección y tamaño de muestra

El estudio se llevó a cabo sobre la totalidad de los grupos elegidos

Tipo de estudio.

Transversal durante el diagnóstico de salud.

Ensayo Comunitario durante la aplicación del programa.

Criterios de inclusión:

- Individuos que aceptaron participar en el estudio.
- Tener 60 años o más cumplidos a la fecha del registro.
- Individuos inscritos al INAPAM en la Ciudad de México durante 2005.

Criterios de exclusión

- Individuos con problemas físicos o mentales que le impidiera responder la entrevista.

Criterios de eliminación

- Individuos que dejaron de asistir a las sesiones del programa de educación para la salud.

Definición de variables**Variables sociodemográficas y de atención dental**

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

Sexo: Se registró como **Masculino** y **Femenino** según lo observado por el examinador durante el interrogatorio.

Estado civil: Es la condición de cada persona con relación a sus derechos y obligaciones civiles. Se registró como **Soltero, Casado, Viudo o Divorciado**, de acuerdo a lo reportado por las personas al momento del interrogatorio.

Nivel de escolaridad: Es el máximo grado de estudios que poseen los participantes al momento de ser interrogados. Se registró como: **Analfabeta, Primaria Incompleta, Primaria Completa, Secundaria, Preparatoria, Estudios Técnicos y Universidad**, de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.

Ocupación: Es el trabajo que desarrolla la persona actualmente. La información se obtuvo por interrogatorio directo registrándose como: **Oficio, Hogar, Técnico, Empleado, Comerciante, Profesionista, Negocio Propio, Otra**

Ingreso actual: Cualquier tipo de ingreso monetario recibido (pensiones, rentas, seguros, gasto, sueldo, etc.) durante un mes, expresado en pesos. La información se obtuvo por interrogatorio directo registrándose como: **Menos de \$1000, de \$1000 a 3000 y más de \$3000.**

Número de habitantes en casa: Es el número de personas que comparten el domicilio con el entrevistado. La información fue obtenida por interrogatorio directo y se registró como: **ninguno, de 1 a 3 personas, de 4 a 6 personas y más de 6 personas.**

Derechohabiencia: Derecho a recibir atención por parte de alguna institución de salud. La información fue obtenida por interrogatorio directo y se registró como **Seguridad social (ISSSTE, IMSS, PEMEX) , Institución privada(servicio de bancos), Ninguna, No sabe.**

Asistencia al dentista: Corresponde al uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. Esta información fue obtenida por interrogatorio directo mediante la pregunta:

¿Ha recibido atención dental en los últimos doce meses?

1.Sí 2.No

Frecuencia de asistencia al dentista: Es el número de veces que se asiste a consulta dental por cualquier motivo durante un año. La información se obtuvo directamente mediante la pregunta:

¿Con qué frecuencia visita al dentista en un año?

Y se registró como el número de veces reportada por el entrevistado.

Tipo de tratamiento recibido: Esto es la causa por la cual se hizo uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. La información fue obtenida por interrogatorio directo y se registró como: **revisión, limpieza, reparación de dentadura, rehabilitación, elaboración de dentadura, extracción dental, dientes flojos, dolor en la boca o en la cara y otros.**

Motivo para no recibir atención dental: Es la causa por la cual no se hizo uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. La información fue obtenida por interrogatorio directo y se registró como: **es muy caro ir al dentista, no tengo quien me lleve, no soporto la idea de que me duela, no tengo tiempo, no lo necesito, otra.**

▪ **Variables sobre el programa de educación**

Programa de educación para la salud sobre uso y mantenimiento de dentaduras removibles: Es la serie de pasos a seguir para proveer a los ancianos de la información necesaria con respecto al cuidado personal enfocado al cuidado y mantenimiento de dentaduras removibles totales o parciales, que a través de técnicas, materiales y recursos facilitan el proceso de aprendizaje y forman en los ancianos una percepción adecuada de sus capacidades y del uso de las habilidades personales, para decidir y actuar a favor de la salud bucal. Este programa se encuentra basado en la Teoría de Aprendizaje Social propuesto por Bandura y estuvo compuesto por cinco sesiones las cuales se encuentran en el manual operativo descrito en el anexo 1.

Prácticas de autocuidado respecto al uso de dentaduras removibles: Son las actividades cotidianas de las personas respecto a la utilización de algún aparato protésico dental removible. La información se obtuvo directamente del paciente mediante las siguientes preguntas con sus correspondientes opciones de respuesta:

- **¿Utiliza algún puente o dentadura postiza?**
1. Sí 2. No 3. No sabe
- **¿De qué tipo?**
 1. Puente pegado a mis dientes
 2. Dentadura completa removible
 3. Puente removible con ganchos.
 4. Otro: _____

Prácticas de autocuidado respecto a la frecuencia y método de higiene de las dentaduras: Son las actividades que realizan las personas y que están relacionadas con los métodos y frecuencia de limpieza de las dentaduras, así como con su mantenimiento. La información se obtuvo por interrogatorio directo mediante las siguientes preguntas con sus correspondientes opciones de respuesta:

- **¿Acostumbra limpiar sus puentes o dentaduras?**
1. Sí 2. No 3. A veces
- **¿Con qué frecuencia limpia sus puentes o dentaduras?**
 1. Una vez al día 2. Dos veces al día 3. Tres veces al día.
- **¿Con qué las limpia?**
 1. Con pasta dental y cepillo
 2. Con jabón de pasta
 3. Con detergente
 4. Con bicarbonato

5. Nada más con agua.
6. Con limpiadores especiales.
- **¿Acostumbra dormir con sus dentaduras o puentes puestos?**
 1. Sí 2. No 3. A veces
- **Si se quita sus puentes para dormir ¿en dónde los guarda el tiempo que no están en su boca?**
 1. En el cajón 2. En un vaso con agua 3. En una servilleta 4. No aplica
 5. Otro:
- **Algunas veces me quito la dentadura postiza para poder comer**
 1. Sí 2.No 3. A veces.
- **Sólo utilizo mis dentaduras postizas si salgo a la calle**
 1. Sí 2.No 3. A veces
- **Cuando me pongo o quito el puente, lo hago sosteniéndolo por los ganchos.**
 1. Sí 2. No 3. A veces

Conocimientos sobre frecuencia y método de higiene bucalⁱ: Es el nivel de discernimiento y diferenciación de las personas entrevistadas con respecto a aspectos de frecuencia y método de higiene de las dentaduras removibles. La información se obtuvo directamente del entrevistado mediante las preguntas:

¿Con qué frecuencia limpia sus puentes o dentaduras?

1. Una vez al día 2. Dos veces al día 3. Tres veces al día Otra: _____

¿Con qué las limpia?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Con pasta dental y cepillo | 4. Con bicarbonato |
| 2. Con jabón de pasta | 5. Nada más con agua |
| 3. Con detergente | 6. Con limpiadores especiales. |
| 7. Otra: _____ | |

¿Conoce otra forma de limpiar sus dentaduras?

- 1.Sí 2.No 3.No aplica

¿Cuál? _____.

Conocimientos sobre el uso de las dentaduras: Nivel de discernimiento respecto a las indicaciones de uso de las dentaduras removibles, así como las características que provocan que no funcione.

La información se obtuvo por interrogatorio directo mediante las siguientes preguntas, algunas de las cuales sostienen conceptos falsos ya que se pretende observar si existe diferenciación por parte del entrevistado y se registraron como

Si/ No/ No sabe:

- **Dormir con el puente o dentadura puesta, causa problemas en mi boca**
- **Es normal que al comer se queden atrapados restos de alimentos debajo de los puentes o placas**
- **Todos los puentes y dentaduras se desgastan después de cierto tiempo de uso.**
- **Las personas que no tienen dientes, necesitan lavarse la boca.**
- **Los ganchos de los puentes causan caries y problemas de encías.**
- **Una dentadura postiza floja puede provocar lesiones en la boca.**
- **La pérdida de los dientes es resultado natural del envejecimiento.**
- **Una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas.**
- **El dolor es la única señal de que la boca está enferma.**
- **Si conservo mi dentadura en buenas condiciones, mejoro mi apariencia.**

Actitudes respecto al cuidado bucal, asistencia al dentista, realización de autoexamen

Actitud Se entiende como actitud, aquella disposición para actuar selectivamente en una forma determinada, es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, en este caso respecto a la adquisición de acciones y hábitos encaminados al mantenimiento de la salud bucal. Esta variable está compuesta por tres aspectos: autoeficacia, autoestima y autodeterminación.

Autoeficacia: Son los elementos que revelan un estado de ánimo, un pensamiento respecto a la capacidad para realizar acciones encaminadas al

cuidado de la salud bucal, específicamente sobre las visitas frecuentes al dentista, el procedimiento de autoexamen y el seguimiento de las indicaciones de higiene apropiadas. Es un factor relacionado directamente con el poder. La información se obtuvo directamente del entrevistado mediante las siguientes preguntas y se registraron como Si/ No/ A veces.

- **Soy responsable del cuidado de mi salud bucal.**
- **Puedo comunicarle a mi dentista mis problemas bucales.**
- **Soy capaz de adaptarme a los cambios ocurridos en mi organismo como parte del envejecimiento**
- **Sería muy difícil seguir las indicaciones del dentista para limpiar mi dentadura postiza.**
- **Sería muy difícil asistir al dentista con la frecuencia indicada**
- **Las personas de mi edad pueden revisarse a sí mismas su lengua, dientes, encía y labios.**

Autoestima: Se entiende como la valoración que una persona tiene sobre si misma. La información se obtuvo directamente del entrevistado mediante las siguientes preguntas, registrándose como Sí/ No/ A veces:

- **Me siento con ánimo de verme mejor**
- **Soy una persona valiosa en mi familia**
- **La pérdida de mis dientes me ha hecho una persona menos atractiva**

Autodeterminación: Se compone de todas las decisiones personales en la vida diaria por lo que contempla el cumplimiento de metas, que promueven la transformación y desarrollo personal respecto al cuidado de la salud bucal. Es un factor relacionado directamente con el querer. La información se obtendrá a través de interrogatorio directo mediante las siguientes preguntas, registrándose como Sí/ No/ No sabe. :

- **Quiero mejorar mi salud bucal, acudiendo con el dentista regularmente**
- **Estoy dispuesto a aprender a revisar mi boca por mi mismo.**

Prácticas de autocuidado respecto al autoexamen bucal: Son las actividades que realizan las personas y que están relacionadas con el ejercicio de un autoexamen bucal rutinario. La información se obtuvo por interrogatorio directo mediante las siguientes preguntas, registrándose como Sí/ No/ A veces :

- **Me reviso mi boca frente al espejo cuando me lavo los dientes:**
- **Detecto la presencia de postemillas o lesiones en mi boca cuando me salen:**

▪ **Variables bucodentales**

Edentulismo.- Es la ausencia de todos los dientes naturales por cualquier causa (caries, traumatismo, enfermedad periodontal, etc.) en ambas arcadas. La información fue obtenida al momento del examen clínico por el observador y se registró como: superior, inferior, total.

Pérdida de dientes: Es la ausencia de por lo menos un diente por cualquier causa. La información fue obtenida al momento del examen clínico por el observador y se registró como sí o no.

Higiene bucal.- Se entiende como la acumulación de placa y cálculo, usando las superficies vestibular y lingual de todos los dientes. La información se obtuvo a través del examen clínico y se registró según el Índice de Higiene Oral descrito en el Anexo 2.

Acumulación de placa en dentaduras completas superiores:

Es la acumulación de placa en la superficie de las dentaduras completas superiores. La información se obtuvo por observación directa y se registró de acuerdo al índice de acumulación de placa para dentaduras superiores propuesto por Ambjorsen descrito en el Anexo 3.

Uso de Dentadura Total.- Es la utilización de aparatología protésica que sustituya todos los dientes de una o ambas arcadas y los tejidos asociados. La información fue obtenida por observación directa y se registró como Superior, Inferior, Ambas

Uso de dentadura parcial.- Es la utilización de cualquier aparatología protésica que sustituya los dientes y estructuras asociadas en una arcada parcialmente edéntula y que puede ser removida de la boca por el usuario. La información fue

obtenida a través del examen clínico y se registró como: **prótesis parcial unilateral** (cuando sustituyen uno o varios dientes que se encuentren en un lado de cada arcada), **prótesis parcial bilateral** (cuando sustituyen uno o varios dientes presentes en ambos lados de cada arcada, **ambas** (si utilizan en una arcada un bilateral y en otra uno o dos unilaterales).

Métodos de recolección de información

Este proyecto se dividió en tres etapas

▪ **Primera etapa**

Se solicitó la autorización al Instituto Nacional Para la Atención al Adulto Mayor en la Ciudad de México para la participación de los cuatro grupos de ancianos (estos grupos, no debieron haber recibido algún programa similar anteriormente).

Se tuvo una reunión inicial para explicarles los objetivos del programa y solicitar su participación.

El diagnóstico de conocimientos, autoeficacia y prácticas se realizó mediante un cuestionario estructurado (descrito en el anexo 4); cabe destacar, que previo a la aplicación de dicho cuestionario, se solicitó el consentimiento informado verbal a cada uno de los participantes y en caso de respuestas negativas, se respetó la decisión de las personas. También se hace mención del hecho de que no se ofreció ningún tipo de incentivo o pago a los participantes.

Posteriormente se llevó a cabo un examen clínico para conocer el estado de higiene bucal, registrando ya sea el índice de Higiene Oral (IHO), ó el Índice Aditivo de Placa en Dentaduras Completas Superiores. Este examen se realizó con el paciente sentado bajo luz artificial, utilizando un espejo bucal del No. 5 y sonda tipo OMS, en una habitación separada del centro de actividades que contaba con una mesa sobre la cual se colocó todo el material. Cabe señalar que se les pidió a los participantes no ingerir alimentos por lo menos una hora previa al examen clínico, para no modificar el estado de higiene ya que en estos grupos al ser de convivencia es común la ingestión de alguna colación entre comidas.

La entrevista y el examen clínico las realizó un examinador, cirujano dentista previamente calibrado. Se llevaron a cabo dos pruebas piloto en 20 personas cada

uno para verificar la aceptación de las preguntas que conformaron la entrevista , el tiempo de duración de los exámenes y las entrevistas, así como la comprensión de las preguntas por parte de los entrevistados y por último la estandarización de los examinadores. En el Anexo 5 se mencionan las modificaciones del cuestionario basadas en ambas pruebas piloto.

Diseño:

Se llevó a cabo el diseño del programa de educación para la salud que consistió en cinco sesiones, las cuales fueron modificadas de acuerdo a las necesidades identificadas a través del diagnóstico inicial antes de su aplicación, sin embargo, el contenido fue igual para todos los tres clubes que conformaron el grupo control. Estas sesiones abarcaron los siguientes temas:

Sesión I: Identificación de los problemas de salud bucal más comunes. Esto permitió seleccionar de manera conjunta los temas de mayor interés que requerían sean abordados durante el transcurso del Programa

Sesión II: La salud bucodental como componente de bienestar integral: En esta sesión se explicaron las funciones de la boca en los ámbitos, biológico y psicosocial, así como las consecuencias de la falta de cuidado de la misma.

Dentro de la función biológica se destacaron los aspectos positivos en el organismo de una buena salud bucal y cómo la masticación, la deglución, saborear los alimentos y hasta el acto de hablar pueden repercutir en la digestión y la nutrición. Por otro lado, una mala salud bucal puede traer consigo serios problemas al estado general de salud.

Respecto a las funciones psicosociales, se hizo hincapié en que una boca sana permite cultivar tanto las relaciones sociales como las de pareja, ya que el individuo se presenta en público sin temor y puede platicar, expresar sus sentimientos, reír, divertirse y saborear sus alimentos. Todo esto hace que la gente se sienta segura, ya que el mal aspecto físico puede ser causa de rechazo o crítica; además, una boca saludable ayuda a mantener la forma de la cara.

La falta de cuidado de la boca puede llegar a provocar dolores intensos, lo cual tarde o temprano lleva a la pérdida de piezas dentales y tener que utilizar

prótesis, con todo lo que esto implica en el aspecto económico y de sufrimiento. Otros hábitos también perjudican la salud dental, como la utilización de azúcares, fumar e ingerir bebidas alcohólicas.

Sesión III: Identificación de los componentes de una prótesis dental. A través de la cual los ancianos conocieron los diferentes tipos de prótesis existentes, así como las partes que las componen, y sus características funcionales.

Sesión IV: Limpieza y cuidado de las dentaduras totales y parciales removibles. Esta sesión presentó la descripción de los componentes de las prótesis removibles que son frecuentemente utilizadas por personas ancianas. Se revisaron los conceptos sobre adaptación, mantenimiento y limpieza de los puentes y dentaduras que tiene la persona que los utiliza.

Sesión V: Autoexamen bucal:

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 autoexamen 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 personas.

▪ **Segunda etapa**

Se conformaron únicamente dos grupos, el experimental (que recibiría las sesiones que componen el programa educativo) y el control, eligiendo en forma aleatoria, los tres clubes que constituirían el grupo experimental (Molino de Rosas, La Cruz y Juventino Rosas) y el que serviría como control (Alegoría de vivir) que aunque no participó en las sesiones, recibió indicaciones de generales de cuidado bucal dos semanas después de concluida la tercera etapa del proyecto, esto es, una vez que se aplicó el segundo cuestionario. Se llevó a cabo la aplicación de las sesiones del programa de educación para la salud bucal en ancianos, las cuales se dieron una vez por semana, tratando en cada sesión

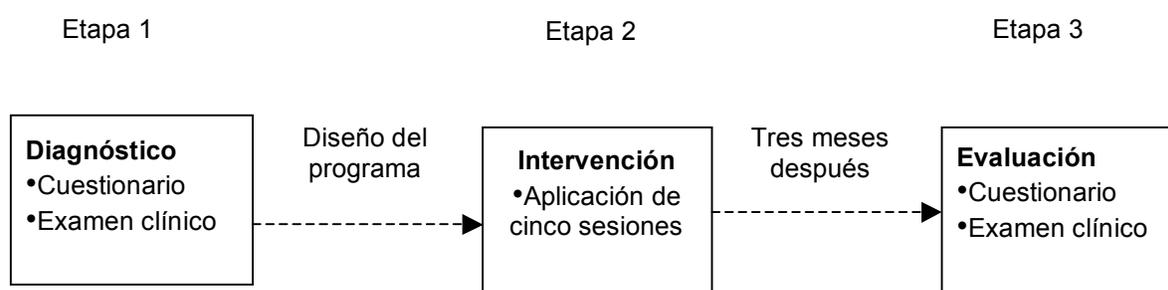
temas diferentes, por lo que se aplicaron en ocasiones únicas. Este proceso se llevó a cabo en aproximadamente un mes y medio con sesiones que duraron de 45 a 60 minutos cada una. Por último, se suspendieron las sesiones educativas odontológicas por tres meses antes de proceder con la última etapa del proyecto.

Fig.1

▪ Tercera Etapa

Tres meses después de la aplicación de la última sesión del programa de educación se llevó a cabo la segunda entrevista, la cual fue idéntica a la realizada durante la primera etapa. También se aplicó otro examen clínico para identificar si hubo variación en las variables clínicas. Fig.1

Figura 1. Esquema de las tres etapas que constituyeron el proyecto



Métodos de procesamiento

Los datos fueron capturados en una base de datos en Epidata 3.1 y posteriormente fueron analizados con el paquete estadístico SPSS, versión 12.0.

Análisis estadístico

Se obtuvieron medidas de resumen para la descripción del estado de salud bucal. También se hicieron comparaciones entre las mediciones de conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la aplicación del programa utilizando la prueba de Wilcoxon por rangos para las variables ordinales y X^2 de Mc Nemar para las variables dicotómicas. Para las comparaciones entre los grupos se utilizó la prueba de X^2 de Pearson.

Recursos materiales	
Material para la primera y tercera fase	Material para la segunda fase
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 190 formatos de recolección de información. ▪ 30 Espejos dentales del No. 5 ▪ 30 Sondas periodontales tipo OMS. ▪ 200 pares de guantes. ▪ 200 cubrebocas. ▪ 4 paquetes de toallas de papel para las manos. ▪ 4 paquetes con 100 gasas c/u. ▪ 4 paquetes con 100 abatelenguas c/u. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plumones, Tijeras, pegamento, tarjetas de cartón, lápices, plumas. ▪ Proyector de acetatos, proyector de diapositivas y pantalla ▪ Reproductora de video y videocintas. ▪ Diapositivas ▪ Manual de educación para la salud ▪ Computadora e impresora

Recursos humanos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un coordinador para las sesiones y tres auxiliares

Resultados

Se entrevistaron 175 personas, de un total de 180, ya que 5 se negaron a contestar la entrevista por temor al examen clínico (2.7%). Del total de personas entrevistadas, 163 (93.1%) correspondieron al sexo femenino y los restantes 12 (6.9%) al sexo masculino. La media de edad fue de 71.5 ± 7.5 años, siendo de $71.2 \text{ años} \pm 7.8 \text{ años}$ para las mujeres y de 74.6 ± 6.5 años para los hombres.

La distribución por centros fue de la siguiente forma: 23.4% de las personas entrevistadas se encontraron inscritas en el centro Juventino Rosas, al igual que en La Cruz; 27.4% se encontraron en María Reyna y 25.7% en el centro Alegría de Vivir. ($X^2=.794$, $p=.851$). Estos centros a su vez fueron distribuidos en el grupo experimental constituido por 130 de los participantes (74.3%) y el grupo control por 45 personas (25.7%).

Descripción sociodemográfica y de utilización de servicios dentales

Los siguientes resultados presentan la comparación entre los grupos de intervención, llamado “grupo experimental” y el grupo asignado como “grupo control”.

En cuanto a la distribución del estado civil por grupos, se observó que el 53.1% de los participantes son viudos, 31.4% casados, 10.3% solteros y 4.6% se encuentran separados. La mayoría de personas viudas, se encuentran en el grupo control (55.6%) y la mayor proporción de personas separadas se encontró en el grupo experimental (6.3%). No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución del estado civil por grupos ($X^2=2.243$ $p=.691$). Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo al estado civil por grupo experimental y control, centros INAPAM, 2005.

Estado civil	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	15	11.5	3	6.7	18	10.3
Casado	39	30.0	16	35.6	55	31.4
Viudo	68	52.3	25	55.5	93	53.1
Divorciado	1	.8	0	0	1	.6
Separado	7	5.4	1	2.2	8	4.6
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0

$X^2=2.243$, $p=.691$

Fuente: directa.

En cuanto a la escolaridad, se observó que 30.9% cursó la primaria incompleta, seguido de las personas que completaron sus estudios primarios (29.7%). Los porcentajes más bajos corresponden a las personas que no saben leer ni escribir (8.6%), y a las que cuentan con estudios universitarios (4.6%). No se observó diferencia estadística en cuanto a la distribución de la escolaridad por grupos ($X^2=3.450$, $p=.751$). Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la población de acuerdo a la escolaridad por grupo experimental y control, centros INAPAM, 2005.

Escolaridad	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	10	7.7	5	11.1	15	8.6
Primaria incompleta	40	30.8	14	31.1	54	30.9
Primaria completa	36	27.7	16	35.6	52	29.7
Secundaria	16	12.3	5	11.1	21	12.0
Preparatoria	2	1.5	0	0	2	1.1
Estudios técnicos	19	14.6	4	8.9	23	13.1
Universidad	7	5.4	1	2.2	8	4.6
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0

$X^2=3.450$, $p=.751$

Fuente: directa.

En cuanto a la distribución por ocupación actual, se observó que la mayoría de los participantes se dedican a las labores del hogar (82.9%), seguido de las personas jubiladas (10.3%), y los que se dedican a otras actividades (5.1%).

En el grupo control existe una mayor proporción de personas dedicadas al hogar (80.8%), sin embargo no se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la ocupación por grupo experimental y control ($X^2=2.133$, $p=.830$). Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la población de acuerdo a la ocupación por grupo experimental y control, INAPAM, 2005.

Ocupación	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Jubilado	15	11.5	3	6.7	18	10.3
Hogar	105	80.8	40	88.9	145	82.9
Comerciante	1	.8	0	0	1	.5
Oficio	1	.7	0	0	1	.5
Negocio	1	.8	0	0	1	.8
Otra	7	5.4	2	4.4	9	5.0
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0

$X^2=2.133$, $p=.830$

Fuente: directa.

En lo referente al ingreso mensual, se observó que 45.7% de los entrevistados reciben de \$1000 a \$3000 pesos mensuales, mientras que 33.7% no tienen ingreso. En el grupo experimental la proporción de personas que reciben de \$1000 a \$3000 es de 43.1% y en el grupo control es de 53.3%. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución del ingreso mensual por grupos ($X^2=1.951$, $p=.583$). Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de la población de acuerdo al ingreso mensual por grupo experimental y control, INAPAM, 2005

Ingreso mensual	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ninguno	45	34.6	14	31.1	59	33.7
Menos de \$1000	17	13.1	5	11.2	22	12.6
De \$1000 a \$3000	56	43.1	24	53.3	80	45.7
Más de \$3000	12	9.2	2	4.4	14	8.0
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0

$X^2=1.951$, $p=.583$

Fuente: directa.

En cuanto al número de personas que comparten el domicilio con los entrevistados, se observó que 51.4% viven por lo menos con una persona, mientras que 22.3% viven solos. La distribución de acuerdo al número de habitantes con quienes que los entrevistados comparten el hogar, no muestra diferencia estadística significativa por grupo experimental y control ($X^2=.392$ $p=.942$). Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de la población de acuerdo al número de habitantes con quienes que los entrevistados comparten la casa por grupo experimental y control, INAPAM, 2005.

Número de habitantes en casa	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ninguno	30	23.1	9	20.0	39	22.3
1 a 3 personas	67	51.5	23	51.2	90	51.4
4 a 6 personas	29	22.3	11	24.4	40	22.9
Más de 6 personas	4	3.1	2	4.4	6	3.4
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0

$X^2=.392$, $p=.942$

Fuente: directa.

En cuanto a la derechohabiencia a alguna institución de salud, los resultados indican que 83.4% de la población entrevistada es afiliada a alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE ó PEMEX), mientras que .6% a alguna institución privada y 16.0% no pertenecen a ninguna. En el grupo experimental la proporción de personas que cuentan con seguridad social es de 86.2%, mientras que en el grupo control es de 75.6% sin embargo no se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la derechohabiencia por grupo experimental y control ($X^2=4.805$, $p=.091$). Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de la población de acuerdo a la institución de derechohabiencia por grupo experimental y control, INAPAM, 2005.

Derechohabiencia	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Seguridad Social	112	86.2	34	75.6	146	83.4
Privada	0	0	1	2.2	1	.6
Ninguna	18	13.8	10	22.2	28	16.0
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0

$X^2=4.805$, $p=.091$

Fuente: directa.

En cuanto a la distribución de la población según su asistencia al dentista, se observó que 54.9% de las personas reportan asistir al dentista por lo menos una vez durante el último año, 54.6% en el grupo experimental y 55.6% en el grupo control. No se observó diferencia estadística en cuanto a la distribución de la asistencia al dentista por grupo experimental y control ($X^2=.012$, $p=.913$). Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de la población de acuerdo a la asistencia al dentista por grupo experimental y control, INAPAM, 2005.

Asistencia al dentista	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	71	54.6	25	55.6	96	54.9
No	59	45.4	20	44.4	79	45.1
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0

$X^2=.012$, $p=.913$

Fuente: directa.

En cuanto a la frecuencia de asistencia anual al dentista 35.4% reportaron asistir una vez, en el grupo experimental 38% y en el grupo control 28%, mientras 35.4% reportaron asistir por lo menos una vez, encontrándose 38% en el grupo experimental. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la frecuencia anual de asistencia al dentista por grupo experimental y control ($X^2=1.148$, $p=.563$). Tabla 8.

Tabla 8. Distribución en cuanto a la frecuencia de asistencia anual al dentista por grupo experimental y control, INAPAM, 2005.

Frecuencia anual de asistencia al dentista	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	21	29.6	10	40.0	31	32.3
Una vez	27	38.0	7	28.0	34	35.4
Dos veces	23	32.4	8	32.0	31	32.3
Total	71	100.0	25	100.0	96	100.0

$X^2=1.148$, $p=.563$

Fuente: directa.

Respecto al tratamiento dental recibido en el último año, los resultados muestran que 56.6% recibieron algún tratamiento dental, y la mayor proporción se encuentra en el grupo control, 62.2%, mientras en el grupo experimental es de 54.6%. La distribución de acuerdo al tratamiento dental anual recibido por grupos no mostró diferencia estadística significativa, ($X^2=.787$, $p=.375$). Tabla 9.

Tabla 9. Distribución de la población de acuerdo a la recepción de tratamiento dental anual por grupos, INAPAM, México, 2005.

Tratamiento dental anual	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	71	54.6	28	62.2	99	56.6
No	59	45.4	17	37.8	76	43.4
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0

$X^2=1.148$, $p=.563$

Fuente: directa.

En cuanto al tipo de tratamiento recibido, se observó que 25.3% de los entrevistados, reportó haber acudido a revisión, 22.5% en el grupo experimental y 32.1% en el grupo control. Por otra parte, 16.2% de las personas, asistieron a reparación de dentaduras en el grupo experimental 15.5% y en el grupo control 17.9%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución del tipo de tratamiento recibido por grupos ($X^2=10.480$, $p=.106$). Tabla 10.

Tabla 10. Distribución de la población de acuerdo al tipo de tratamiento recibido por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Tipo de tratamiento recibido	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Revisión	16	22.5	9	32.1	25	25.3
Operatoria dental	14	19.7	8	28.6	22	22.2
Endodoncia	3	4.2	1	3.6	4	4.0
Periodoncia	2	2.8	0	0	2	2.0
Prótesis	18	25.4	0	0	18	18.2
Reparación de puente o dentadura	11	15.5	5	17.9	16	16.2
Extracción	7	9.9	5	17.9	12	12.1
Total	71	100.0	28	100.0	99	100.0

$X^2=10.480$, $p=.106$

Fuente: directa.

En cuanto a los motivos por los cuales las personas no acudieron a recibir tratamiento dental en los últimos 12 meses, se puede observar que el motivo que se reportó en mayor proporción fue el de la falta de dinero 26.3%, correspondiendo 27.1% al grupo experimental y 23.5% al grupo control. Como segunda causa de no atención dental se encuentra la desidia o falta de motivación para hacerlo con 21.1%. En el grupo experimental esta causa ocupó 15.3% y en el grupo control 41.2%. No se observó diferencia estadística en la distribución por motivos de no asistencia a consulta dental por grupos ($X^2=1.148$, $p=.563$). Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de la población de acuerdo a los motivos para no recibir atención dental por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

Motivo para no recibir atención dental	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tiempo	2	3.4	2	11.8	4	5.3
Dinero	16	27.1	4	23.5	20	26.3
Nadie me acompaña	5	8.5	0	0	5	6.6
Está muy lejos	3	5.1	1	5.9	4	5.3
Miedo	10	16.9	3	17.6	13	17.1
Desidia	9	15.3	7	41.2	16	21.1
No lo necesita	14	23.7	0	0	14	18.4
Total	59	100.0	17	100.0	76	100.0

$X^2=1.148$, $p=.563$

Fuente: directa.

Los datos referentes al edentulismo, muestran que 73 personas (42.2%) carecen de dientes , ubicándose 44.0% en el grupo experimental y 37.8% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la prevalencia de edentulismo por grupos ($X^2=.202$, $p=.653$). Tabla 12.

Tabla 12. Distribución de la población de acuerdo al edentulismo por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

Edentulismo	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	56	44.0	17	37.8	73	42.2
No	73	56.0	27	62.2	100	57.8
Total	130	100.0	45	100.0	173	100.0

$X^2=.202$, $p=.653$

Fuente: directa.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que 98.3% de las personas examinadas han perdido por lo menos un diente, encontrándose 98.5% en el grupo experimental y 97.8% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la población de acuerdo a la pérdida de por lo menos un diente por grupos antes y después del programa de educación ($X^2=.093$, $p=.761$). Tabla 13.

Tabla 13. Distribución de la población de acuerdo a la pérdida de por lo menos un diente por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

Pérdida de por lo menos un diente	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	128	98.5	44	97.8	172	98.3
No	2	1.5	1	2.2	3	1.7
Total	175	100.0	45	100.0	175	100

$X^2=.093$, $p=.761$

Fuente: directa.

Prácticas de autocuidado respecto al uso de dentaduras removibles antes/ después de la aplicación del programa educativo.

En cuanto a la distribución según utilización de dentaduras removibles, se observó que antes de la aplicación del programa educativo, un 73.1% reporta utilizar alguna prótesis dental removible, 74.6% de uso en el grupo experimental y 68.9% en el grupo control. Después de la intervención educativa se observa que aumentó la proporción de personas portadoras de dentaduras removibles a 76.0%, ocupando 77.7% en el grupo experimental y 71.1% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la utilización de dentaduras artificiales por grupo antes y después de la aplicación del programa de educación ($X^2=.558$, $p=.455$ y $X^2=.794$, $p=.373$) respectivamente. Tabla 14.

Tabla 14. Distribución de la población de acuerdo a la utilización de prótesis dental por grupo. Centros INAPAM, México, 2005.

	Utilización de prótesis dental											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	97	74.6	31	68.9	128	73.1	101	77.7	32	71.1	133	76.0
No	33	25.4	14	31.1	47	26.9	29	22.3	13	28.9	42	24.0
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $\chi^2=.558$, $p=.455$

** $\chi^2=.794$, $p=.373$

Fuente directa

La utilización de dentaduras removibles antes y después de la aplicación del programa se distribuyó de la siguiente forma, 91 personas portaban prótesis dental removible antes y después de la aplicación del programa, 4 personas que no utilizaban antes del programa, iniciaron su uso después y 29 ni antes ni después de la intervención utilizaron su dentadura removible. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la utilización de prótesis dental removible antes y después de la aplicación del programa (Wilcoxon=-2.000, $p=.046$). Tabla 15.

Tabla 15. Distribución de utilización de prótesis dental antes y después de la aplicación del programa educativo en el grupo experimental. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	Utilización de prótesis dental					
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	91	100.0	4	12.1	101	77.7
No	0	0	29	87.9	29	22.3
Total	97	100.0	33	100.0	130	100.0

Wilcoxon=-2.000, $p=.046$

Fuente: directa

En cuanto al tipo de dentaduras artificiales utilizadas, antes del programa la mayoría de las personas portadoras usan alguna dentadura total, 54.7% en el grupo experimental corresponden al 55.7% y en el grupo control a 51.6%; posterior a las sesiones educativas, este porcentaje cambió a 56.4%,

observándose 56.4% en el grupo experimental y 56.3% en el grupo control. Por otra parte antes del programa educativo, 40.6% de los entrevistados son portadores de dentaduras parciales y en el grupo experimental, la proporción corresponde a 39.2%, y en el grupo control a 45.2%, Después del programa, 37.6% son usuarios de dentaduras parciales removibles, 37.6% en el grupo experimental y 37.5% en el grupo control. La distribución por tipo de dentaduras artificiales utilizadas por grupo no mostró diferencia estadística significativa antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=.464$ $p=.793$ y $X^2=.004$ $p=.998$) respectivamente. Tabla 14. Sin embargo, en el grupo experimental, si se observa diferencia estadística en la distribución por tipo de dentadura utilizada antes y después del programa (Wilcoxon=-2.00, $p=.046$). Tabla 16.

Tabla 16. Distribución de la población de acuerdo al tipo de prótesis utilizada por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Tipo de prótesis utilizada											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fija	5	5.1	1	3.2	6	4.7	6	5.9	2	6.3	8	6.0
Dentadura completa	54	55.7	16	51.6	70	54.7	57	56.4	18	56.3	75	56.4
Puente parcial	38	39.2	14	45.2	52	40.6	38	37.7	12	37.4	50	37.6
Total	97	100.0	31	100.0	128	100.0	101	100.0	32	100.0	133	100.0

* $X^2=.464$ $p=.793$

** $X^2=.004$, $p=.998$

Wilcoxon=-2.00, $p=.046$

Fuente directa

Respecto a las prótesis parciales removibles, se observó que antes de la aplicación del programa 38.5% utilizaban prótesis bilaterales, encontrándose 39.5% en el grupo experimental y 35.7% en el grupo control, mientras que 25% utilizaban prótesis bilaterales y unilaterales, ubicándose 21.1% en el grupo experimental y 35.7% en el grupo control; después de la aplicación del programa de educación, el número de prótesis removibles utilizadas descendió a 50 ya que 2 personas cambiaron a dentadura total, encontrándose que 38.6% utilizaban prótesis bilaterales, 36.1% en el grupo experimental y 35.7% en el grupo control.

No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al tipo de prótesis parciales removibles utilizadas por grupos antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=.1.250$, $p=.535$ y $X^2=1.161$, $p=.560$ respectivamente).

Tabla 17

Tabla 17. Distribución de la población de acuerdo al tipo de prótesis utilizada por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Tipo de prótesis parciales removibles												
	Antes*						Después**						
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Unilateral	15	39.5	4	28.6	19	36.5	15	41.7	4	28.6	19	38.0	
Bilateral	15	39.5	5	35.7	20	38.5	13	36.1	5	35.7	18	38.6	
Ambas	8	21.1	5	35.7	13	25.0	8	22.2	5	35.7	13	26.0	
Total	38	100.0	14	100	52	100.0	36	100	14	100	50	100.0	
*$X^2=.1.250$		p=.535											
**$X^2=1.161$		p=.560											
Wilcoxon=-2.00, p=.046													
Fuente directa													

Prácticas y conocimientos respecto a la frecuencia y método de higiene de las dentaduras antes/después de la aplicación del programa educativo.

Respecto a la práctica sobre algún método de higiene para las dentaduras se observó que antes de la aplicación del programa educativo 81.1% de las personas entrevistadas respondieron en forma afirmativa, en el grupo experimental este porcentaje corresponde a 82.6% y en el grupo control a 76.7%. Después de la intervención, el porcentaje de personas que acostumbrar limpiar su dentadura es de 90.4%, observándose 93.7% en el grupo experimental y 80% en el grupo control. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica y conocimiento de higiene por grupos ($X^2=.599$ $p=.741$) antes del programa educativo, sin embargo se observó una diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica de algún método de higiene por grupos después de implementar el programa ($X^2=4.920$, $p=.027$). Tabla 18.

Tabla 18. Distribución de la población de acuerdo a la práctica de higiene por grupos Centros INAPAM, México, 2005.

	Acostumbra limpiar su dentadura											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	76	82.6	23	76.7	99	81.1	89	93.7	24	80.0	113	90.4
No	3	3.3	1	3.3	4	3.3	0	0	0	0	0	0
A veces	13	14.1	6	20.0	19	15.6	6	6.3	6	20.0	12	9.6
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

* $\chi^2=.599$, $p=.741$

** $\chi^2=4.920$, $p=.027$

Fuente directa

En el grupo experimental, la distribución por práctica de higiene, indica que 75 personas reportaron limpiar su dentadura antes y después del programa, 3 personas antes del programa no lo hacían y después sí, y por último 8 personas que antes contestaron limpiar su dentadura únicamente en ocasiones aisladas, después de las sesiones respondieron hacerlo habitualmente. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución general de práctica de métodos de higiene antes y después de la aplicación del programa educativo, (Wilcoxon=-2.557 $p=.011$). Tabla 19.

Tabla 19. Distribución del grupo experimental por práctica de métodos de higiene antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	Acostumbra limpiar su dentadura							
	Sí				No			
	Antes		Después		Antes		Después	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	75	98.7	3	100.0	8	61.5	86	93.5
A veces	1	1.3	0	0	5	38.5	6	6.5
Total	76	100.0	3	100.0	13	100.0	92	100.0

Wilcoxon=-2.557, $p=.011$

Fuente: directa

En lo referente a la frecuencia de higiene de las dentaduras, se observó que antes de la aplicación del programa educativo, 41.0% de las personas respondió llevar a cabo la limpieza de su dentadura removible dos veces al día, 39.1% en el grupo experimental y 46.7% en el grupo control, después de la intervención se observó que en este aspecto, el porcentaje aumentó a 60.8%, correspondiendo a 63.2% en el grupo experimental y 53.3% en el grupo control.

Cabe señalar que antes de las sesiones educativas 3.3% de las personas reportaron no efectuar diariamente la limpieza de su dentadura, y este porcentaje disminuyó a cero después del programa. No se observó diferencia estadística significativa antes de la aplicación del programa educativo ($X^2=3.418$ $p=.490$), sin embargo, si se observa diferencia estadística entre los grupos después ($X^2=9.539$, $p=.023$). Tabla 20.

Tabla 20. Distribución de la población de acuerdo a la frecuencia de higiene de las dentaduras por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

	Frecuencia diaria de higiene de las dentaduras											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 veces	3	3.3	1	3.3	4	3.4	0	0	0	0	0	0
Una vez	37	40.2	7	23.2	44	36.0	10	10.4	10	33.4	20	16.0
Dos veces	36	39.1	14	46.7	50	41.0	60	63.2	16	53.3	76	60.8
Tres veces	15	16.3	7	23.3	22	18.0	24	25.3	4	13.3	28	22.4
Más de tres veces	1	1.1	1	3.3	2	1.6	1	1.1	0	0	1	.8
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

* $X^2=3.418$ $p=.490$

** $X^2=9.539$, $p=.023$

Fuente directa

En el grupo experimental, lo referente a la frecuencia de limpieza de las dentaduras indica que 28 personas reportaron efectuar el procedimiento dos veces al día antes y después del programa, mientras 19 individuos que respondieron llevarlo a cabo una vez al día antes de la intervención, respondieron

hacerlo dos veces después de la misma. Por último, 7 personas que antes de la aplicación indicaron limpiar su dentadura 3 veces en un día, después respondieron llevarlo a cabo 2 veces diarias. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la frecuencia de higiene de la dentadura antes y después de la aplicación del programa educativo (Wilcoxon=-3.343, p<.001). Tabla 21.

Tabla 21. Distribución de acuerdo a la frecuencia de higiene de las dentaduras removibles antes y después de la aplicación del programa educativo, en el grupo experimental, centros INAPAM, México, 2005.

¿Con qué frecuencia limpia sus puentes o dentaduras?

Después	Antes											
	0 veces		Una vez		Dos veces		Tres veces		Más de tres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Una vez	0	0	9	24.3	1	2.8	0	0	0	0	10	10.9
Dos veces	3	100.0	19	51.4	28	77.8	7	46.7	1	100.0	58	63.0
Tres veces	0	0	9	24.3	7	19.4	7	46.7	0	0	23	25.0
Más de tres	0	0	0	0	0	0	1	6.6	0	0	1	1.1
Total	3	100.0	37	100.0	36	100.0	15	100.0	1	100.0	92	100.0

Wilcoxon=-3.343, p<.001
Fuente: directa

En cuanto al método de higiene elegido, se observa que ante de la aplicación del programa 79.3% conoce la pasta y cepillo como material de limpieza de dentaduras, 76.4% en el grupo experimental y 79.3% en el grupo control; únicamente 10% conocen el jabón, 11.2% en el grupo experimental y 6.9% en el grupo control, mientras 1.7% conoce el detergente, 2.2% en el grupo experimental; cabe señalar que estos dos últimos son considerados como los materiales correctos para efectuar la limpieza de una dentadura. Después de la aplicación del programa educativo se observa que el porcentaje de personas que conocen la pasta y el cepillo como material de limpieza disminuye a 50.4%, encontrándose 42.1% en el grupo experimental y 76.7% en el grupo control, mientras la proporción de personas que conocen el jabón aumenta a 28.8%, ubicándose 35.8% en el grupo experimental y 6.7% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al método de limpieza

empleado por grupo antes de la aplicación del programa educativo ($X^2=2.622$ $p=.758$), sin embargo, se observó diferencia estadística significativa por centro después de la aplicación del programa educativo ($X^2=17.039$ $p=.004$). Tabla 22.

En cuanto a la distribución de acuerdo al método de limpieza empleado antes y después de la aplicación del programa educativo en el grupo experimental, se observa diferencia estadística significativa (Wilcoxon= -2.331 $p=.020$). Tabla 22.

Tabla 22. Distribución de la población de acuerdo al método de higiene elegido por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Método de higiene											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pasta y cepillo	68	76.4	23	79.3	91	77.1	40	42.1	23	76.7	63	50.4
Jabón de pasta	10	11.2	2	6.9	12	10.2	34	35.8	2	6.7	36	28.8
Detergente	2	2.2	0	0	2	1.7	16	16.8	4	13.3	20	16.0
Agua	5	5.6	1	3.4	6	5.1	3	3.2	0	0	3	2.4
Limpiador especial	1	1.1	1	3.4	2	1.7	2	2.1	0	0	2	1.6
Otra	3	3.4	2	6.9	5	4.2	0	0	1	3.3	1	.8
Total	89	100	29	100	118	100	95	100	30	100	125	100

* $X^2=2.622$ $p=.758$

** $X^2=17.039$ $p=.004$

Wilcoxon= -2.331 $p=.020$

Fuente directa

En cuanto a la práctica de dormir con las dentadura removibles puestas, se observa que antes de la implementación de las sesiones educativas, 43.4% llevan a cabo esta práctica, en el grupo experimental este porcentaje corresponde a 44.6%, mientras que en el grupo control corresponde a 40.0%. Después de la aplicación del programa, el porcentaje disminuye a 27.2%, encontrándose 25.3% en el grupo experimental y 33.3% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la población de acuerdo a la práctica de dormir con la dentadura por grupos antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=.777$, $p=.678$ y $X^2=1.397$, $p=.497$) respectivamente. Tabla 23.

Tabla 23. Distribución de la población de acuerdo a la práctica de dormir con la dentadura por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

	Acostumbra dormir con su dentadura											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	41	44.6	12	40.0	53	43.4	24	25.3	10	33.3	34	27.2
No	45	48.9	17	56.7	62	50.8	63	66.3	19	63.3	82	65.6
A veces	6	6.5	1	3.3	7	5.8	8	8.4	1	3.4	9	7.2
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

* $X^2=.777$, $p=.678$

** $X^2=1.397$, $p=.497$

Fuente directa

En el grupo experimental la distribución en cuanto a la práctica de dormir con las dentaduras removibles puestas indica que 16 personas reportaron efectuar esta práctica antes y después de la aplicación del programa, mientras que 20 antes de las sesiones acostumbra dormir con la dentadura y después ya no, por último 7 personas que no efectuaban esta práctica antes del programa, después del mismo iniciaron esta práctica y 36 personas no duermen con la dentadura puesta ni antes ni después de la aplicación del programa. Se observó una diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la práctica de dormir con la dentadura removible puesta (Wilcoxon=-2.740, $p=.006$). Tabla 24.

Tabla 24. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la práctica de dormir con la dentadura antes y después de la aplicación del programa educativo, centros INAPAM, México, 2005.

Después	Acostumbra dormir con su dentadura							
	Antes				Después			
	Sí		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	16	39.0	7	15.6	0	0	23	25.0
No	20	48.8	36	80.0	5	83.3	61	66.3
A veces	5	12.2	2	4.4	1	16.7	8	8.7
Total	41	100.0	45	100.0	6	100.0	92	100.0

Wilcoxon=-2.740, $p=.006$

Fuente: directa

En lo referente al lugar donde se guardan las dentaduras removibles durante la noche, se observa que antes de la intervención educativa, 66.7% de las personas reportaron dejar su dentadura en un vaso con agua, lo cual es considerado correcto, esta práctica correspondió a un 70.6% en el grupo experimental y a 55.6% en el grupo control, posteriormente, este porcentaje aumentó a 74.7% encontrándose 83.1% en el grupo experimental y 45.0% en el grupo control. Las personas que antes del programa reportaron guardar su dentadura en el cajón, corresponden al 11.6% encontrándose 7.8% en el grupo experimental y 22.2% al grupo control. Este porcentaje disminuyó a 6.6% después de las sesiones educativas a 6.6%, en el grupo experimental se encontró un 5.6% y en el grupo control un 10.0%.

No se observó diferencia estadística significativa entre los grupos en cuanto al lugar donde se guarda la dentadura removible antes de la aplicación del programa de educación, sin embargo, si se observa diferencia estadística significativa después del mismo ($X^2=2.999$, $p=.392$ y $X^2=13.193$, $p=.004$) respectivamente.

Tabla 25.

Tabla 25 Distribución de acuerdo al lugar donde guarda la dentadura por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

	Si se quita su dentadura para dormir, ¿en dónde la guarda?											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cajón	4	7.9	4	22.1	8	11.6	4	5.6	2	10.0	6	6.6
Vaso con agua	36	70.6	10	55.6	46	66.7	59	83.1	9	45.0	68	74.7
Servilleta	4	7.8	1	5.6	5	7.2	6	8.5	6	30.0	12	13.2
Otra	7	13.7	3	16.7	10	14.5	2	2.8	3	15.0	5	5.5
Total	51	100.0	18	100.0	69	100.0	71	100.0	20	100.0	91	100.0

* $X^2=2.999$ $p=.392$

** $X^2=13.193$ $p=.004$

Wilcoxon= -1.328 $p=.184$

Fuente directa

En el grupo experimental, la distribución indica que 31 personas que antes del programa educativo guardan su dentadura en un vaso con agua mantienen esta práctica, mientras que 4 personas que la dejaban en el cajón durante la noche,

cambiaron esta práctica a un vaso con agua, al igual que 5 personas que la guardaban en una servilleta. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al lugar donde se guarda la dentadura removible durante las noches antes y después del programa educativo en el grupo experimental (Wilcoxon=-1.328, p=.184). Tabla 26

Tabla 26. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo al lugar donde se guarda la dentadura removible antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Si se quita su dentadura para dormir, ¿en dónde la guarda?

	Después		Antes									
			Cajón		Vaso con agua		Servilleta		Otra		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cajón	2	28.6	4	9.8	0	0	0	0	6	10.1		
Vaso con agua	4	57.1	31	75.6	2	50.0	4	57.1	41	69.5		
Servilleta	0	0	5	12.2	1	25.0	1	14.3	7	11.9		
Otra	1	14.3	1	2.4	1	25.0	2	28.6	5	8.5		
Total	7	100.0	41	100.0	4	100.0	7	100.0	59	100.0		

Wilcoxon= -1.328, p=.184

Fuente: directa

En la práctica de quitarse la dentadura para poder comer, se encontró que inicialmente 21.3% de los entrevistados reportó llevar a cabo esta práctica correspondiendo a 18.5% en el grupo experimental y 30.0% en el grupo control; una vez finalizadas las sesiones educativas, esta práctica aumentó a 28.0% siendo de 27.4% en el grupo experimental y de 30.0% en el grupo control. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica de quitar la dentadura para poder comer antes del programa de educación ($X^2=1.791$, $p=.181$), sin embargo, se observó diferencia estadística significativa posterior a la aplicación del mismo ($X^2=4.487$, $p=.034$). Tabla 27.

Tabla 27. Distribución de la población de acuerdo a la práctica de quitarse la dentadura para comer por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Algunas veces me quito la dentadura para poder comer

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	17	18.5	9	30	26	21.3	26	27.4	9	30.0	35	28.0
No	75	81.5	21	70.0	96	78.7	69	72.6	21	70.0	90	72.0
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

* $X^2=1.791$, $p=.181$

** $X^2=4.487$, $p=.034$

Fuente directa

La distribución en el grupo experimental indica que 10 personas realizan esta práctica antes y después de la intervención, mientras 16 personas que antes no lo hacían, después del mismo inician esta práctica y por último 7 personas que se quitaban su dentadura para comer, después cesaron esta práctica. No se observó diferencia estadística significativa después de la aplicación del programa de educación en cuanto a la práctica de quitarse la dentadura para comer en el grupo experimental (Wilcoxon=-1.877, $p=.061$). Tabla 28.

Tabla 28. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la práctica de quitar la dentadura para poder comer, antes y después de la aplicación del programa educativo, centros INAPAM, México, 2005.

Algunas veces me quito la dentadura para poder comer

Después	Si		Antes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	10	58.8	16	21.3	26	28.3
No	7	41.2	59	78.7	66	71.7
Total	17	100.0	75	100.0	92	100.0

Wilcoxon=-1.877 $p=.061$

Fuente: directa

En cuanto a la práctica de utilizar la dentadura únicamente para salir a la calle, se observa que inicialmente 11.5% de las personas entrevistadas, reportó realizar dicha práctica, correspondiendo 12% al grupo experimental, una vez realizada la intervención, este porcentaje disminuyó a 6.3%, mientras en el grupo control, este porcentaje fue de 10.0% inicialmente y posteriormente disminuyó a 6.7%. No se observó diferencia estadística antes y después de la intervención en cuanto a la práctica de usar la dentadura removible únicamente al salir a la calle ($X^2=1.852$, $p=.396$ y $X^2=1.553$, $p=.460$) respectivamente. Tabla 29.

Tabla 29. Distribución de acuerdo a la práctica de utilizar la dentadura sólo para salir a la calle por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

	Sólo utilizo mis dentaduras cuando salgo a la calle											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	11	12.0	3	10.0	14	11.5	6	6.3	2	6.7	8	6.4
No	76	82.6	27	90.0	103	84.4	83	87.4	24	80.0	107	85.6
A veces	5	5.4	0	0	5	4.1	6	6.3	4	13.3	10	8.0
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

* $\chi^2=1.852$, $p=.396$
** $\chi^2=1.553$, $p=.460$
Fuente directa

En el grupo experimental la distribución fue de la siguiente forma: 2 personas reportaron realizar esta práctica antes y después de la aplicación del programa educativo, mientras 4 que no lo llevaban a cabo posteriormente si lo hicieron y 9 personas que si lo hacían, dejaron de hacerlo. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica de utilizar únicamente la dentadura para salir antes y después de la aplicación del programa educativo, (Wilcoxon=-1.225, $p=.221$). Tabla 30.

Tabla 30. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la práctica de utilizar la dentadura sólo para salir a la calle antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	Sólo utilizo mis dentaduras cuando salgo a la calle							
	Antes				Después			
	N	Sí %	N	No %	N	A veces %	N	Total %
Sí	2	18.2	4	5.3	0	0	6	6.5
No	9	81.8	66	86.8	5	100.0	80	87.0
A veces	0	0	6	7.9	0	0	6	6.5
Total	11	100.0	76	100.0	5	100.0	92	100.0

Wilcoxon=-1.225, $p=.221$
Fuente: directa

Los resultados referentes a la práctica de sostener el puente por los ganchos al quitarlo o ponerlo (lo cual se considera inadecuado), se observa que antes de la aplicación del programa de educación 71.2% efectúan esta práctica, encontrándose 73.7% en el grupo experimental y 64.3% en el grupo control, posteriormente esta práctica disminuye a 42.0% ubicándose 36.8% en el grupo experimental y 58.3% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica de quitarse o ponerse el puente tomándolo por los ganchos entre los grupos antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=.440, p=.507$ y $X^2=1.729, p=.189$) respectivamente. Tabla 31.

Tabla 31. Distribución de acuerdo a la práctica de quitarse el puente sosteniéndolos de los ganchos por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Cuando me pongo o quito el puente, lo hago sosteniéndolo por los ganchos.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	28	73.7	9	64.3	37	71.2	14	36.8	7	58.3	21	42.0
No	10	26.3	5	35.7	15	28.8	24	63.2	5	41.7	29	58.0
Total	38	100.0	14	100.0	52	100.0	38	100.0	12	100.0	50	100.0

* $X^2=.440, p=.507$

** $X^2=1.729, p=.189$

Fuente directa

En el grupo experimental, se observa que 16 personas que efectuaban esta práctica antes de la intervención, después de la misma dejaron de hacerlo, mientras 11 mantuvieron dicha práctica antes y después del programa educativo. Se observó diferencia estadística significativa respecto a la práctica de quitarse el puente sosteniéndolo por los ganchos después de la aplicación del programa educativo (Wilcoxon=-2.982 $p=.003$). Tabla 32.

Tabla 32. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la práctica de quitarse el puente sosteniéndolo de los ganchos, antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Cuando me pongo o quito el puente, lo hago sosteniéndolo por los ganchos.
Después

	Si		Antes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	11	40.7	3	33.3	14	38.9
No	16	59.3	6	66.7	22	61.1
Total	27	100.0	9	100.0	36	100.0

Wilcoxon=-2.982 p=.003

Fuente: directa

Prácticas de autocuidado respecto al autoexamen bucal antes/después de la aplicación del programa educativo.

En cuanto a la práctica de revisarse la boca frente al espejo, se observa que 60.0% personas lo realizan habitualmente antes de la aplicación del programa para la salud, siendo 57.7% el correspondiente al grupo experimental y 66.7% en el grupo control; después de la intervención el porcentaje se incrementa a 67.4% siendo de 71.5% en el grupo experimental y 55.6% en el grupo control. No se observó diferencia estadística por grupos antes y después de la aplicación del programa educativo en cuanto a la práctica de revisarse la boca frente al espejo habitualmente ($X^2=1.145$, $p=.564$ y $X^2=4.688$, $p=.096$) respectivamente. Tabla 33.

Tabla 33. Distribución de la población de acuerdo a la práctica de revisar la boca frente al espejo por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Me reviso mi boca frente al espejo cuando me lavo los dientes

	Experimental		Antes*		Total		Después**		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	75	57.7	30	66.7	105	60.0	93	71.5	25	55.6	118	67.4
No	45	34.6	12	26.7	57	32.6	19	14.7	8	17.7	27	15.4
A veces	10	7.7	3	6.6	13	7.4	18	13.8	12	26.7	30	17.2
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $X^2=1.145$, $p=.564$

** $X^2=4.688$, $p=.096$

Fuente directa

Se observa que en el grupo experimental, 53 personas respondieron revisar su boca antes y después de la implementación del programa, mientras 7 que en la primera entrevista respondieron hacerlo en ocasiones aislada, posteriormente indican hacerlo en forma habitual. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica de revisarse la boca en el espejo antes y después del programa de educación en el grupo experimental ($X^2=.529$, $p=.597$)
Tabla 34.

Tabla 34. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la práctica de revisión de la boca frente al espejo antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Me reviso mi boca frente al espejo cuando me lavo los dientes

	Después		Antes				Total	
	N	Sí %	N	No %	A veces		N	%
Sí	53	70.7	33	73.3	7	70.0	93	71.5
No	8	10.7	10	22.2	1	10.0	19	14.7
A veces	14	18.6	2	4.5	2	20.0	18	13.8
Total	75	100.0	45	100.0	10	100.0	130	100.0

Wilcoxon=-.529, p=.597

Fuente: directa

En cuanto a la práctica de detectar lesiones en la boca, los resultados previos al programa educativo muestran que el 64.0% llevan a cabo esta práctica, correspondiendo 64.6% en el grupo experimental y 62.2% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica de detectar lesiones por grupos antes de la aplicación del programa de educación ($X^2=.083$, $p=.773$). Tabla 32. Por otra parte, los resultados posteriores al programa educativo muestran que esta práctica aumentó a 66.3% siendo de 69.2% en el grupo experimental y de 57.8% en el grupo control. Se observó diferencia estadística significativa por grupos después de la intervención educativa en cuanto a la práctica de detectar lesiones en la boca, ($X^2=15.266$, $p<.001$). Tabla 35.

Tabla 35. Distribución de la población por práctica de detección de lesiones bucales de acuerdo a los grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Detecto la presencia de lesiones en mi boca cuando me salen											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	84	64.6	28	62.2	112	64.0	90	69.2	26	57.8	116	66.3
No	46	35.4	17	37.8	63	36.0	17	13.1	17	37.8	34	19.4
A veces	0	0	0	0	0	0	23	17.7	2	4.4	25	14.3
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $\chi^2=0.083$, $p=0.773$

** $\chi^2=15.266$, $p<0.001$

Fuente directa

En el grupo experimental, la distribución fue de la siguiente forma: 60 personas reportaron detectar la presencia de lesiones antes y después del programa educativo, mientras 30 que antes no lo hacían, son capaces de hacerlo después de la implementación del mismo. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la detección de lesiones en la boca antes y después de la aplicación del programa educativo, en el grupo experimental, (Wilcoxon=-1.906, $p=0.057$).

Tabla 36.

Tabla 36. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la práctica de detección de lesiones bucales antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

	Detecto la presencia de lesiones en mi boca cuando me salen							
	Después		Antes				Total	
	N	%	Sí		No		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	60	71.4	30	65.2	90	69.2		
No	9	10.7	8	17.4	17	13.1		
A veces	15	17.9	8	17.4	23	17.7		
Total	84	100.0	46	100.0	130	100.0		

Wilcoxon=-1.906, $p=0.057$

Fuente directa

Conocimientos sobre otros métodos de higiene

Respecto a la distribución general sobre el conocimiento de otros métodos de higiene antes y después de la aplicación de las sesiones educativas, se observa que 13 personas reportaron conocer métodos alternos de limpieza antes y después de la aplicación del programa educativo, 25 antes de la aplicación del programa respondieron en forma negativa y después del programa afirmativamente; por último 12 personas que antes de la información recibida respondieron en forma afirmativa, después lo hicieron en forma negativa y 42 se mantuvieron en su respuesta de no conocer otros métodos de limpieza ni antes ni después del programa de educación. Se observó diferencia estadística significativa en el conocimiento de otros métodos de higiene después de la aplicación de la intervención educativa (X^2 McNemar=3.892, $p=.049$). Tabla 37.

Tabla 37. Distribución en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento respecto a otros métodos de higiene antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	¿Conoce otro método de higiene?					
	Sí		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	13	52.0	25	37.3	38	41.3
No	12	48.0	42	62.7	54	58.7
Total	25	100.0	67	100.0	92	100.0

X^2 McNemar=3.892, $p=.049$
Fuente: directa

Respecto a los otros métodos de higiene conocidos, se observa que antes de la aplicación del programa educativo, 46.4% conoce el enjuague bucal como método de higiene de las dentaduras, encontrándose 52.0% en el grupo experimental; por otra parte 21.4% corresponde a las personas que conocen el bicarbonato para realizar la higiene de sus dentaduras correspondiendo por completo al grupo experimental, 24.0%. Después de la aplicación del programa educativo, se observa que el porcentaje de personas que reportaron el uso de bicarbonato como método de limpieza disminuye a 10.4%; encontrándose 5.0% en el grupo experimental y 23.0% en el grupo control. Así, el porcentaje de personas usuarias del cloro como elemento de limpieza de las dentaduras aumenta a 32.1%,

correspondiendo a 32.5% en el grupo experimental y 30.8% al grupo control. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de otros métodos de higiene conocidos por grupo antes de la aplicación del programa educativo, mientras que después de la aplicación del programa ya no se observó diferencia estadística significativa entre los grupos, ($X^2=8.627$ $p=.196$). En cuanto a la distribución de otros métodos de higiene conocidos antes y después de la aplicación del programa educativo en el grupo experimental no muestra diferencia estadística significativa (Wilcoxon= -1.740 $p=.082$). Tabla 38.

Tabla 38. Distribución de la población de acuerdo a otros métodos de higiene conocidos por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

	¿Conoce algún otro método para limpiar su dentadura?											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bicarbonato	6	24.0	0	0	6	21.4	2	5.0	3	23.0	5	10.4
Cloro	2	8.0	1	33.3	3	10.7	13	32.5	4	30.8	17	32.1
Enjuague	13	52.0	0	0	13	46.4	6	15.0	2	15.4	8	15.1
Tabletas	3	12.0	0	0	3	10.8	7	17.5	2	15.4	9	18.0
Detergente y/o jabón	1	4.0	2	66.7	3	10.7	12	30.0	2	15.4	13	24.4
Total	25	100.0	3	100.0	28	100.0	40	100.0	13	100.0	53	100.0

* $X^2=14.062$ $p=.007$

** $X^2=8.627$ $p=.196$

Wilcoxon= -1.740 $p=.082$

Fuente directa

Conocimientos sobre el uso de las dentaduras

En cuanto al conocimiento de que dormir con la dentadura causa problemas en la boca los resultados indican que antes de la intervención educativa, 49.2% de las personas entrevistadas, indican la práctica de dormir con la dentadura puesta puede provocar algún problema bucal, 46.7% corresponde al grupo experimental y 56.7% corresponde al grupo control, por otra parte, los resultados posteriores a la intervención muestran que el porcentaje aumentó a 72%, observándose un incremento a 80% en el grupo experimental y una disminución a 46.7% en el grupo control. No se observó una diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento de que dormir con la dentadura puede provocar problemas por

grupos antes de la intervención educativa ($X^2=.892$, $p=.345$), sin embargo se observó diferencia estadística significativa posterior a la misma ($X^2=12.566$, $p<.001$).Tabla 39.

Tabla 39. Distribución de acuerdo al conocimiento de que dormir con el puente causa problemas en la boca, por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Dormir con el puente causa problemas en la boca											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	43	46.7	17	56.7	60	49.2	76	80.0	14	46.7	90	72.0
No	49	53.3	13	43.3	63	50.8	19	20.0	16	53.3	35	28.0
Total	92	100	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

*** $X^2=.892$, $p=.345$**

**** $X^2=12.566$, $p<.001$**

Fuente directa

En cuanto a la distribución en el grupo experimental se observa que 36 personas respondieron en forma afirmativa a la aseveración de que dormir con el puente causa problemas bucales, y 40 personas que previo a la intervención respondieron en forma negativa, cambiaron de parecer después de la misma. Se observó una diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento sobre el dormir con la dentadura puesta puede provocar problemas bucales antes y después del programa educativo (X^2 McNemar=21.787, $p<.001$). Tabla 40.

Tabla 40. Distribución en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento de que dormir con el puente causa problemas en la boca antes y después de la implementación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

	Dormir con el puente causa problemas en la boca					
	Después			Antes		
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	36	83.7	40	81.6	76	82.6
No	7	16.3	9	18.4	16	17.4
Total	43	100.0	49	100.0	92	100.0

Mc Nemar=21.787, $p<.001$

Fuente: directa

En el mismo campo de conocimientos, pero referidos al aspecto de que al comer es normal que queden restos alimenticios debajo de la dentadura o puente, se

observa que antes de la aplicación del programa educativo, 86.9% de los entrevistados concuerdan con esta idea, hallándose 87.0% en el grupo experimental y 86.7% en el grupo control, posteriormente, el porcentaje disminuyó a 70.4% correspondiendo a 68.4% en el grupo experimental y 76.7% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa inicialmente en cuanto al conocimiento de que no es normal que queden atrapados restos alimenticios debajo de una dentadura removible al comer ($X^2=.002$ $p=.967$), pero se observó diferencia estadística significativa una vez que se aplicó el programa educativo en el mismo aspecto ($X^2=12.566$, $p<.001$). Tabla 41.

Tabla 41. Distribución de acuerdo al conocimiento de que no es normal que queden restos alimenticios debajo de la dentadura por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Es normal que queden restos alimenticios debajo de la base de la dentadura												
	Antes*						Después**						
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sí	80	87.0	26	86.7	106	86.9	65	68.4	23	76.7	88	70.4	
No	12	13.0	4	13.3	16	13.1	30	31.6	7	23.3	37	29.6	
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0	
*$X^2=.002$,		$p=.967$											
**$X^2=12.566$,		$p<.001$											
Fuente directa													

En cuanto al grupo experimental, los resultados indican que 56 personas respondieron antes y después de la aplicación del programa que es normal que queden restos alimenticios atrapados debajo de la dentadura, mientras que 9 personas antes de la aplicación del programa respondieron en forma negativa y posteriormente cambiaron su respuesta afirmativamente. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento de que no es normal que quede atrapada comida debajo de la dentadura antes y después de la aplicación del programa educativo (X^2 McNemar=5.939, $p=.015$). Tabla 42.

Tabla 42. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo a la frecuencia anual al dentista antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Es normal que queden restos alimenticios atrapados debajo de la base de la dentadura

Después	Si		Antes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	56	70.0	9	75.0	65	70.7
No	24	30.0	3	25.0	27	29.3
Total	80	100.0	12	100.0	92	100.0

X² Mc Nemar=5.939, p=.015

Fuente: directa

En los resultados de los conocimientos respecto al desgaste de los puentes después del tiempo, se observa que 82.0% de las personas concuerdan con esta idea, encontrándose 80.4% en el grupo experimental y 86.7% en el grupo control antes de la aplicación del programa educativo, mientras que después el porcentaje se incrementa a 88%, correspondiendo a 90.5% en el grupo experimental y 80.0% al grupo control. No se observó diferencia estadística significativa antes y después de la aplicación del programa educativo en cuanto al conocimiento de que todos los puentes se desgastan después del uso continuado a través del tiempo, ($X^2=1.005$, $p=.605$, y $X^2=2.392$, $p=.122$) respectivamente. Tabla 43.

Tabla 43. Distribución de acuerdo al conocimiento de que todos los puentes se desgastan con el tiempo por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Todos los puentes se desgastan con el tiempo											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	74	80.4	26	86.7	100	82.0	86	90.5	24	80.0	110	88.0
No	8	8.7	1	3.3	9	7.4	9	9.5	6	20.0	15	12.0
No sabe	10	10.9	3	10.0	13	10.6	95	0	0	0	0	0
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

***X²=1.005, p=.605**

****X²=2.392, p=.122**

Fuente directa

En el grupo experimental 68 personas coincidieron en esta antes y después de la aplicación de las sesiones educativa, mientras que 8 personas que al inicio respondieron no haber percibido desgasten sus puentes con el tiempo, después del programa, cambiaron de opinión. Sí se observa diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento de que todos los puentes se desgastan con el tiempo, antes y después de la implementación de la intervención educativa en el grupo experimental (Wilcoxon=-2.874, p=.004). Tabla 44.

Tabla 44. Distribución en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento de que todos los puentes se desgastan con el tiempo antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	Todos los puentes se desgastan con el tiempo						Total	
	Sí		No		No sabe			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	68	91.9	8	100.0	7	70.0	83	90.2
No	6	8.1	0	0	3	30.0	9	9.8
Total	74	100.0	8	100.0	10	100.0	92	100.0

Wilcoxon=-2.874, p=.004

Fuente: directa

En lo referente al conocimiento de que las personas edéntulas requieren lavarse la boca, se observa que 81.4% de los portadores de dentaduras completas, opinan que deben lavarse la boca, correspondiendo a 83.3% en el grupo experimental y 75.0% en el grupo control; después de la intervención, el porcentaje se incrementa a 82.7% encontrándose 87.7% en el grupo experimental y 66.7% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa respecto al conocimiento de que las personas edéntulas requieren lavarse la boca por grupos antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=.567$, $p=.452$ y $X^2=4.231$ $p=.040$). Tabla 45.

Tabla 45. Distribución de la población de acuerdo al conocimiento de que las personas que no tienen dientes deben lavarse la boca, por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Las personas que no tienen dientes necesitan lavarse la boca

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	45	83.3	12	75.0	57	81.4	50	87.7	12	66.7	62	82.7
No	9	16.7	4	25.0	13	18.6	7	12.3	6	33.3	13	17.3
Total	54	100.0	16	100.0	70	100.0	57	100.0	18	100.0	75	100.0

* $X^2=.567$, $p=.452$

** $X^2=4.231$, $p=.040$

Fuente directa

En el grupo experimental, 42 personas coinciden en esta idea antes y después de la aplicación de la intervención, mientras 6 personas que consideran que los edéntulos no requieren lavarse la boca, posteriormente cambian de opinión No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento de que las personas edéntulas requieren lavarse la boca antes y después de la aplicación del programa educativo (X^2 Mc Nemar= -1.000 $p=.317$).Tabla 46.

Tabla 46. Distribución en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento de que las personas que no tienen dientes necesitan lavarse la boca. Centros INAPAM, México, 2005.

Las personas que no tienen dientes necesitan lavarse la boca.

Después	Antes					
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	42	93.3	6	66.7	48	88.9
No	3	6.7	3	33.3	6	11.1
Total	45	100.0	9	100.0	54	100.0

Mc Nemar= -1.000 $p=.317$

Fuente: directa

Los resultados referentes a los conocimientos de que los ganchos de las dentaduras parciales no causan caries, se observa que antes de la aplicación del programa 69.2% de los entrevistados piensan que los ganchos pueden provocar caries, ubicándose 68.4% en el grupo experimental y 71.4% en el grupo control, posteriormente este porcentaje disminuye a 42.0% encontrándose 34.2% en el grupo experimental y 66.7% en el grupo control. No se observó diferencia

estadística significativa entre los grupos antes de la aplicación del programa de educación, sin embargo, se observó diferencia estadística significativa después de la aplicación del mismo ($X^2=.043$, $p=.835$ y $X^2=3.944$, $p=.047$) respectivamente. Tabla 47.

Tabla 47. Distribución de acuerdo al conocimiento de que los ganchos de los puentes no causan problemas de caries, por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Los ganchos de los puentes causan caries.											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	26	68.4	10	71.4	36	69.2	13	34.2	8	66.7	21	42.0
No	12	31.6	4	28.6	16	30.8	25	65.8	4	33.3	29	58.0
Total	38	100.0	14	100.0	52	100.0	38	100.0	12	100.0	50	100.0

*** $X^2=.043$, $p=.835$**
**** $X^2=3.944$, $p=.047$**
Fuente directa

En el grupo experimental, se observa que 10 personas pensaban que los ganchos de los puentes causan caries antes y después de la aplicación del programa, mientras 14 personas que tienen esta idea antes de la aplicación del programa, responden lo contrario posterior al mismo. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento de que los ganchos no causan caries, antes y después de la intervención (X^2 Mc Nemar= 122 $p=.180$). Tabla 48.

Tabla 48. Distribución en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento de que los ganchos de los puentes no causan problemas de caries antes y después de la aplicación del programa educativo, centros INAPAM, México, 2005.

Después	Los ganchos de los puentes causan caries.					
	Si			Antes		
	No		Total			
	N	%	N	%	N	%
Sí	10	41.7	2	16.7	12	33.3
No	14	58.3	10	83.3	24	66.7
Total	24	100.0	12	100.0	36	100.0

Mc Nemar= 122 $p=.180$
Fuente: directa

En cuanto al conocimiento de que el uso de dentaduras postizas flojas puede ocasionar lesiones en la boca, se observa que antes del programa educativo, 82% de las personas respondieron en forma afirmativa, encontrándose 81.5% en el grupo experimental y 83.3% en el grupo control, después de la aplicación del programa, se observa que el porcentaje de entrevistados que respondieron afirmativamente aumentó a 92.0%, correspondiendo a 93.7% en el grupo experimental y 86.7% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa entre los grupos en cuanto al conocimiento de que una dentadura postiza floja puede provocar lesiones en la boca antes y después de la aplicación del programa educativo, ($X^2=.050$, $p=.823$ y $X^2=1.526$, $p=.217$) respectivamente. Tabla 49.

Tabla 49. Distribución de la población por grupos, de acuerdo al conocimiento respecto a que una dentadura floja puede provocar lesiones. Centros INAPAM, México, 2005.

	Una dentadura postiza floja puede provocar lesiones en la boca											
	Antes*				Después**							
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	75	81.5	25	83.3	100	82.0	89	93.7	26	86.7	115	92.0
No	17	18.5	5	16.7	22	18.0	6	6.3	4	13.3	10	8.0
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

* $X^2=.050$, $p=.823$
 ** $X^2=1.526$, $p=.217$
Fuente directa

En el grupo experimental, se encontró que antes de la aplicación del programa 70 personas coincidieron en el aspecto de que una dentadura removible no ajustada puede traer como consecuencia lesiones en cualquiera de las estructuras bucales, y se mantuvieron después del programa, mientras, 16 personas que no estaban de acuerdo con esta idea antes de la aplicación del programa, cambiaron de opinión después del mismo. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento relacionado a la idea de que una dentadura postiza floja puede provocar lesiones en la boca ($Wilcoxon=-2.400$, $p=.016$). Tabla 50.

Tabla 50. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento de que una dentadura floja puede provocar lesiones en la boca; antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	Si		Antes No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	70	93.3	16	94.1	86	93.5
No	5	6.7	1	5.9	6	6.5
Total	75	100.0	17	100.0	92	100.0

Wilcoxon=-2.400, p=.016

Fuente: directa

En lo referente al conocimiento de que la pérdida de los dientes es resultado natural del envejecimiento, se observó que antes de la aplicación del programa educativo, 78.3% de las personas respondió en forma afirmativa, siendo en el grupo experimental 78.5% y en el grupo control 77.8%, una vez que se aplicaron las sesiones educativas, este porcentaje disminuyó a 46.3%; en el grupo experimental a 37.7% y en el grupo control a 71.1%. No se observó diferencia estadística significativa entre los grupos antes de la aplicación del programa educativo ($X^2=1.003$, $p=.317$), sin embargo después de la intervención, se observó diferencia estadística significativa ($X^2=15.016$, $p<.001$). Tabla 51.

Tabla 51. Distribución de la población de acuerdo al conocimiento de que la pérdida dental es un proceso normal del envejecimiento por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	102	78.5	35	77.8	137	78.3	49	37.7	32	71.1	81	46.3
No	28	21.5	10	22.2	38	21.7	81	62.3	13	28.9	94	53.7
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

*** $X^2=1.003$, p=.317**

**** $X^2=15.016$, p< 001**

Fuente directa

En cuanto al grupo experimental, se observó que antes de la aplicación del programa 38 personas responden afirmativamente a la pregunta de si la pérdida dental es un proceso normal del envejecimiento; mientras, 11 personas que antes del programa responden en forma afirmativa, después de recibir la información lo hacen en forma negativa. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento de que la pérdida dental es resultado natural del envejecimiento (X^2 Mc Nemar=36.053, $p<.001$). Tabla 52.

Tabla 52. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento de que la pérdida dental es un proceso normal del envejecimiento antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	Si		Antes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	38	37.3	11	39.3	49	37.7
No	64	62.7	17	60.7	81	62.3
Total	102	100.0	28	100.0	130	100.0

Mc Nemar=36.053, $p<.001$
Fuente: directa

En cuanto al aspecto del conocimiento sobre la importancia de una boca saludable, se observa que antes de la aplicación del programa educativo, 76.0% de las personas refieren que una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas de su edad, correspondiendo 78.5% al grupo experimental y 68.9% al grupo control. Después de las sesiones de la intervención se observa que esta proporción aumenta a 82.3%, en el grupo experimental 85.4% y en el grupo control a 73.3%. No se observó diferencia estadística significativa entre los grupos antes y después de la aplicación del programa educativo en cuanto al conocimiento de que una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas ($X^2=2.901$, $p=.234$ y $X^2=3.420$, $p=.181$). Tabla 53.

Tabla 53. Distribución de la población por grupos, de acuerdo al conocimiento de que una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas. Centros INAPAM, México, 2005.

Una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas de mi edad

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	102	78.5	31	68.9	133	76.0	111	85.4	33	73.3	144	82.3
No	26	20.0	14	31.1	40	22.9	12	9.2	7	15.6	19	10.9
No sabe	2	1.5	0	0	2	1.1	7	5.4	5	11.1	12	6.8
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $X^2=2.901$, $p=.234$
** $X^2=3.420$, $p=.181$
Fuente directa

En el grupo experimental, se observa que 94 personas respondieron en forma afirmativa antes y después del programa a la aseveración de que una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas, mientras 17 respondieron en forma negativa antes de la aplicación del programa y después del mismo en forma positiva. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución del grupo experimental antes y después del programa educativo respecto al conocimiento referido a que una boca en mal estado dificulta su relación con otras personas (Wilcoxon=-6.18, $p=.536$) Tabla 54.

Tabla 54. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento de que una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas, antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas de mi edad

	Después		Antes							
	N	%	Sí		No		No sabe		Total	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	94	92.2	17	65.4	0	0	111	85.4		
No	5	4.9	7	26.9	0	0	12	9.2		
No sabe	3	2.9	2	7.7	2	100.0	7	5.4		
Total	102	100.0	26	100.0	2	100.0	130	100.0		

Wilcoxon=-.618, $p=.536$
Fuente: directa

El aspecto referente a la afirmación de que el dolor es la única señal de enfermedad en la boca, se observa que previo a la puesta en marcha de las sesiones educativas, 73.1% de los entrevistados consideran que esto es cierto, ubicándose 71.5% en el grupo experimental y 77.8% en el grupo control, posteriormente, se observó que la proporción de personas que respondieron en forma afirmativa disminuye a 60.0%, ubicándose 55.4% en el grupo experimental y 73.3% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la idea de que el dolor es la única señal de que la boca está enferma antes de la aplicación del programa educativo, ($X^2=.662$, $p=.416$), sin embargo, se observó diferencia estadística significativa en el mismo aspecto después de la implementación ($X^2=4.487$, $p=.034$). Tabla 55.

Tabla 55. Distribución de acuerdo al conocimiento de que el dolor es la única señal de que la boca está enferma por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	El dolor es la única señal de que la boca está enferma											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	93	71.5	35	77.8	128	73.1	72	55.4	33	73.3	105	60.0
No	37	28.5	10	22.2	47	26.9	58	44.6	12	26.7	70	40.0
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0
*$X^2=.662$,		$p=.416$										
**$X^2=4.487$,		$p=.034$										
Fuente directa												

En el grupo experimental se encuentran 55 personas que antes y después de recibir las sesiones educativas, opinan que el dolor es la única señal detectable de que existe alguna enfermedad en la boca, mientras 38 que previo al programa coincidían con esta idea, después de la implementación de la intervención cambiaron de idea y sabían que existen otros aspectos que indican alguna patología. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento relativo a que el dolor es la única señal de que la boca está enferma después de la aplicación del programa educativo (X^2 McNemar=7.273, $p=.007$). Tabla 56.

Tabla 56. Distribución en el grupo experimental de acuerdo al conocimiento de que el dolor es la única señal de que la boca está enferma antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	El dolor es la única señal de enfermedad en la boca está enferma						
	Si			Antes		Total	
	N	%	N	%	N	%	
Sí	55	59.1	17	45.9	72	55.4	
No	38	40.9	20	54.1	58	44.6	
Total	93	100.0	37	100.0	130	100.0	

Mc Nemar=7.273, p=.007

Fuente: directa

Los resultados referentes al conocimiento dirigido a que con el mantenimiento de la dentadura removible en buenas condiciones se mejora la apariencia, se observa que antes de la aplicación del programa educativo, 91.0% coincide con esta idea, encontrándose 91.3% en el grupo experimental y 90.0% en el grupo control. Después de la aplicación del programa, este porcentaje se incrementa a 93.6% correspondiendo a 98.5% en el grupo experimental y a 86.7% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución del conocimiento de que una dentadura en buenas condiciones mejora la apariencia antes y después de aplicar el programa educativo ($X^2=.425$, $p=.514$ y $X^2=2.115$, $p=.146$) respectivamente. Tabla 57.

Tabla 57. Distribución por grupos de acuerdo al conocimiento de que al conservar la dentadura se mejora la apariencia. Centros INAPAM, México, 2005.

Si conservo mi dentadura en buenas condiciones, mejoro mi apariencia.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	84	91.3	27	90.0	111	91.0	91	98.5	26	86.7	117	93.6
No	8	8.7	3	10.0	11	9.0	4	1.5	4	13.3	8	6.4
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

*** $X^2=.425$, $p=.514$**

**** $X^2=2.115$, $p=.146$**

Fuente directa

En el grupo experimental se observa que 81 personas reconocen que el mantenimiento de las dentaduras en buenas condiciones mejora la apariencia antes y después de la aplicación del programa de educación, mientras 7 que no lo hacían antes, lo reconocen después de la aplicación del mismo. No se observó diferencia estadística significativa en el grupo experimental en cuanto al autoconcepto de que mantener una dentadura en buenas condiciones forma parte de una buena apariencia, antes y después de la aplicación de programa de educación (X^2 Mc Nemar= 122 $p=.206$). Tabla 58.

Tabla 58. Distribución en el grupo experimental de acuerdo al autoconcepto de que al conservar la dentadura en buenas condiciones se mejora la apariencia, antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Si conservo mi dentadura en buenas condiciones, mejoro mi apariencia.

Después	Si		Antes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	81	96.4	7	87.5	88	95.7
No	3	3.6	1	12.5	4	4.3
Total	84	100.0	8	100.0	92	100.0

Mc Nemar= 122 $p=.206$
Fuente: directa

Actitudes respecto al cuidado bucal, asistencia al dentista, realización de autoexamen

Autoeficacia

En cuanto a la autoeficacia para responsabilizarse por la salud bucal, se observó que 48.9% creen tener la capacidad para ocuparse de este aspecto antes de la aplicación del programa, ubicándose el 53.1% en el grupo experimental y 48.9% en el grupo control, posteriormente, este porcentaje se incrementó a 58.9% encontrándose 63.1% en el grupo experimental y 46.7% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoeficacia para ocuparse de la salud bucal por grupos antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=1.223$, $p=.542$ y $X^2=3.854$ $p=.146$) respectivamente. Tabla 59.

En cuanto al grupo experimental, no se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoeficacia para responsabilizarse por la salud bucal después de la aplicación del programa educativo (Wilcoxon=-1.165, p=.244). Tabla 59.

Tabla 59. Distribución de acuerdo a la autoeficacia para responsabilizarse por el cuidado de la salud bucal por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.
Soy responsable del cuidado de mi salud bucal

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	69	53.1	22	48.9	91	52.0	82	63.1	21	46.7	103	58.9
No	53	40.8	18	40.0	71	40.6	18	13.8	10	22.2	28	16.0
A	8	6.1	5	11.1	13	7.4	30	23.1	14	31.1	44	25.1
veces												
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $X^2=1.223$, $p=.542$

** $X^2=3.854$, $p=.146$

Wilcoxon=-1.165 $p=.244$

Fuente directa

En cuanto a la autoeficacia para comunicarse con el dentista, se observa que previo a la aplicación del programa 68.0% responden en forma afirmativa, 70% en el grupo experimental y 62.2% en el grupo control, posteriormente el porcentaje disminuye a 67.4% incrementándose a 71.5% en el grupo experimental pero disminuyó a 55.6% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la capacidad para comunicarse con el dentista por grupos antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=1.266$, $p=.531$ y $X^2=4.524$ $p=.104$) respectivamente. Tabla 60.

Tabla 60. Distribución de acuerdo a la autoeficacia para comunicarse con el dentista por grupos, centros INAPAM, México, 2005.

	Puedo comunicarle al dentista mis problemas bucales.											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	91	70.0	28	62.2	119	68.0	93	71.5	25	55.6	118	67.4
No	27	20.8	13	28.9	40	22.9	24	18.5	11	24.4	35	20.0
A veces	12	9.2	4	8.9	16	9.1	13	10.0	9	20.0	22	12.6
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $X^2=1.266$, $p=.531$

** $X^2=4.524$, $p=.104$

Fuente directa

En cuanto a la distribución en el grupo experimental se observa que 60 personas responden en forma afirmativa sobre la autoeficacia para comunicarle al dentista sus problemas bucales antes y después de la aplicación del programa educativo, mientras que 30 respondieron en forma negativa antes de las sesiones informativas y posteriormente respondieron en forma afirmativa. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoeficacia para comunicarse con el dentista antes y después de la implementación del programa educativo (Wilcoxon=-1.906, $p=.057$). Tabla 61.

Tabla 61. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la autoeficacia para comunicarse con el dentista, antes y después de la aplicación del programa educativo, centros INAPAM, México, 2005.

	Puedo comunicarle al dentista mis problemas bucales.							
	Después				Antes			
	Sí		No		Sí		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	60	71.4	30	65.2	90	69.2		
No	9	10.7	8	17.4	17	13.1		
A veces	15	17.9	8	17.4	23	17.7		
Total	84	100.0	46	100.0	130	100.0		

Wilcoxon=-1.906, $p=.057$

Fuente: directa.

Los datos relativos a la capacidad para adaptarse a los cambios consecuentes de la edad, indican que antes de la aplicación del programa, 72.6% de los entrevistados respondió que ha sido capaz de adaptarse a dichos cambios,

ubicándose 71.5% en el grupo experimental y 75.6% en el grupo control. Posteriormente, el porcentaje cambió a 83.4%, encontrándose 87.7% en el grupo experimental y 71.1% en el grupo control. Los datos previos a la intervención no muestran diferencia estadística significativa, ($X^2=.602$, $p=.740$) no así en los datos presentados después de la misma ($X^2=7.651$, $p=.022$). Tabla 62.

Tabla 62. Distribución de acuerdo a la autoeficacia para adaptarse a los cambios propios de la edad por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Soy capaz de adaptarme a los cambios ocurridos en mi organismo como parte del envejecimiento.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	93	71.5	34	75.6	127	72.6	114	87.7	32	71.1	146	83.4
No	27	20.8	7	15.6	34	19.4	6	4.6	7	15.6	13	7.5
A veces	10	7.7	4	8.8	14	8.0	10	7.7	6	13.3	16	9.1
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $X^2=.602$, $p=.740$

** $X^2=7.651$, $p=.022$

Fuente directa

En el grupo experimental, los resultados muestran que 82 personas dijeron ser capaces de adaptarse a los cambios que conlleva la edad antes y después de la aplicación del programa, mientras 22 antes de la intervención dijeron no poder hacerlo. Sí se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la autoeficacia para adaptarse a los cambios en el organismo propios de la edad antes y después de la aplicación del programa de educación. Tabla 63.

Tabla 63. Distribución de acuerdo a la autoeficacia para adaptarse a los cambios de la edad en el grupo experimental, antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Soy capaz de adaptarme a los cambios ocurridos en mi organismo como parte del envejecimiento.

	Después		Antes				Total	
	N	%	Sí		No		A veces	
			N	%	N	%	N	%
Sí	82	88.2	22	81.5	10	100.0	114	87.7
No	5	5.4	1	3.7	0	0	6	4.6
A veces	6	6.4	4	14.8	0	0	10	7.7
Total	93	100.0	27	100.0	10	100.0	130	100.0

Wilcoxon=-2.018 $p=.044$

Fuente: directa

En el aspecto de autoeficacia para llevar a cabo la higiene de la dentadura, se observa que antes de recibir las sesiones educativas, el 20.5% de los entrevistados se consideran capaces de llevar a cabo las actividades que les permita tener limpia su dentadura, encontrándose 16.3% en el grupo experimental y 33.3% en el grupo control, esta proporción cambió a 29.6% después de la intervención, ubicándose 26.3% en el grupo experimental y 40.0% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa respecto a la autoeficacia para llevar a cabo la higiene de la dentadura ni antes ni después de la implementación de la intervención educativa ($X^2=4.736$, $p=.940$ y $X^2=3.265$, $p=.195$) respectivamente. Tabla 64.

Tabla 64. Distribución de la población de acuerdo a la autoeficacia para limpiar la dentadura removible por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Sería muy difícil seguir las indicaciones del dentista para limpiar mi dentadura postiza.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	15	16.3	10	33.3	25	20.5	25	26.3	12	40.0	37	29.6
No	74	80.4	20	66.7	94	77.0	65	68.4	18	60.0	83	66.4
A veces	3	3.3	0	0	3	2.5	5	5.3	0	0	5	4.0
Total	92	100.0	30	100.0	122	100.0	95	100.0	30	100.0	125	100.0

*** $X^2=4.736$, $p=.940$**
**** $X^2=3.265$, $p=.195$**
Fuente directa

En el grupo experimental, se observa que antes de aplicar las sesiones educativas 21 personas no se consideran capaces de llevar a cabo la higiene de su dentadura y posteriormente sí, mientras 4 personas se mantuvieron antes y después en su respuesta afirmativa. No se observó diferencia estadística significativa antes y después de la aplicación del programa de educación en el aspecto de autoeficacia para llevar a cabo la higiene de su dentadura (Wilcoxon=-1.441, $p=.150$). Tabla 65.

Tabla 65. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la autoeficacia para limpiar la dentadura antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Sería muy difícil seguir las indicaciones del dentista para limpiar mi dentadura postiza

Después	Antes							
	Sí		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	4	26.7	21	28.4	0	0	25	27.2
No	11	73.3	49	66.2	3	100.0	63	68.5
A veces	0	0	4	5.4	0	0	4	4.3
Total	15	100.0	74	100.0	3	100.0	92	100.0

Wilcoxon=-1.441, p=.150

Fuente: directa

En cuanto a la autoeficacia para acudir al dentista se observa que antes de la aplicación del programa educativo, 32.0% consideraban que sería muy difícil acudir al dentista con la frecuencia indicada ubicándose 32.3% en el grupo experimental, y 31.1% en el grupo control, mientras que posterior a su aplicación, el porcentaje disminuyó a 30.9%, encontrándose 31.5% en el grupo experimental y 28.9% en el control. No se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la autoeficacia para acudir al dentista por grupos ($X^2=.022$, $p=.989$ y $X^2=.347$, $p=.841$) respectivamente. Tabla 66.

Tabla 66. Distribución de la población de acuerdo a la autoeficacia para acudir al dentista con la frecuencia indicada por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Sería muy difícil asistir al dentista con la frecuencia indicada.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	42	32.3	14	31.1	56	32.0	41	31.5	13	28.9	54	30.9
No	68	52.3	24	53.3	92	52.6	81	62.3	30	66.7	111	63.4
A veces	20	15.4	7	15.6	27	15.4	8	6.2	2	4.4	10	5.7
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

*** $X^2=.022$, $p=.989$**
**** $X^2=.347$, $p=.841$**
Fuente directa

En el grupo experimental se observa que 19 personas consideraban fuera de su capacidad acudir con el dentista antes y después de la aplicación del programa, mientras 21 que consideraban muy difícil poder hacerlo, después del programa educativo cambiaron su opinión al respecto. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoeficacia para acudir con el dentista antes y después de la implementación de la intervención educativa (Wilcoxon=-1.256, p=.209). Tabla 67.

Tabla 67. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la autoeficacia para acudir dentista antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Sería muy difícil asistir al dentista con la frecuencia indicada.

Después	Sí		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	19	45.2	18	26.5	4	20.0	41	31.5
No	21	50.4	48	70.6	12	60.0	81	62.3
A veces	2	4.4	2	2.9	4	20.0	8	6.2
Total	42	100.0	68	100.0	20	100.0	130	100.0

Wilcoxon=-1.256, p=.209

Fuente: directa

En cuanto a los aspectos de autoeficacia para la realización del procedimiento de autoexamen bucal, se observa que previo a la aplicación de las sesiones de educación, 66.9% de los entrevistados consideran que las personas de su edad pueden revisarse a sí mismos sus estructuras bucales como dientes, lengua, encía y labios, correspondiendo este porcentaje a 65.4% en el grupo experimental y a 71.1% en el grupo control, una vez que se les dio la información pertinente, se observa que este porcentaje aumentó a 78.9% , en el grupo experimental 80.0% y en el grupo control, 75.6%. No existe diferencia estadística significativa antes de la aplicación del programa de educación ($X^2=.770$, $p=.680$), sin embargo, se observó diferencia estadística significativa después del mismo ($X^2=11.168$, $p=.004$). Tabla 68.

Tabla 68. Distribución de la población de acuerdo a la autoeficacia para realizar autoexamen, por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Las personas de mi edad, pueden revisarse a si mismas, lengua, dientes, encía.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	85	65.4	32	71.1	117	66.9	104	80.0	34	75.6	138	78.9
No	39	30.0	12	26.7	51	29.1	25	19.2	6	13.3	31	17.7
No sabe	6	4.6	1	2.2	7	4.0	1	.8	5	11.1	6	3.4
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

***X²=.770, p=.680**

****X²=11.168, p=.004**

Fuente directa

En el grupo experimental, se encontró que 70 personas consideraban que las personas de su edad son capaces de llevar a cabo este procedimiento, mientras, que 30 de los entrevistados al inicio respondió en forma negativa y después de la intervención, afirmativamente. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoeficacia para llevar a cabo el procedimiento de autoexamen relacionado a la idea de que las personas de su edad pueden revisarse a sí mismas sus estructuras bucales (Wilcoxon=-3.007, p=.003). Tabla 69.

Tabla 69. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo a la autoeficacia para realizar autoexamen antes y después de la aplicación del programa educativo, centros INAPAM, México, 2005.

Las personas de mi edad pueden revisarse a sí mismas su lengua, dientes, encía

Después	Antes								
	Sí		No		No sabe		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sí	70	82.4	30	76.9	4	66.7	104	80.0	
No	15	17.6	8	20.5	2	33.3	25	19.2	
No sabe	0	0	1	2.6	0	0	1	.8	
Total	85	100.0	39	100.0	6	100.0	130	100.0	

Wilcoxon=-3.007, p=.003

Fuente: directa

Autoestima

En el aspecto de autoestima, antes de la intervención educativa, 74.3% de los entrevistados reportaron sentirse con ánimos de verse mejor, correspondiendo a 77.7% al grupo experimental y 64.4% al grupo control, después de la aplicación del programa, 81.1% de las personas respondieron en forma afirmativa, correspondiendo 83.8% al grupo experimental y 73.3% al grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoestima referida a sentirse con ánimos de verse mejor antes y después de la aplicación del programa educativo por grupos ($X^2=3.204$, $p=.201$ y $X^2=3.689$, $p=.158$) respectivamente. Tabla 70.

Tabla 70. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo a la frecuencia anual al dentista antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

	Me siento con ánimo de verme mejor.											
	Experimental		Antes*				Después**					
			Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	101	77.7	29	64.4	130	74.3	109	83.8	33	73.3	142	81.1
No	13	10.0	8	17.8	21	12.0	9	6.9	3	6.7	12	6.9
A veces	16	12.3	8	17.8	24	13.7	12	9.3	9	20.0	21	12.0
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0
		*$X^2=3.204$,		p=.201								
		**$X^2=3.689$,		p=.158								
Fuente directa												

En cuanto al grupo experimental, 90 reportan sentirse bien antes y después de la implementación de las sesiones educativas, mientras 7 personas que respondieron en forma negativa al inicio, posteriormente cambiaron de parecer. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoestima en el aspecto de tener ánimos para verse mejor antes y después de la aplicación del programa de educación para la salud. Tabla 71.

Tabla 71. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo a la frecuencia anual al dentista antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Me siento con ánimo de verme mejor.

	Después		Antes				Total	
	Sí		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	90	89.1	7	53.8	12	75.0	109	83.8
No	3	3.0	5	38.5	1	6.2	9	6.9
A veces	8	7.9	1	7.7	3	18.8	12	9.3
Total	101	100.0	12	100.0	16	100.0	130	100.0

Wilcoxon=-1.125, p=.261

Fuente: directa

En el aspecto referente a que la pérdida de los dientes hace a las personas menos atractivas, se observa que 55.4% coinciden con esta idea antes de la aplicación del programa de educación, encontrándose 56.9% en el grupo experimental y 51.1% en el grupo control, mientras 68.6% lo hacen después, encontrándose 68.5% en el grupo experimental y 68.9% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en el aspecto de autoestima referida a la disminución de atractivo debido a la pérdida dental por grupos ($X^2=.867$, $p=.648$ y $X^2=1.511$, $p=.470$). Tabla 72.

Tabla 72. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo a la frecuencia anual al dentista antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

La pérdida de los dientes me ha hecho una persona menos atractiva

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	74	56.9	23	51.1	97	55.4	89	68.5	31	68.9	120	68.6
No	45	34.6	19	42.2	64	36.6	33	25.4	9	20.0	42	24.0
A veces	11	8.5	3	6.7	14	8.0	8	6.1	5	11.1	13	7.4
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

*** $X^2=.867$, $p=.648$**

**** $X^2=1.511$, $p=.470$**

Fuente directa

En el grupo experimental los resultados indican que 57 personas acordaron con la idea de que la pérdida de los dientes los ha hecho menos atractivos antes y después de la aplicación del programa de educación, mientras 24 que al inicio no tenían esta idea, posteriormente sí. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoestima antes y después de la aplicación del programa educativo (Wilcoxon=-1.736, p=.082). Tabla 73.

Tabla 73. Distribución de la población en el grupo experimental de acuerdo a la frecuencia anual al dentista antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	La pérdida de mis dientes me ha hecho una persona menos atractiva							
	Sí		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	57	77.0	24	53.3	8	72.7	89	68.5
No	11	14.9	19	42.2	3	27.3	33	25.4
A veces	6	8.1	2	4.5	0	0	8	6.1
Total	74	100.0	45	100.0	11	100.0	130	100.0

Wilcoxon=-1.736, p=.082

Fuente: directa

En el aspecto de autoestima, los resultados muestran que 78.3% de los entrevistados, consideran ser valiosos como parte de su familia correspondiendo 80.0% al grupo experimental y 73.3% en el grupo control, posteriormente este porcentaje se incrementa a 77.1% encontrándose 78.5% en el grupo experimental y 73.3% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoestima referida a sentirse valioso dentro de la familia por grupos, antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=1.060$ p=.539 y $X^2=.638$, p=.727) respectivamente. Tabla 74.

Tabla 74. Distribución de la población de acuerdo a la autoestima referente a ser valioso en la familia por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

Soy una persona valiosa en mi familia.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	104	80.0	33	73.3	137	78.3	102	78.5	33	73.3	135	77.1
No	19	14.6	8	17.8	17	15.4	11	8.5	4	8.9	15	8.6
A veces	7	5.4	4	8.9	11	6.3	17	13.0	8	17.8	25	14.3
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $X^2=1.060$ $p=.539$
 ** $X^2=.638$, $p=.727$

Fuente directa

En el grupo experimental se observa que 8 personas que no se consideran valiosos como parte de su familia antes de la aplicación del programa cambian su respuesta después del mismo, mientras que 90 la mantienen antes y después de la intervención. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoestima antes y después de la aplicación del programa (Wilcoxon=-1.741, $p=.082$). Tabla 75

Tabla 75. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a autoestima referente a ser valioso en la familia, antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Soy una persona valiosa en mi familia.

	Después							
	Antes				Después			
	Sí		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	90	86.5	8	42.1	4	57.1	102	78.5
No	5	4.8	4	21.1	2	28.6	11	8.5
A veces	9	8.7	7	36.8	1	14.3	17	13.0
Total	104	100.0	19	100.0	7	100.0	130	100.0

Fuente: directa

Autodeterminación

En cuanto a la autodeterminación para mejorar la salud bucal al acudir al dentista, se observa que antes de la aplicación del programa educativo, 70.3% de los entrevistados están decididos a buscar atención dental antes de la implementación de la intervención, correspondiendo 72.3% al grupo experimental y 64.4% al grupo control. Posteriormente, el porcentaje se incrementa a 78.3%

correspondiendo a 83.1% en el grupo experimental y 64.4% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la autodeterminación para acudir al dentista por grupos antes de la aplicación del programa de educación, sin embargo, se observó diferencia estadística significativa después de la implementación del mismo ($X^2=1.527$, $p=.466$ y $X^2=7.302$, $p=.026$) respectivamente. Tabla 76.

Tabla 76. Distribución de la población por grupos de acuerdo a la autodeterminación de querer mejorar la salud bucal acudiendo con el dentista. Centros INAPAM, México, 2005.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	94	72.3	29	64.4	123	70.3	108	83.1	29	64.4	137	78.3
No	26	20.0	13	28.9	39	22.3	16	12.3	13	28.9	29	16.6
No sabe	10	7.7	3	6.7	13	7.4	6	4.6	3	6.7	9	5.1
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0

* $X^2=1.527$, $p=.466$
** $X^2=7.302$, $p=.026$

Fuente directa

En el grupo experimental, se observa que 84 personas quieren asistir al dentista antes y después de la aplicación del programa educativo, mientras 17 personas que antes de la aplicación del programa respondieron en forma negativa, cambiaron su opinión posterior a la implementación de la intervención. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la autodeterminación para asistir al dentista (Wilcoxon=-2.319, $p=.020$). Tabla 77.

Tabla 77. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la autodeterminación de querer mejorar la salud bucal al acudir con el dentista. Centros INAPAM, México, 2005.

	Después				Antes			
	Sí		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	84	89.4	17	65.4	7	70.0	108	83.1
No	9	9.6	6	23.1	1	10.0	16	12.3
No sabe	1	1.0	3	11.5	2	20.0	6	4.6
Total	94	100.0	26	100.0	10	100.0	130	100.0

Wilcoxon=-2.319, $p=.020$

Fuente: directa

En el aspecto de autodeterminación, se observa que 86.3% de los entrevistados, reportan estar dispuestos a aprender el proceso de autoexamen, encontrándose 85.4% en el grupo experimental y 88.9% en el grupo control, antes de la implementación del programa, posteriormente este porcentaje disminuye a 84.0% encontrándose 86.9% en el grupo experimental y 75.6% en el grupo control. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autodeterminación para aprender autoexamen por grupos antes y después de la aplicación del programa educativo ($X^2=.420$, $p=.811$ y $X^2=5.423$, $p=.066$) respectivamente. Tabla 78.

Tabla 78. Distribución de acuerdo a la autodeterminación para realizar autoexamen por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	111	85.4	40	88.9	151	86.3	113	86.9	34	75.6	147	84.0
No	14	10.8	4	8.9	18	10.3	5	3.8	6	13.3	11	6.3
A	5	3.8	1	2.2	6	3.4	12	9.3	5	11.1	17	9.7
veces												
Total	130	100.0	45	100.0	175	100.0	130	100.0	45	100.0	175	100.0
*$X^2=.420$,												
p=.811												
**$X^2=5.423$,												
p=.066												

Fuente directa

En el grupo experimental se observa que 106 personas responder tener disposición para aprender el autoexamen bucal antes y después de la aplicación del programa, mientras 4 personas que no lo consideraban así antes del programa, posteriormente cambian su opinión. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autodeterminación para aprender a efectuar el autoexamen bucal antes y después del programa educativo (Wilcoxon=-.737, $p=.461$). Tabla 79.

Tabla 79. Distribución en el grupo experimental de acuerdo a la autodeterminación para realizar autoexamen, antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Estoy dispuesto a aprender a revisar mi boca por mi mismo.

Después	Sí		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	106	95.5	4	28.6	3	60.0	113	86.9
No	1	.9	3	21.4	1	20.0	5	3.8
A veces	4	3.6	7	50.0	1	20.0	12	9.3
Total	111	100.0	14	100.0	5	100.0	130	100.0

Wilcoxon=-.737, p=.461

Fuente: directa

RESULTADOS DE LAS VARIABLES CLÍNICAS

Los resultados referentes a la condición de higiene bucal muestran que antes de la aplicación del programa 48.0% de los pacientes tienen una condición buena de acuerdo al índice de higiene oral, encontrándose 47.3% en el grupo experimental y 50.0% en el grupo control, mientras 47.1% tienen higiene regular encontrándose 45.9% en el grupo experimental y 50.0% en el grupo control, posteriormente el porcentaje de personas con una condición buena aumentó a 61.0% ubicándose 69.4% en el grupo experimental y 39.3% en el grupo control. Mientras que la proporción de personas con una condición regular disminuyó a 36%, localizándose 29.2% en el grupo experimental y 53.6% en el grupo control. No se observó diferencia en la condición de higiene bucal respecto a los grupos antes de la aplicación del programa educativo ($X^2=1.994$, $p=.369$), pero se observó diferencia estadística significativa entre los grupos después del mismo ($X^2=8.299$, $p=.014$).Tabla 80.

Tabla 80. Distribución de la población, acuerdo al estado de higiene bucal por grupos. Centros INAPAM, México,2005.

	Indice de Higiene Oral											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bueno	35	47.3	14	50.0	49	48.0	50	69.4	11	39.3	61	61.0
Regular	34	45.9	14	50.0	48	47.1	21	29.2	15	53.6	36	36.0
Malo	5	6.8	0	0	5	4.9	1	1.4	2	7.1	3	3.0
Total	72	100.0	28	100.0	102	100.0	72	100.0	28	100.0	100	100.0

* $X^2=1.994$, $p=.369$

** $X^2=8.299$, $p=.014$

Fuente directa

En el grupo experimental se observa que 32 personas mantuvieron su condición de higiene regular, mientras 18 que tenían un estado regular o malo, después de la intervención presentan una condición buena de higiene. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la condición de higiene bucal antes y después de la aplicación del programa de educación (X^2 McNemar=15.513, $p=.001$).Tabla 81.

Tabla 81 Distribución del grupo experimental de acuerdo al estado de higiene bucal antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	Indice de Higiene Oral								
	Bueno			Regular-Malo			Total		
	N	%		N	%		N	%	
Bueno	32	91.4%		18	48.6		50	69.4	
Regular-Malo	3	8.6		19	51.4		22	30.6	
Total	35	100.0		37	100.0		72	100.0	

X^2 McNemar=15.513, $p=.001$

Fuente: directa

Por último, en lo referente a la condición de limpieza de las dentaduras superiores, se observa que antes de la aplicación del programa 34.3% tienen una condición regular, encontrándose 33.3% en el grupo experimental y 37.5% en el grupo control. Posteriormente este porcentaje se incrementó a 46.7% ubicándose 43.9% en el grupo experimental y 55.6% en el grupo control. Antes de la aplicación del

programa 11.4% de los portadores tienen una condición considerada como buena, ubicándose 11.1% en el grupo experimental y 12.5% en el grupo control, posteriormente este porcentaje se incrementa a 29.3% encontrándose 35.1% en el grupo experimental y 11.1% en el grupo control. No existe diferencia estadística significativa entre los grupos antes y después de la aplicación del programa educativo en cuanto a la condición de higiene de las dentaduras superiores ($X^2=.154$, $p=.926$ y $X^2=2.795$, $p=.247$). Tabla 82.

Tabla 82. Distribución de acuerdo al estado de higiene de dentaduras por grupos. Centros INAPAM, México, 2005.

	Estado de higiene dentadura											
	Antes*						Después**					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bueno	6	11.1	2	12.5	8	11.4	20	35.1	2	11.1	22	29.3
Regular	18	33.3	6	37.5	24	34.3	25	43.9	10	55.6	33	46.7
Malo	30	55.6	8	50.0	38	54.3	12	21.0	6	33.3	18	24.0
Total	54	100.0	16	100.0	70	100.0	57	100.0	18	100.0	75	100.0

* $X^2=.154$, $p=.926$

** $X^2=3.942$, $p=.139$

Fuente directa

En el grupo experimental, se observa que 5 personas se mantuvieron en condición buena antes y después del programa, mientras, 8 que se encontraban en condición regular, cambiaron a una condición buena y 4 que se consideraban en estado malo de higiene cambiaron a una condición buena. Por otro lado 15 dentaduras que se encontraban en condición mala antes de la aplicación del programa, posteriormente fueron evaluadas en condición regular. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la condición de higiene de las dentaduras antes y después de la aplicación del programa educativo en el grupo experimental (Wilcoxon=-4.498, $p<.001$). Tabla 83.

Tabla 83. Distribución del grupo experimental de acuerdo al estado de higiene de las dentaduras antes y después de la aplicación del programa educativo. Centros INAPAM, México, 2005.

Después	Indice de Higiene de dentadura							
	Buena		Regular		Mala		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Buena	5	83.3	8	44.4	4	13.3	17	31.5
Regular	1	16.7	9	50.0	15	50.0	25	46.3
Mala	0	0	1	5.6	11	36.7	12	22.2
Total	6	100.0	18	100.0	30	100.0	54	100.0

Wilcoxon=-4.498, p<.001

Fuente: directa

Discusión

El presente estudio se realizó en cuatro grupos del INAPAM (Instituto Nacional de Atención para el Adulto Mayor), 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 información sobre temas importantes de salud, al recibir pláticas continuamente proporcionadas por la institución. Por otra parte, debido al pequeño número de hombres que asisten a los centros, no se pudo establecer un análisis comparativo por sexo.

En relación con los resultados obtenidos, se observó en el aspecto de la utilización de servicios dentales, que la principal razón de los entrevistados para no recibir atención por parte del odontólogo, fue la falta de recursos económicos, lo cual concuerda con lo reportado por otros autores, que también mencionan el factor económico como uno de los principales problemas en cuanto a la búsqueda de atención se refiere, ya que las personas adultas mayores se encuentran limitadas en su percepción económica mensual. En esta investigación encontramos que por lo menos 34% de la población estudiada no recibe ingresos mensuales indicando que son dependientes de sus familiares.

Cabe destacar, que la prevalencia de pérdida de por lo menos un diente (98.3%), fue mayor que la reportada anteriormente en grupos similares, sin embargo, en cuanto a la utilización de dentaduras, la distribución se comporta en forma parecida a otras poblaciones al encontrar 73.1% de portadores de alguna

dentadura de tipo removible, y aunque se observó un ligero incremento después de la intervención (76.0%), este no fue significativo a nivel estadístico. Lo importante es enfatizar, que siendo tan alta la proporción de usuarios de dentaduras removibles, se requiere reforzar los conocimientos en cuanto a los procedimientos de su cuidado, específicamente higiene, ya que aunque la mayoría de las personas reportó llevar a cabo algún procedimiento de limpieza, sólo 14% utiliza el correcto. Esto fue comentado por Davidson, al mencionar que es importante la motivación para realizar alguno de los procedimientos de limpieza, y su vigilancia en periodos cortos para evitar confusión en los conocimientos y posiblemente, la utilización de los procedimientos incorrectos.

Desde este punto de vista, los resultados del presente estudio muestran que hubo un cambio significativo en cuanto al conocimiento de los métodos de higiene, ya que al inicio 76.4% de las personas pertenecientes al grupo experimental conocían la pasta y el cepillo dental como los materiales ideales empleados en la limpieza de su dentadura, sin embargo, esto es incorrecto, al existir la posibilidad de que la pasta quede atrapada en las porosidades de la base de la dentadura. Lo mejor es la utilización de un jabón de pasta común o bien detergente, que permitirá que el material se desgaste en menor grado. Después de la intervención, se observó que la utilización de la pasta dental y cepillo como método de higiene disminuyó de manera significativa, incrementándose la utilización de jabón de pasta y detergente.

Es recomendable mantener un seguimiento y reforzamiento en cuanto a los aspectos de autoeficacia, ya que como se ha mencionado en múltiples ocasiones, al proporcionar información respecto a medidas de higiene, no es suficiente el hecho de tener un cambio a nivel cognitivo, lo importante es mantenerlo el tiempo suficiente para lograr la modificación conductual deseada.

En lo referente a la prevalencia de edentulismo (42.2%), se observa que es mayor que el reportado por otras publicaciones, y de estas personas, 4.1% no usaban dentaduras removibles pese a su condición de falta dental, por lo que es importante tratar de motivar a las personas a su uso proporcionando información

respecto a las consecuencias de la no utilización de dentaduras, considerando que el factor económico también juega un papel muy importante.

En lo que respecta a conocimientos sobre las causas de la pérdida de dientes, los resultados mostraron que 78.5% de las personas afirman que la pérdida de los dientes es un proceso natural del envejecimiento, en forma contraria a lo que ocurre en otros países como Japón, donde la mayoría de las personas no relacionan la pérdida dental con el envejecimiento y sí con los hábitos de higiene¹ y cuidados seguidos desde la juventud.

Aunque en el grupo experimental esta idea disminuyó en forma significativa después de la intervención (37.7%), es necesario evaluar posteriormente el mantenimiento de este conocimiento, debido a que es una de las ideas más extendidas entre la población de tercera edad, y sería factible que se perdiera con el paso del tiempo.

En cuanto a los indicadores de enfermedad bucal antes de la intervención, los resultados concuerdan con los reportados anteriormente por Locker, en cuanto a que la mayoría de las personas, reporta el dolor como señal exclusiva del padecimiento de alguna patología bucal, eliminando otros signos relativos a las estructuras bucales como son cambio en la coloración o el tamaño, y más aún, eliminando los aspectos relativos a las dentaduras removibles como la falta de ajuste y retención, que son importantes en la valoración de la capacidad funcional de la dentadura removible. Sin embargo, después del programa educativo existió un cambio significativo en este aspecto, lo cual también requiere ser reforzado y evaluado con el tiempo.

La forma como es tratada la información en un programa de educación debe ser muy clara y precisa, puesto que si no se lleva a cabo de esta manera, puede convertirse en una fuente de confusión para los ancianos y lograr precisamente el efecto contrario al esperado; en el presente estudio, esta situación quedó manifiesta en el caso de la práctica de quitarse la dentadura para poder comer, y el conocimiento de que una prótesis floja puede provocar lesiones en la boca, puesto que al hacer mayor énfasis en la idea de cuando una prótesis ya no está bien ajustada es mejor discontinuar su uso, se descuidó la idea de la utilización

imprescindible de un aparato protésico dental para la masticación de los alimentos y por lo tanto una adecuada alimentación. Así, aunque en el grupo experimental se logró incrementar la idea de que una dentadura que no está bien ajustada no debe utilizarse (de 81.5% a 93.7% en el grupo experimental), también se observó un incremento en la práctica de no utilización de la dentadura para comer (de 18.5% a 27.4%), lo cual no era lo esperado y en cierta forma se contraponen con los conocimientos anteriormente modificados.

Al igual que lo reportado por otros estudios, en donde se menciona que las campañas a través de los medios audiovisuales y la distribución de material impreso aumentan los conocimientos generales, los contenidos que lograron una mayor modificación en este estudio, fueron aquellos abarcados en las sesiones 4 y 5 (referentes al modo correcto de realizar la higiene de la dentadura), los cuales fueron tratados mediante la utilización de un video, en el cual se señalan aspectos importantes del procedimiento de limpieza de las prótesis dentales removibles y los materiales recomendados para ello, mediante la demostración del procedimiento por un modelo afín a ellos en cuanto a edad y condición social, que fue seleccionada de otro grupo INAPAM no perteneciente al estudio, y que fue desarrollado en un ambiente conocido para ellos. Así los resultados después de la aplicación de las sesiones educativas muestran un aumento significativo en la utilización de algún método de higiene para las dentaduras de 81.1% a 90.4%, y en la frecuencia reportada de la higiene de dos veces al día de 41.0% a 60%.

En cuanto a las prácticas en relación con los cuidados de la dentadura, se observó un cambio significativo en lo referente a quitarse la dentadura para dormir ya que por lo menos 20 personas que no removían el aparato dental durante las noches, después de la intervención reportan hacerlo, sin embargo, cuando se compara con el grupo control, se pierde la diferencia estadística lo cual podría indicar que no se enfatizaron suficientemente las posibles consecuencias que conlleva esta práctica a nivel bucal.

En cuanto a la práctica de guardar la dentadura durante las noches en un lugar adecuado, se observó que esta práctica sí presentó diferencia estadística significativa, ya que 66.7% de los entrevistados que antes de la aplicación del

programa educativo reportaron dejarla remojando en un vaso con agua, después de la misma se incrementó a 74.7%, disminuyendo otros lugares como el cajón o en una servilleta, lo cual podría traducirse en un mayor deterioro de la dentadura.

Desafortunadamente, no se pudo establecer alguna comparación respecto a otras investigaciones, en cuanto al cuidado específico de las dentaduras, ya que la mayoría de los estudios reportados, se refieren mayormente a otros aspectos bucales como la higiene, la caries, y enfermedad periodontal y se ha centrado poco la atención sobre las dentaduras removibles, ya que aunque son parte integral de la funcionalidad bucal, no forman parte del organismo.

Una parte del presente estudio se encuentra basado también en la evaluación del proceso de autoexamen bucal, en donde los resultados muestran un cambio importante en los participantes en la percepción de autoeficacia para llevar a cabo este procedimiento, ya que 30 personas que no se consideraban capaces para realizarlo, después de la intervención, se consideraban capacitados para llevarlo a cabo. Este tema también fue abarcado utilizando el método audiovisual, por lo cual se considera que tuvo un impacto considerable, aunado al hecho de que este tema al ser desconocido resulta novedoso para los participantes. Sin embargo, tampoco se ha podido realizar alguna comparación con otros estudios, debido a la escasez de programas referidos a este aspecto, y desafortunadamente, de los programas existentes, muy pocos evalúan su efectividad; de hecho, se limitan únicamente mostrar a las personas en que consiste el procedimiento del autoexamen bucal y enfatizar la importancia de una detección temprana de las lesiones bucales.

Debido a que la educación para la salud no debe dirigirse exclusivamente a la reducción de las enfermedades bucodentales, sino también a promover sentimientos de bienestar, y aceptación social, al plantear las intervenciones, deben considerarse integralmente los aspectos de autoestima o autoeficacia, y no únicamente los conocimientos, ya que, como se ha reportado anteriormente, un pobre estado de salud bucodental puede generar un bajo nivel de autoestima, llegando a limitar elecciones personales al disminuir las posibilidades de integración social. Este aspecto es afín con los resultados expuestos en este estudio, ya que

aunque la diferencia no fue significativa a nivel estadístico, antes de la implementación del programa educativo 68.9% de las personas opinaban que una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas de su edad, y este porcentaje se incrementó a 82% después de recibir la información pertinente y percibir aún en mayor grado la necesidad de mantener en mejor estado su condición bucodental. Sin embargo, los aspectos de actitudinales han sido elementos muy poco considerados al momento de diseñar intervenciones educativas, básicamente, por la dificultad que representa la evaluación de variables cualitativas, por lo que es necesario elaborar instrumentos que sean lo suficientemente válidos y confiables para evaluar este tipo de variables como prácticas y actitudes, y su efecto en el estado bucodental en la vida diaria, que permitan llevar a cabo un mejor seguimiento y evaluación de los programas.

Es importante señalar que aunque en este trabajo se observaron cambios importantes, en algunos aspectos de conocimientos, se debe llevar a cabo un minucioso seguimiento para reforzar y evaluar mediante intervenciones posteriores, los elementos de autoeficacia, y de esta manera dar lugar a una modificación voluntaria de actitudes, pues sólo así se obtendrán resultados que se reflejen a nivel de comportamiento.

Por otra parte, cabe señalar que aunque en algunas preguntas referidas a las prácticas se observó un cambio favorable significativo como en el caso de quitarse la dentadura par dormir , siempre cabe la posibilidad de que las personas entrevistadas no respondan en forma veraz, sino simplemente por el hecho de sentirse observados por el odontólogo, lo cual puede ser también el motivo por el que en algunas preguntas, se observa un cambio en el grupo control, sin embargo, esto es un aspecto difícil de controlar, ya que depende del nivel de estrés experimentado por cada uno de los participantes.

Finalmente, es necesario mencionar que todas las necesidades de atención que han surgido como resultado del diagnóstico y evaluación del programa, deben canalizarse al lugar adecuado donde puedan atenderse, propiciando a su vez, la participación de las autoridades encargadas de los grupos de la tercera edad y de la comunidad misma, pues de lo contrario, este tipo de intervenciones, corren el

riesgo convertirse únicamente en intentos aislados para promover una mejor calidad de vida.

i

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en el presente trabajo, se desprenden las siguientes conclusiones:

- Se observó un cambio en los conocimientos y prácticas referentes a la frecuencia adecuada de higiene y métodos de limpieza de la dentadura, al observarse una diferencia estadística significativa entre el grupo experimental y el control, así como antes y después de la implementación del programa educativo.
- También se observó un cambio en la autoeficacia para seguir las indicaciones de higiene de las dentaduras entre los dos grupos y en el grupo experimental propiamente después de la intervención, sin embargo, la autoeficacia respecto a la asistencia al dentista no fue modificada.
- Hubo modificación en la autoeficacia respecto al procedimiento de autoexamen bucal, entre el grupo control y experimental, así como después de la aplicación del programa educativo, sin embargo, este cambio no se reflejó en las prácticas de dicho procedimiento.
- Se observó modificación en la práctica del detergente como método de limpieza de dentaduras removibles, entre el grupo control y experimental, así como después de la aplicación del programa educativo.
- Se observó un cambio en el estado de higiene de las dentaduras en el grupo experimental después de la aplicación del programa educativo, al observarse diferencia estadística significativa, sin embargo no se observó diferencia entre los grupos. .
- Es necesario reestructurar el programa, enfatizando la idea de que una boca no saludable puede provocar problemas de socialización, debido a que no se observó diferencia significativa entre los grupos y en el mismo grupo experimental, por lo que es evidente que no tuvieron suficiente impacto en la población.

¹ Porter TC. Geriatric Health Promotion: Linking Research, Education and Patient Care to Better Serve the Elderly. J of Dental Education 1992; (19):625-31.

² Dolan T. Is dental education in step with current geriatric Health Promotion Initiatives?. J of Dental Education 1992;11:632-5.

³ Egelberg Jan. Oral Hygiene Methods. Suecia: Ed. OdontoScience, 1999: 253-78.

⁴ Conapo. Indicadores demográficos para los adultos mayores 2000-2005. México.<http://www.Conapo.gob.mx/micros/anciano/adultmay.xls> (consulta:Junio 2004).

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Salud del adulto y del anciano. Organización Panamericana de la Salud,1990:1-24

⁶ Papas Athenas, S., Chauncey Howard H., Niessen Linda C. Geriatric Dentistry Aging and Oral Health.USA: Mosby Year Book, 1991:83-101.

⁷ Bates J.F., Adams, D. Stafford, G.D. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. México:Manual Moderno,1996:51-85

⁸ Brocklehurst JC. Textbook of geriatric medicine and gerontology. Churchill Livingstone. 2nd edition,1980.

⁹ Green WH, Simons-Morton BG. Introduction to Health Education. Londres: Collier MacMillan Pub, 1984: 32-45

¹⁰ Strayer MS. A description of dental public health programs for the elderly. J Public Health Dent 1993; 53(2): 83-7.

¹¹ Piédrola G, Rey Calero J, Domínguez Carmona M, Cortina Greus P. Medicina Preventiva y Salud Pública. España: Ed Masson-Salvat, 1991:1039-1051.

¹².De Biase C. Dental Health Education Theory and Practice. USA: Ed. Lea&Febiger, 1991:7-18.

¹³ Rochon A. Educación para la Salud. España: Ed. Masson. España, 1996:1-23.

¹ Costa M, Benito A, González JL, López E. Educación sanitaria de pacientes: el autocuidado. Jano 1989; 856:75-80.

¹ Autocuidado de salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales.Perú. Ministerio de la mujer y desarrollo social. <http://www.per.ops-oms.org/bvs-pwr/psal/e/fulltex/autocuidado.pdf> (consulta marzo de 2004.)

¹ Hochbaum GM, Sorenson JR, Lorig K. Theory in health education practice. Health Educ.1992; 19:295-313.

¹Underwood R. Modelos y teorías de comunicación en salud. Reproducción de documentos. Serie #19. Washington DC, División de Promoción y Protección de la Salud. OPS-OMS, 1996.

¹ Pardo J, Plazas de Creixell M Modelos para el cambio de conducta Cuadernos de Nutrición. 1998;21(5):58-64.

- ¹ Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de vida. Universidad Pontificia Javeriana. Colombia. <http://correo.puj.edu.co/psicosalud/creenciassaludfinalautor> (consulta marzo 2004).
- ¹ Dolan TA, Berkey DB, Mulligan R, Saunders MJ. Geriatric dental education and training in the United States: 1995 White Paper findings. *Gerodontology* 1996; 13(2):94-109.
- ¹ Dolan TA. Is dental education in step with current geriatric health promotion initiatives? *J Dent Educ.* 1992; 56(9): 632-5.
- ¹ Schow L, Wight C, Clemson N, Douglas S, et.al. Oral health promotion for institutionalised elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17:2-6.
- ¹ Atchison KA, Mayer A, Schweitzer S, Lubben J, et.al. The relationship between dental utilization and preventive participation among a well elderly sample. *J Public Health Dent* 1993; 53(2):88-95.
- ¹ Soderholm G, Egelberg J. Teaching plaque control. I.A. five visit versus a two visit program. *J of Clinical Periodontol* 1982; 9:203-13.
- ¹ Glavind, L. The result of periodontal treatment in relation to various background factors. *J of Clinical Periodontol* 1986; 13:789-94.
- ¹ Tedesco, LA, Keffer MA, Davis EL, Christersson LA. Effect of a social cognitive intervention on oral health status, behavior reports, and cognitions. *J of Periodontol* 1992; 63:567-75.
- ¹ Persson RE, Persson GR, Powell LV, Kiyak HA: Periodontal effects of a biobehavioral prevention program. *J Clin Periodontol* 1998; 25:322-329.
- ¹ Mojon P, Rentsch A, Budtz-Jorgensen E, Baehni PC: Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. *Eur J Oral Sci* 1998; 106:827-34.
- ¹ Budtz-Jorgensen E, Mojon E, Rentsch A, Deslauriers N: Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:141-9
- ¹ Hetland L, Midtun N, Kristoffersen T. Effect of oral hygiene instructions given by paraprofessional personnel. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1981; 10:8-14.
- ¹ Steward JE, Jacobs-Schoen M, Padilla MR, Maeder LA, Wolfe GR, Hartz GW. The effect of a cognitive behavioral intervention on oral hygiene. *Journal of Clinical Periodontology* 1991;18: 219-22.
- ¹ Villanueva Mc, Borges SA, Ríos E. Evaluación funcional de dentaduras totales removibles en una población de ancianos de la Ciudad de México. *Revista de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología* 2002; 6(21):66-78.
- ¹ Salinas A, Maupomé G, Borges SA, Meléndez A, Silva E, Ortiz D et.al, Programa educacional de salud para un grupo de la tercera edad. *Facultad de Odontología*, 1998; 1-42.
- ¹ García Martínez Ma. Del Pilar. Programa de Enseñanza para el autocuidado de la salud en el anciano. Universidad Iberoamericana. México, 1996:80-90.
- ¹ Indices de higiene oral.<http://www.whocollab.od.mah.se/> (consulta marzo 2004).

¹ Ambrjensen E, Valderhaug J, Norheim PW. Assessment of an additive index for plaque on complete maxillary dentures. *Acta Odontol. Scand* 1982; 40:203-8.

¹ Davidson PL, Rams TE, Andersen RM. Socio-behavioral determinants of oral hygiene practices among USA ethnic and age groups. *Adv Dent Res* 11:245-53.

¹ Shinsho F. New strategy for better geriatric oral health in Japan:80/20 movement and healthy Japan 21. *International Dental Journal* 2001; 5(3):200-6.

¹ Locker D, Liddell A, Burman Dental fear and anxiety in older adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19:120-4.

ANEXOS

ANEXO 1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DÍA 1: IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL MÁS COMUNES

Objetivo general:

Identificar los problemas de salud bucodental que afectan a cada uno de los sujetos pertenecientes a cada uno de los grupos del INAPAM evaluados.

Objetivos específicos:

Que los participantes:

- 1) Señalaran las necesidades de salud bucal en forma individual, escribiendo esta necesidad en una tarjeta, y en otra la posible solución.
- 2) Señalaran los problemas de salud bucal relacionados con el uso de prótesis.
- 3) Mencionaran sus expectativas respecto a su salud bucodental al participar en la sesión.

Material didáctico:

Árbol elaborado con fieltro de 1.5 por 1.75 mts.

Tarjetas grandes de papel de diferentes colores, las cuales serán marcadas con los números 1 y 2.

Tiempo previsto para la sesión

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

SESIÓN:

Introducción:	5 minutos.
Dinámica de la Salud enfermedad:	35 minutos.
Lluvia de ideas:	15 minutos.
Total de la sesión:	60 minutos.

Personal:

Para esta actividad se requirió de un coordinador y por lo menos un auxiliar; el primero se encargó de dirigir la dinámica y motivar a los pacientes a expresar sus opiniones. El segundo se encargó de ayudar a las personas a escribir sus opiniones y/o colocar sus tarjetas en el árbol, y auxiliar a las personas analfabetas y a los que tengan alguna deficiencia visual o auditiva. Por último se pidió al personal tenga un total conocimiento del programa, para el desarrollo de esta sesión.

Procedimiento:

Se aplicó la dinámica del árbol de la salud-enfermedad, la cual fue de utilidad para identificar primordialmente los problemas de salud bucodentales que afectaban a los participantes de cada grupo, y para reflexionar respecto a los factores que intervienen en los mismos.

Se colocó un árbol de 1.5 por 1.75 mts, el cual tuvo apariencia frondosa, para que los participantes pudieran señalar los problemas de salud bucodental que detectaron en su persona, especialmente aquellos que fueron consecuencia del uso de dentaduras removibles defectuosas.

Posteriormente se distribuyeron dos tarjetas de diferentes colores identificadas con el número 1 y 2 de tal manera que cada participante tuvo dos tarjetas de diferentes colores, procurando que en el momento de que se colocaran en el árbol, quedaran juntas.

Se solicitó a los participantes que en la primera tarjeta escribieran los problemas de salud-bucodental más frecuentes y los colocaran como si fueran las hojas del árbol de la salud-enfermedad.

Se pidió a los participantes que leyeran sus papelitos y el coordinador hizo un resumen de los problemas más comunes del grupo. En el caso de las personas analfabetas, se asignó a un auxiliar para ayudarles a escribir y leer las tarjetas.

En la segunda tarjeta se anotaron las causas aparentes, es decir lo que ellos creían que provocan los problemas antes señalados (factores bucales o sociales y de contexto), los cuales estuvieron ubicados en las ramas que soportan a las

hojas en el árbol de la salud-enfermedad y fueron clasificados por el odontólogo. Así se procuró formar ramas por tipos de problemas. Todas las personas fueron pegando papeles sobre el árbol expresando su opinión, recordando que lo importante era que el grupo fuera discutiendo y participando, al mismo tiempo que se analizó todo aquello que se relacionó con su proceso de salud-enfermedad. En caso de que los participantes no pudieran por sí mismos colocar sus tarjetas, fueron apoyados por el auxiliar.

Sobre el tronco se pusieron las causas básicas, es decir, las causas de los problemas mencionados anteriormente. Esta actividad la realizó el coordinador, escribiendo las causas que los participantes le fueron indicando.

Una vez completo el árbol de la salud-enfermedad, los participantes opinaron sobre cómo la relación entre la salud y la enfermedad es producto de todo un conjunto articulado de factores.

Después de la dinámica del árbol de la salud-enfermedad, a través de una lluvia de ideas se identificaron las expectativas del grupo y se estableció el propósito final de la sesión adecuado a las opiniones expresadas por cada grupo.. En el torbellino de ideas los participantes procuraron proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión sobre un tema dado. Se seleccionó esta técnica porque ayuda a eliminar la discusión excesiva y desviación del tema principal; estimulando la participación de los tímidos y retraídos.

Espacio físico

Para esta sesión se colocaron a los participantes formando un semicírculo, con el árbol de la salud-enfermedad visible para cada uno de ellos y propiciando el contacto visual entre todos y alrededor de mesas de trabajo para facilitarles las dos primeras actividades del árbol de la salud-enfermedad.

DÍA II: LA SALUD BUCODENTAL COMO COMPONENTE DE BIENESTAR GENERAL.

Objetivo general:

Identificar las funciones bucales más importantes y los problemas generados por la presencia de enfermedades a nivel bucodental.

Objetivos específicos:

Que los participantes:

- 1) Reconocieran las funciones más importantes de la boca (comunicación, masticación, degustación, establecimiento de relaciones sociales y otras).
- 2) Reconocieran las características de una boca saludable.
- 3) Identificaran los problemas funcionales, orgánicos y estéticos provocados por una boca enferma.

Material didáctico:

15 diapositivas de una boca saludable.

Juego de personajes tipo caricatura elaborados en pellón.

Trípticos

Tiempo previsto para la sesión

Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

SESIÓN:

Exposición sobre las características de

una boca saludable 20 minutos.

Narración de una historia utilizando los personajes de caricatura 20 minutos

Conclusiones 10 minutos.

Total de la sesión: 50 minutos

Personal:

En esta sesión se necesitó la participación de un coordinador, el cual se encargó de proporcionar la parte introductoria mediante la utilización de diapositivas que mostraran las características de una boca saludable y de un auxiliar, que participara durante el desarrollo de la historia integrando a los personajes.

Procedimiento:

Se dio una breve plática respecto a las funciones de la boca y la importancia de su mantenimiento en estado de salud, ya que interviene en funciones vitales como la alimentación, nutrición, comunicación e integración social. Esto se llevó a cabo utilizando las diapositivas con imágenes de una boca saludable, y los problemas que pueden presentarse a nivel bucal, posteriormente se realizó la narración de la historia, en donde participaron cinco voluntarios leyendo el guión previamente elaborado. Simultáneamente se fueron integrando los personajes elaborados en pellón sobre una superficie como la pared o el pizarrón. Se fomentó la participación de todos los ancianos durante el desarrollo de la historia, y una vez finalizada se obtuvieron conclusiones, respecto a los problemas planteados en la misma.

Espacio físico

Para esta sesión se pidió a los participantes se colocaran en semicírculo, lo cual favorecía su visibilidad a la superficie del pizarrón, y fue importante durante la presentación de las diapositivas y de la narración de la historia.

DÍA 3: LIMPIEZA Y CUIDADO DE LAS DENTADURAS TOTALES Y PARCIALES REMOVIBLES

Objetivo general:

Que los participantes aprendieran a reconocer una dentadura removible parcial, y las partes que la componen.

Objetivos específicos:

Que los integrantes del grupo:

- a) Identificaran los diferentes términos para nombrar las dentaduras removibles.
- b) Identificaran los componentes de una dentadura parcial removible
- c) Reconocieran las funciones básicas de una dentadura artificial (sustitución, función, estética).
- d) Identificaran el proceso de adaptación de las dentaduras artificiales.

Material didáctico:

Cinco modelos de cerámica de prótesis con ganchos.

Pizarrón y cinco juegos de 12 tarjetas de cartón con los siguientes enunciados:

- ❖ NUNCA DEBEN QUITARSE LOS PUENTES O DENTADURAS.
- ❖ NORMALMENTE LOS PUENTES Y PLACAS LASTIMAN LA ENCÍA.
- ❖ EL DENTISTA NO NECESITA REVISAR LAS PLACAS Y LOS PUENTES DESPUÉS DE HABERLOS COLOCADO.
- ❖ LAS PLACAS Y LOS PUENTES REMOVIBLES SE LAVAN CON CEPILLO Y PASTA DENTAL.
- ❖ HAY QUE DEJAR REMOJANDO EN AGUA LAS PLACAS Y PUENTES DURANTE LA NOCHE.
- ❖ ES NORMAL QUE SE QUEDEN LOS ALIMENTOS DEBAJO DE LOS PUENTES O PLACAS.

- ❖ ES MEJOR QUE LOS PUENTES O PLACAS SE SAQUEN FÁCILMENTE CON LA LENGUA.
- ❖ LAS PERSONAS SIN DIENTES NO DEBEN LAVARSE LA BOCA.
- ❖ SI SE QUITA UN PUENTE O PLACA DE LA BOCA POR MÁS DE SIETE DÍAS YA NO AJUSTA EN LA BOCA.
- ❖ LAS PERSONAS SIN DIENTES Y SIN PLACAS O PUENTES NO PUEDEN MASTICAR BIEN LOS ALIMENTOS.
- ❖ LOS PUENTES Y LAS PLACAS SE DESGASTAN CON EL USO.
- ❖ LOS PUENTES Y LAS PLACAS NO DEBEN SALIRSE DE SU LUGAR AL COMER.

Tiempo previsto para la sesión:

Antes de la sesión: 10 minutos

SESIÓN

Demostración:	15 minutos
Ordenamiento de las tarjetas por equipos	15 minutos
Sesión de preguntas y respuestas	20 minutos
Conclusiones	5 minutos
Total de la sesión	90 minutos

Procedimiento

En esta sesión se mostraron las partes que conforman las dentaduras removibles, mediante modelos a gran escala que fueron distribuidos entre el grupo para que reconocieran sus componentes y también se enseñaron los nombres alternativos con que se conocen.

Una vez que fueron reconocidas las prótesis en gran escala, se colocó a los participantes en grupos de seis personas y se les repartieron 12 tarjetas que contenían conceptos correctos e incorrectos acerca de los cuidados relacionados

con el uso de dentaduras y prótesis removibles. Las personas analfabetas fueron ayudadas por los auxiliares, para leer cada una de las tarjetas. Los participantes colocaron las tarjetas en la pared o en un pizarrón dividido en “correcto” e “incorrecto”.

Una vez que las tarjetas fueron acomodadas, se llevó a cabo una explicación cuyo objetivo principal fue identificar las ideas relacionadas con el uso, limpieza y cuidado de las dentaduras removibles y totales. Después de esta explicación, se realizó el reacomodo de las tarjetas.

Contenido de la sesión

Una dentadura artificial es un aparato que puede ser removido por el paciente, y sirve como reemplazo de uno más dientes naturales en la mandíbula y/o maxilar, permitiendo la presencia de uno o más dientes naturales remanentes. Una dentadura o prótesis dental ocupa mayor espacio físico del que ocuparon los dientes naturales y el material empleado para su elaboración tiene que estar en contacto íntimo con la mucosa y los dientes restantes.

Funciones de las dentaduras parciales:

Las prótesis dentaduras totales o parciales tienen una función relevante en la sustitución de las piezas dentarias, dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

Restauración de la eficiencia masticatoria

Para una función masticatoria eficiente se requiere de la presencia de dientes naturales o artificiales. Aunque el efecto prolongado de una masticación defectuosa en el proceso de alimentación es difícil de establecer, se sabe que las personas que carecen de dientes tienen problemas digestivos o muestran una condición sistémica débil por lo que se requiere de una buena restauración y sustitución de dientes faltantes. Asimismo es importante, enseñar a los portadores de cualquier dentadura total o parcial, a readaptarse su nueva condición dentaria como requisito imprescindible en la conservación de su estado de salud general.

Restauración de la apariencia y el habla.

Cuando se realiza una extracción dentaria, los dientes adyacentes o contiguos tienden inclinarse hacia algún lado, o bien, a reducir el espacio que anteriormente estaba ocupado por el diente extraído, a menos que se lleve a cabo una acción que prevenga este movimiento. Los dientes que se han movido, por lo tanto, pierden su contacto con el diente adyacente por lo que la comida puede quedar empacada entre ellos con el consecuente daño gingival y presentando una susceptibilidad incrementada para el desarrollo de caries y enfermedad periodontal. La pérdida de la oclusión (estado de contacto entre los dientes superiores e inferiores) por alguna pérdida dentaria puede provocar la sobreerupción de los dientes remanentes, lo cual posteriormente puede ser causa de extracción.

Cuando dos o más dientes son extraídos de diferentes partes de la boca y si no son reemplazados con una prótesis, pueden propiciar años más tarde, el colapso de los arcos dentarios, lo cual conduciría a una rápida pérdida de los dientes, y su consecuente impacto a nivel del habla, y del aspecto general.

Motivación

Una prótesis que es colocada, procurando una buena motivación del paciente, hacia su cuidado, uso y conservación tiene un mejor pronóstico respecto a su funcionalidad, ya que se sabe que en muchas ocasiones, aunque la prótesis sea perfecta en su construcción, sigue constituyendo un objeto extraño en la boca, y si el portador no se encuentra preparado para eso, puede ser un factor de fracaso para la continuidad de su uso. El impacto emocional que provoca la pérdida dentaria en las personas es variable, pero puede repercutir en la autoseguridad y autoestima, limitando su capacidad para relacionarse con gente de su entorno.

Partes de una prótesis removible:

Descansos (actúan como un tope vertical y previene el trauma de la dentadura sobre los tejidos blandos, por lo que está en contacto íntimo con la superficie dental).

Conectores mayores (es el medio de unión entre la base de la dentadura, los retenedores indirectos, y los descansos, es decir, constituye la unidad que

conecta algunas partes localizadas en alguna parte del arco dentario, con aquellas que se encuentran en el lado opuesto.)

Conectores menores (constituyen uniones rígidas entre el conector mayor y otras unidades de la de la prótesis removible; los descansos, y los retenedores indirectos se encuentran unidos por los conectores menores, los cuales deben asegurar cierta rigidez.

Retenedores indirectos

Un retenedor indirecto es la parte que incrementa la efectividad de los retenedores directos en la prevención del desalojo de la dentadura parcial removible.

Retenedores mecánicos: Actúan directamente para mantener la dentadura parcial removible en posición. Los retenedores deben ser pasivos en su posición de descanso y no activarse a menos que se aplique una fuerza de desalojo.

Las dentaduras y los puentes removibles deben ser revisados con frecuencia. Por otro lado, la falta de dientes no implica que las personas dejen de ir al dentista.

Espacio físico

Salón con cinco mesas y seis sillas acomodadas alrededor de cada una de las mesas. Durante la charla se acomodaron las sillas en forma de semicírculo pero de manera intercalada, para que los participantes pudieran observar perfectamente la exposición de las diapositivas.

Personal:

Un presentador

Dos auxiliares que pasaron los modelos entre el público, ayudaron a las personas analfabetas y que contestaron las preguntas surgidas durante la aplicación de la dinámica.

DÍA 4: CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE UNA DENTADURA REMOVIBLE

Objetivo general:

Que los participantes aprendieran los procedimientos de cuidado y mantenimiento en estado óptimo de una dentadura removible.

Objetivos específicos:

Que los participantes:

- a) Conocieran los cuidados básicos de higiene para mantener en buen estado las dentaduras removibles.
- b) Reconocieran la importancia de las revisiones periódicas de las prótesis removibles.
- c) Identificaran los problemas provocados por el uso continuo de una prótesis defectuosa.

Material didáctico:

1 video informativo respecto al procedimiento de higiene de las prótesis removibles.

1 video proyector (cañón)

Una computadora portátil.

Una pantalla de proyección

Tiempo previsto para la sesión

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

SESIÓN:

Introducción: 5 minutos

Proyección del video: 30 minutos.

Preguntas y conclusiones 10 minutos.

PROCEDIMIENTO:

Primero se llevó a cabo una explicación inicial sobre la sesión, posteriormente se proyectó el video informativo, en el cual se mencionaron entre otros conceptos:

La manera de limpiar las dentaduras y puentes enfatizando la forma de extraerlos de la boca, es decir, no jalando los ganchos, en el caso de las prótesis removibles. Se mencionó la necesidad de utilizar un cepillo especial para limpiar las dentaduras, procurando hacerlo después de cada comida, y remojándolos en agua durante la noche. Asimismo, se trató la importancia de cepillar la lengua para eliminar bacterias y limpiar la mucosa con una gasa o con un cepillo suave, explicando que si un puente o dentadura se deja de usar por algunos días se deshidrata reduciendo su tamaño y como consecuencia no puede entrar en la boca. También se mencionó que dentaduras y puentes deben removerse de la boca para que los tejidos descansen. En caso de que las placas (únicamente aquellas que no tengan ganchos metálicos) se encuentren manchadas se pueden limpiar sumergiéndolas en una solución de cloro (una cucharada) con agua (una taza) una vez a la semana durante treinta minutos, cerciorándose de enjuagarla perfectamente después de usar cualquier solución limpiadora. Se señaló que cuando una placa o puente se daña o no queda bien al colocarlo por primera vez la persona indicada para repararlo es el dentista, enfatizando que un mal estado bucodental no es una consecuencia necesaria de la edad.

Una vez concluido el video, se procedió a la sesión de preguntas, y respuestas por parte del coordinador, así como la obtención de conclusiones.

Personal:

1 coordinador, durante la introducción y la fase de conclusiones.

1 auxiliar, durante la exposición del video.

Espacio físico:

Los participantes fueron dispuestos en forma de semicírculo, para que tuvieran perfecta visibilidad de la pantalla donde se expuso el video.

DÍA 5: AUTOEXAMEN BUCAL

Objetivo general:

Lograr que los integrantes del grupo llevaran a cabo un procedimiento de autoexamen bucal en forma correcta.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

Que los participantes:

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

MATERIAL:

1 maqueta simulando la cavidad bucal.

5 espejos faciales.

Gasas.

Juego de 11 diapositivas.

Tiempo previsto para la sesión:

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

SESIÓN:

Plática inicial con uso de diapositivas	20 minutos.
Demostración haciendo uso de maniquí:	20 minutos.
Práctica por equipos:	20 minutos.
Total de la sesión:	60 minutos.

PROCEDIMIENTO:

Para llevar a cabo esta sesión, se reunió al grupo y se les dio a los participantes una plática inicial, apoyada con transparencias donde se expuso el concepto de autoexamen, su importancia como parte regular de la higiene bucal y el procedimiento para llevarlo a cabo. Posteriormente se demostró el procedimiento de autoexamen utilizando una maqueta que representaba la cavidad bucal de una persona.

Una vez que se demostró mediante diapositivas y el tipodonto el modo de autoexamen, se procedió a dividir al grupo en cinco equipos, y cada uno de los exponentes explicó la técnica utilizando a una persona perteneciente a cada equipo como modelo. La explicación dada a cada uno de los equipos consistió en lo siguiente:

Esta sesión estuvo enfocada al auto examen de la cavidad bucal el cual debe ser llevado a cabo por el paciente rutinariamente frente a un espejo grande, con el fin de tener una buena visibilidad.

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

1.- La primer área a considerar en nuestra exploración es la cara, la cual deberá ser inspeccionada de manera visual, iniciando con la piel, labios y observando cualquier cambio de color, abultamiento o úlcera. Teniendo una expresión relajada, debemos observar detenidamente nuestras facciones y su balance (es decir si dividimos la cara en forma vertical en dos partes, vamos a observar si

existe simetría entre ambas partes). En las superficies laterales del cuello hay que palpar toda el área donde pueda haber nódulos linfáticos involucrados, palpando cualquier protuberancia o anomalía.

2.- Posteriormente examinaremos los labios, los cuales se 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.- 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 parótida (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 produce constantemente saliva)

4.- 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 el examen tanto visual como de palpación del piso de la boca.

5.- 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.

6.- Después de examinar el paladar, se observará la encía, en sus áreas visibles, las cuales deben ser de un color rosa pálido y con aspecto puntillado como de cáscara de naranja. Las áreas de la encía que no sean fácilmente visibles se deberán tocar con el dedo índice buscando alguna alteración.

7.- Finalmente se deben revisar los dientes, en cuanto a su color, posición, o estructura, y con el dedo índice verificar que ninguno de ellos presente movilidad, dolor o alguna fractura o cavidad.

7.- 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 de lesiones premalignas.. En el momento en que se descubra cualquier lesión de este tipo, se debe consultar lo más pronto posible al odontólogo.

Al final de la demostración, se pedirá que otras personas realicen el procedimiento para verificar la comprensión de la sesión, posteriormente se preguntará a los participantes sobre el hallazgo de alguna alteración y si fuera positivo, se canalizaría al servicio correspondiente.

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

Personal:

Para esta actividad se necesitó de un coordinador durante la presentación y mínimo un auxiliar durante la práctica por equipos.

Espacio físico:

Para la exposición inicial se colocó a los participantes en semicírculo para que pudieran observar perfectamente la exposición con diapositivas. Durante el trabajo por equipos, se procuró que se llevara a cabo en espacios separados por equipo, eligiendo a una persona que sirviera como modelo por equipo.

ANEXO 2. INDICE DE HIGIENE ORAL (Green y Vermillion, 1960)

Es un índice utilizado para evaluar la presencia de placa dentobacteriana y cálculo. Cada arcada (superior e inferior) se divide en dos segmentos posteriores (de primer premolar a segundo molar) y uno anterior (de canino a canino), de los cuales se registra únicamente el diente que tiene mayor superficie cubierta por placa o cálculo, por lo que el índice se basa en 12 mediciones que representan la cantidad de placa o cálculo que se encuentra en las superficies bucales y linguales de cada uno de los tres segmentos de cada arcada. Dentro de sus especificaciones se encuentran:

Solamente son registrados dientes totalmente erupcionados (superficies incisales y oclusales que han alcanzado el plano oclusal) excluyendo los terceros molares, que no son registrados debido a la variación en la altura de las coronas clínicas.

Los registros bucales y linguales de placa se toman del diente que tiene la mayor superficie cubierta en un segmento.

Los registros bucales y linguales de cálculo se toman de un diente en el segmento que tiene la mayor superficie cubierta por cálculo supra y subgingival.

Los registros para placa y cálculo deben ser tabulados por separado y se obtiene el índice en forma independiente.

Cálculo del índice

Para cada individuo se suman los valores de placa y se dividen entre el número de segmentos registrados

Se utiliza el mismo método para el cálculo

Para registrarlo se requiere del sondeo leve cruzando la superficie del diente a manera de zig-zag utilizando como instrumento la sonda tipo OMS. El índice se obtiene de la suma del promedio de placa y cálculo y puede ser: 0.0-1.2 Bueno, 1.3-3.0 Regular, 3.1-6.0 Pobre.

CRITERIOS

Placa dentobacteriana:

0= No hay placa, restos o manchas.

1= Placa suave cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente.

2= Placa suave cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie expuesta del diente.

3= Placa suave cubriendo más de 2/3 de la superficie del diente.

Cálculo:

0= No hay cálculo.

1= Cálculo cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente.

2= Cálculo cubriendo más de 1/3, pero no más de 2/3 de la superficie del diente.

3= Cálculo cubriendo más de 2/3 de la superficie del diente.

ANEXO 3. INDICE ADITIVO DE ACUMULACIÓN DE PLACA PARA DENTADURAS SUPERIORES

Este índice se registra en cinco diferentes áreas de la superficie interna de cada dentadura superior completa que corresponden a: 1) la zona que cubre la papila incisiva, 2) dos zonas que cubren las áreas de las tuberosidades maxilares, 3) dos áreas que se encuentran a un centímetro de cada lado de la línea media del paladar.

La cantidad de placa es cuantificada de acuerdo a cuatro indicadores, los cuales se encuentran basados en el índice de Placa de Silness y Loe³⁵.

Indicador	Criterio	Descripción
0	No placa	No existe placa visible aunque se realice raspado
1	Placa visible sólo mediante el raspado con la sonda	La placa se puede observar en el instrumento.
2	Acumulación moderada de placa visible	Áreas parcialmente cubiertas con placa visible.
3	Acumulación abundante de placa	Áreas completamente cubiertas con placa visible

Antes de realizar el registro del índice, las dentaduras deben ser enjuagadas cuidadosamente con agua y deben secarse de ser posible con aire, o utilizando ligeramente un algodón. Cada área debe ser observada con buena luz.

El índice se obtiene por dentadura superior y es obtenido mediante la suma de los indicadores de las cinco áreas, lo cual puede dar valores que van de 0 a 15 puntos.

- 0-5 Buena higiene de la placa
- 6-10 Regular higiene de la placa
- 11-15 Mala higiene de la placa

1. IMSS 2. ISSSTE 3. DDF 4. PEMEX 5. SDN 6. Privada 7. Ninguna 8. Otra

13. ¿Acostumbra acudir al dentista? / ___/

1. Sí 2. A veces 3. Casi nunca 4. Nunca

Si acude periódicamente pase a la pregunta 14, en caso contrario continúe a la pregunta 15

14. ¿Con qué frecuencia acude al dentista en un año? / ___/

1. Una vez al año 2. Dos veces al año 3. Ocasionalmente, sólo cuando tengo dolor.
4. Otra: _____

15. ¿Ha recibido atención dental en los últimos doce meses? / ___/

1. Sí 2. No 9. No Responde

En caso de haber recibido atención dental en los últimos doce meses continuar con la pregunta 16, en caso contrario, seguir a la 17.

16. ¿Cuál fue el motivo de su última consulta dental? / ___/

/ ___/

/ ___/

1. Revisión 6. Reparación de puente o dentadura
2. Restauración de dientes 7. Extracción dental
3. Dolor dental 8. Dolor en la boca o en la cara
4. Dientes flojos 9. No Responde
5. Elaboración de algún puente 10. Otro _____

17. ¿Cuáles son las razones para no haberlo hecho? / ___/

1. Falta de tiempo 2. Falta de dinero 3. Nadie me acompaña.
4. Está muy lejos 5. Me da miedo 6. Desidia
7. Otra: _____.

En caso afirmativo pasar a la pregunta 19, en caso contrario pasar al final de la entrevista.

18. ¿Utiliza algún puente o dentadura postiza? / ___/

1. Sí 2. No 3. No sabe 4. No aplica

En caso de utilizar algún puente o dentadura pase a la pregunta 20, en caso contrario pase a la pregunta 21.

19. ¿De qué tipo? / ___/

1. Puente pegado a mis dientes 2. Dentadura completa removible
3. Puente removible con ganchos. 9. No aplica

20. ¿Acostumbra limpiar sus puentes o dentaduras? / ___/

1. Sí 2. No 3. A veces 9. No aplica

En caso de limpiar sus puentes o dentaduras pasar a la pregunta 23, en caso contrario pasar a la pregunta 27.

21. ¿Con qué frecuencia limpia sus puentes o dentaduras? / ___/

1. Una vez al día 2. Dos veces al día 3. Tres veces al día 4. Otra: _____

22. ¿Con qué las limpia? / ___/

1. Con pasta dental y cepillo 4. Con bicarbonato
2. Con jabón de pasta 5. Nada más con agua
3. Con detergente 6. Con limpiadores especiales.
7. Otra: _____

23. ¿Conoce otra forma de limpiar sus dentaduras? / ___/

1. Sí 2. No 3. No aplica

En caso de conocer otra forma pasar a la pregunta 24, en caso contrario pasar a la pregunta 25.

24. ¿Cuál? _____.

25. ¿Acostumbra dormir con sus dentaduras o puentes puestos? / ___/

1. Sí 2. No 3. A veces 4. No aplica

En caso de dormir con sus dentaduras puestas pasar a la sección II en caso contrario continuar con la pregunta 28

26. Si se quita sus puentes para dormir, ¿en dónde los guarda el tiempo que no están en su boca? / ___/

1. En el cajón 2. En un vaso con agua. 3. En una servilleta 4. No aplica
5. Otro: _____.

SECCIÓN II: Ahora, por favor escuche cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y mencione cuál es la respuesta que concuerda con su opinión. Por favor sea sincero y trate de contestar todas las afirmaciones. La información recibida es confidencial. ¡Muchas gracias por su colaboración!

27. Las personas de mi edad pueden revisarse a sí mismas su lengua, dientes, encía y labios / ___/

1. Sí 2. No 3. No sabe 9. No aplica

28. Una dentadura postiza floja (con ganchos o completa) puede provocar lesiones en la boca. / ___/

1. Sí 2. No 3. No sabe 9. No aplica

29. La pérdida de los dientes es un proceso normal del envejecimiento / ___/

1. Sí 2. No 3. No sabe 9. No aplica

30. Una boca en mal estado dificulta la relación con otras personas. / ___/

1. Sí 2. No 3. No sabe 9. No aplica

- 31. Dormir con el puente o dentadura puesta, causa problemas en mi boca** / ___/
1. Sí 2. No 3. No sabe 9.No aplica
- 32. Es normal que al comer se queden atrapados restos de alimentos debajo de los puentes o placas.** / ___/
1. Sí 2. No 3. No sabe 9.No aplica
- 33. Todos los puentes y dentaduras se desgastan después de cierto tiempo de uso.** / ___/
1. Sí 2. No 3. No sabe 9.No aplica
- 34. El dolor es la única señal de que la boca está enferma.** / ___/
1. Sí 2. No 3. No sabe 9.No aplica
- 35. Me reviso mi boca frente al espejo cuando me lavo los dientes.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 36. Algunas veces me quito la dentadura postiza para poder comer.** / ___/
- 1 Sí 2. No 9.No aplica
- 37. Detecto la presencia de postemillas o lesiones en mi boca cuando me salen.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 38. Sólo utilizo mis dentaduras totales o con ganchos si salgo a la calle.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 39. Soy responsable del cuidado de mi salud bucal.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 40. Puedo comunicarle a mi dentista mis problemas bucales.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 41. Si conservo mi dentadura postiza en buenas condiciones, mejoro mi apariencia.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. No sabe 9.No aplica
- 42. Quiero mejorar mi salud bucal, acudiendo con el dentista regularmente.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. No sabe 9.No aplica
- 43. Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi organismo, propios de mi edad.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 44. Sería muy difícil seguir las indicaciones del dentista para limpiar mi dentadura postiza.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 45. Sería muy difícil acudir al dentista con la frecuencia indicada:** / ___/
1. Sí 2. No 3. A veces 9. No aplica
- 46. A mi edad es importante cuidar mi salud dental.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 47. Estoy dispuesto a aprender a revisar mi boca por mi mismo.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 48. He logrado adaptarme al uso de mi dentadura postiza.** / ___/
1. Sí 2.No 3. A veces 9.No aplica
- 49. Me siento con ánimo de verme mejor.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica
- 50. Soy una persona valiosa en mi familia.** / ___/
- 1 Sí 2. No 3. A veces 9.No aplica

6. Presencia de placa dentobacteriana en dentadura superior

Zona de papila incisiva / ___/

Zona de tuberosidad derecha / ___/

Zona de tuberosidad izquierda / ___/

Lado derecho de línea media / ___/

Lado izquierdo de línea media / ___/

1. No placa

2. Placa visible con raspado de sonda

3. Placa moderada visible sin raspado

4. Placa abundante visible sin raspado

9. No aplica.

ANEXO 5.

Prueba piloto

Se efectuaron 2 pruebas piloto, en 20 personas cada uno.

En la primera prueba se entrevistaron a 17 mujeres y 3 hombres con media de edad de 61 años; se determinó que se eliminaran 11 preguntas que a las personas entrevistadas les parecieron repetitivas, por lo que el cuestionario se simplificó de 70 a 59 preguntas y con lo cual se redujo el tiempo de aplicación de 25 minutos a 17 minutos aproximadamente.

También se determinó la modificación de las preguntas: 31 y 35 ya que al ser planteadas en forma negativa, creaban confusión en las personas.

Durante la segunda prueba piloto, el cuestionario se aplicó a 20 personas, 14 correspondientes al sexo femenino y 6 al masculino, con una media de edad de 65.3 años. A través de los resultados se determinó que se eliminaran 5 preguntas más, ya que las respuestas otorgadas a dichas preguntas eran muy parecidas y las personas interrogadas se confundían al creer que se les preguntaba lo mismo. El cuestionario finalmente quedó conformado por 54 preguntas, y el tiempo final de aplicación que fue entre 12 y 15 minutos.