



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ACTITUD, PRÁCTICA, CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS  
DE HIGIENE BUCAL EN UN GRUPO DE PACIENTES DE  
LA TERCERA EDAD E IMPLEMENTACIÓN DE UN  
PROGRAMA PARA LA SALUD BUCAL DEL ASILO  
ISABEL LA CATÓLICA. 2006**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**PAOLA FERNÁNDEZ SIERRA**

**DIRECTOR: C. D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA**

MÉXICO D. F.

MAYO 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.

## AGRADECIMIENTOS:

Gracias mamá y papá por apoyarme siempre y en todos los momentos, por enseñarme a que debo superarme cada día y salir adelante en todos los momentos de mi vida.

Por todo el amor que me han dado, por lo que tengo y soy hoy, es por ustedes.

Y este trabajo es un resultado de una parte de lo que han formado en mi, que lo hice con mucho esfuerzo y es tanto mío como de ustedes.

Los amo

A mi hermana Johanna que la quiero mucho

A mi abue bonita que la quiero mucho

Gracias a mis mejores amigas Vicky e Irma por hacerme la carrera tan divertida y por su amistad, saben que las quiero mucho.

Gracias al Dr. Jesús por su paciencia y amistad, que con ello me ayudo a realizar este trabajo que no es nada fácil.

## ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	
2. ANTECEDENTES	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. HIPÓTESIS	25
6. OBJETIVOS	26
6.1 OBJETIVO GENERAL	26
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO	26
7. METODOLOGÍA	27
7.1 MATERIAL Y MÉTODO	27
7.2 TIPO DE ESTUDIO	35
7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	35
7.4 MUESTRA	35
7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	35
7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
7.7 VARIABLES DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE	35
7.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL	36
7.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
7.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS	37
8. CONCLUSIONES	43
9. DISCUSIÓN	45
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
11. ANEXOS	50

## INTRODUCCIÓN

La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamiento saludable. La cual se basa en conceptos como auto cuidado y auto eficiencia. El envejecimiento es un proceso; un resultado de múltiples causas; que vincula el aspecto biológico, mental y socio-ambiental.

La salud bucodental no puede separarse de la salud general; y sabemos que teniendo desordenes orales son un factor de calidad en la vida del anciano, ya que influyen en su salud física: en la capacidad para deglutir, comer y hablar; en su salud mental al influir en su imagen; en la parte social, y tener tal vez una vida más activa. Por lo tanto, sabemos que nuestra boca es una parte integrada en nuestro organismo, y que cuando aparece una enfermedad en ella, se pueden originar alteraciones en otras zonas o áreas de la salud del anciano.

Nosotros no podemos alterar los efectos de la edad, pero si ayudar al paciente a adaptarse a los cambios físicos que se producen en su organismo. En la actualidad existe mucha información con respecto a la prevención y educación de la salud buco dental, en cuanto a caries dental y enfermedad periodontal pero sobre pacientes jóvenes; sin embargo en el caso de poblaciones geriátricas en nuestro país es desigual ya que no ha sido intensamente estudiado y por lo tanto se desconoce la actitud e información real que el paciente de al tercera edad tienen en relación a la salud de su cavidad bucal.

## ANTECEDENTES

Las experiencias de la vida y resultados de investigaciones demuestran que si se adopta un estilo de vida positivo y se realizan actividades que procuren un mejor funcionamiento del organismo y de la mente, se asegura una óptima calidad de vida en la tercera edad.

Así mismo como se nos menciona en Infomed es importante que se mantenga una vida física, mental y social activamente. El envejecer no es sinónimo de enfermedad, sino una etapa de la vida la cual se puede llegar saludable, física y mentalmente. <sup>1</sup>

El envejecimiento es un proceso complicado, relacionado con la edad cronológica y los factores estructurales, fisiológicos y psicológicos, ya que hay un aumento de longevidad en la población; debemos estudiar los problemas y necesidades odontológicas de los ancianos. <sup>2</sup>

El International Dental Journal de 1993 nos menciona que en Colombia se realizó un estudio en la población que permitió conocer algunos aspectos a nivel odontológico como: conocimiento, actitudes y necesidades de atención estomatológica así como su tratamiento. <sup>3</sup>

Entre los factores que se atribuyen a la falta de conocimiento entre las personas de la tercera edad tenemos:

- 1) La escasez de información acerca de los servicios
- 2) La información inadecuada con respecto a los beneficios de una atención bucal periódica (Kivak 1986) <sup>4</sup>

Shoul en 1991 realizó un estudio en España que reflejó que a la población anciana no le interesa en gran medida el aspecto bucal y se hace mención que para el paciente geriátrico no es prioritaria la salud de su boca. <sup>5</sup> Por otro lado Jacobsen en 1990 en Dinamarca obtuvo que han realizado estudios que reportan el estado de Salud Bucal y las necesidades de tratamiento así como el interés que ellos mostraban por recibir la atención dental. <sup>6</sup> Mientras que en Inglaterra Manjy 1989 reporto que se han adelantado estudios con respecto a promoción de la salud en personas pensionadas en donde sus objetivos son conocer sus actitudes y conocimientos de los cuidados dentales, las necesidades en cuanto a requerimiento de información; así como las respuestas que éstas personas presentan ante una campaña de Salud Bucal. <sup>7</sup>

Tenemos que la organización mundial de la salud (OMS) define la promoción de la salud como el proceso de capacitar a los individuos y comunidades para que aumente el control sobre los determinantes de la salud y así mejorar la salud; por

lo tanto la promoción de la salud no solo se ocupa de promover el desarrollo de las habilidades individuales y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan su salud, sino que también incluyen la intervención sobre el entorno tanto para reforzar los factores que contribuyen al desarrollo del estilo de vida saludables, así como para modificar aquellos que impiden ponerlos en práctica (Nutbean1986).<sup>8</sup>

Caballero en 1990 realiza un estudio (cuestionario) en una población de jubilados de la Comunidad de Madrid y encuentra que el 52.8% no se cepillan los dientes ninguna vez al día, siendo el mayor porcentaje los varones; el 25.9% se los lavan una vez al día; el 21.2% lo hacen dos o mas veces. El 91% no acuden de modo regular al odontólogo, considerando el 25% que no era necesario, y argumentando motivos económicos el 10%. En los ancianos americanos solo el 29.5% habían visitado al dentista en el año anterior. El 47% no había visitado ninguna vez al odontólogo en los últimos 5 años.<sup>9</sup>

En 1993 Eagly y Chaiken definen a una actitud como una predisposición aprendida para tener una respuesta conscientemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o sus símbolos.

Por eso es que los seres humanos tenemos distintas reacciones y actitudes ante todo; las actitudes las relacionamos con el comportamiento que mantengamos con nuestro entorno; siendo las actitudes un indicador de conducta mas no la conducta en sí. Estas actitudes a su vez tienen propiedades como es la dirección ya sea positiva o negativa y la intensidad si es alta o baja.<sup>10</sup>

Como nos menciona Babb en el año de 1997 que los ancianos requieren de mayores conocimientos y de múltiples habilidades; uno de los objetivos principales en la atención del anciano tiene que ver con la respuesta del mismo hacia el proceso de enfermedad, siendo que nuestro papel debe estar dirigido hacia la valoración del estado salud-enfermedad, la planeación y a la implementación de acciones correctivas o de apoyo.<sup>11</sup>

El anciano suele tener algunas pérdidas físicas debido al proceso fisiológico de envejecimiento y debemos de tener conciencia de ellas, para un mejor entendimiento y comprensión hacia ellos.

Como es:

- a) Pérdida o disminución de la capacidad de funcionamiento en general
- b) Pérdida o disminución en la movilidad
- c) Pérdida o disminución en la capacidad sensorial
- d) Pérdida o disminución en la capacidad de homeostasis
- e) Pérdida o disminución en la capacidad sexual <sup>11</sup>

Así mismo Berenguer en 1999 menciona el cuidado estomatológico en la tercera edad en este momento ha tomado sumo interés y se le está dedicando mayor tiempo. Para la atención a estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración física. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios físicos dependientes de la vejez afectan los servicios de sanidad bucal. Muchos de estos cambios, que en un tiempo se consideraron naturales y asociados con la vejez, en realidad son procesos patológicos específicos. <sup>12</sup>

El cirujano dentista y el médico no pueden alterar los efectos de la edad, pero sí ayudar al paciente a ajustarse a los cambios físicos que se producen en su organismo.

Existen barreras en la atención odontológica de los mayores de 60 años. Las especiales barreras que se presentan en este grupo poblacional incluyen limitaciones personales (ej: estereotipo del envejecimiento), físicos (incapacidad), psíquicos (enfermedades mentales), sociales (factores económicos) y la profesión dental.

En estudios realizados por la Dra. Berenguer en el año de 1999 de valoración (encuesta y revisión bucal) realizados a las personas de la tercera edad de nuestros municipios auspiciados por el Centro de Referencia Nacional para la atención al Adulto Mayor, revelaron que la evaluación de la higiene bucal

solamente fue buena en el 11,7 %, mientras que el mayor número correspondió a la calificación de regular 48% y una cifra no despreciable se ubicó en la calificación de mala. Estos resultados indican que la higiene bucal está sensiblemente deteriorada en este grupo poblacional; como también observamos la proporción de personas desdentadas fue de 60 % total (mujeres la mayoría); 69% portaba prótesis, mientras que 34 % necesitaba reemplazar la que tenía, por diferentes causas (la mayoría por desajuste); 28 % no tienen y necesitan y solamente 1,6 % no la requería. En esta pequeña muestra nos percatamos de la necesidad de atención estomatológica en la tercera edad. <sup>12</sup>

En el 2000 Roisinblit nos menciona que uno de los aspectos más importantes que repercuten en la salud de los ancianos y en especial en la salud bucal. Al mismo tiempo señala una cantidad de factores que intervienen en la desnutrición.

Los problemas odontológicos, uno de los más importantes en este aspecto, como lo es la falta de piezas dentales, hacen que los ancianos comiencen a seleccionar sus alimentos eligiendo los más blandos, los que no siempre son los más nutritivos. Además de estos problemas, existen a esta edad una enorme cantidad de factores que contribuyen a empeorar esta situación, como la depresión, vivir solos, problemas económicos, familiares, duelos, medicamentos que producen anorexia, enfermedades sistémicas, etc.; teniendo como consecuencia que esto repercute en gran forma en la salud del anciano, ya que además, características propias del envejecimiento no les permiten asimilar los alimentos en la misma forma que cuando eran jóvenes. La pérdida de dientes o el uso de prótesis desajustadas contribuyen a una elección de alimentos que casi siempre va en deterioro de la salud, porque se evitan fibras, buscando alimentos blandos con escasa densidad nutricional, dejando de consumirse cereales enteros, tallos de vegetales. <sup>13</sup>

La caries radicular trata de un área cavitada o ablandada en la raíz dental, que puede o no afectar al esmalte adyacente. Es debida a la desmineralización por los ácidos derivados de ciertas bacterias de la biopelícula. Suele afectar con más frecuencia a los molares mandibulares, seguidos de los dientes anteriores y los posteriores del maxilar superior. <sup>14</sup>

Así el estado de salud bucal en el adulto mayor será el resultado de la edad, de los hábitos de higiene y cuidado bucal, del sitio de residencia de la persona (en el seno de su familia o en una institución geriátrica), del tiempo de institucionalización y del grado de incapacidad física, de la posibilidad de acceso a los servicios de salud y de las concepciones y valoración de la salud bucal.

Algunos estudios señalan deficiencias, entre ellas la falta de comunicación entre el profesional dental y el anciano. En datos observados en nuestros estudios los ancianos aseguran haber recibido información sobre la salud buco dental a través de la televisión (47-58,3 %) y la radio (29,5-40,9 %).<sup>14</sup>

En el 2000, Rockville nos menciona que el veintitrés por ciento de los adultos entre 65 y 74 años tienen enfermedades periodontales graves (cuya medida es 6 milímetros de pérdida de inserción periodontal). (Además, los hombres de todas las edades tienen más probabilidades de enfermedades graves que las mujeres, y las personas de todas las edades de más bajo nivel económico tienen enfermedades periodontales más graves).<sup>15</sup>

Alrededor de un 30 por ciento de los adultos de más de 65 años son desdentados, comparados al 46 por ciento hace 20 años. Estas cifras son más altas entre aquellos que viven en la pobreza. La mayoría de los ancianos norteamericanos toman medicinas de venta con o sin receta médica. Es muy probable que por lo menos una de esas medicinas tengan efecto colateral oral, generalmente boca seca. La inhibición del flujo salival aumenta el riesgo de enfermedades orales porque la saliva contiene componentes antimicrobiales, así como minerales que ayudan a recuperar el esmalte dental después del ataque de las bacterias acidógenas que causan las caries dental.<sup>15</sup>

A las personas en instituciones geriátricas a largo plazo se les receta un promedio de ocho medicinas. En todo momento, un 5% de los norteamericanos de más de 65 años (actualmente alrededor de 1,65 millones de personas) están viviendo en alguna institución geriátrica) donde el tratamiento dental es problemático; muchos ancianos pierden su seguro dental cuando se jubilan; llevando a una situación peor para las mujeres ancianas, quienes generalmente tienen menos ingresos y

puede que nunca hayan tenido seguro dental. Medicare paga el tratamiento dental de los ancianos discapacitados de bajos ingresos en algunos estados, pero los reembolsos son bajos. Medicare no está diseñado para reembolsar el tratamiento dental de rutina.<sup>15</sup>

Para las personas de edad avanzada con dientes naturales un control efectivo de la biopelícula es imprescindible para prevenir caries dental y enfermedad periodontal.

Ya que por diferentes razones y a diferencia de otros trastornos físicos, los ancianos reciben tarde y pocos cuidados bucodentales, respecto a los adultos. Estas razones pueden ser:

- La aceptación generalizada de que es inevitable e irreversible la pérdida dental con la edad.
- Una baja percepción de sus necesidades, tanto preventivas como de tratamiento bucodental por parte del anciano y sus familiares
- El temor y ansiedad, basados en una experiencia no agradable en la juventud, relacionadas con el tratamiento bucodental
- Falta de información y asesoramiento, con ideas erróneas sobre los tratamientos bucodentales
- Dificultades de acceso a los servicios dentales
- Hábitos de salud desfavorables como la falta de higiene oral, incluyendo ir al cirujano dentista, han aumentado con la edad<sup>16</sup>

El estilo de vida, es uno de los factores determinantes de la salud, que debemos de entender como conducta relacionada con la salud. El estado de salud suele ser reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida, evitando los factores que inducen a enfermar o la progresión de la enfermedad, buscando un contenido básico de la educación sanitaria que fomente a la salud en los ancianos como es:

- a) Realizar una higiene correcta.
- b) Mantener un grado adecuado de actividad física.

c) Tomar una alimentación adecuada tanto cualitativa como cuantitativamente.

d) Evitar hábitos tóxicos.

e) Desarrollar actividades que eviten el aislamiento y fomenten la salud mental. <sup>16</sup>

El estado de salud dental viene determinado por las enfermedades dentales y por el tratamiento que dichos pacientes han recibido a lo largo de su vida. Recordemos, que la asistencia dental de los actuales ancianos ha estado mayoritariamente centrada en la extracción dental. Siendo ésta, la principal causa del bajo número de dientes remanentes. Actualmente, un 90% de las personas mayores de 65 años está parcialmente edéntulo en España y el 34% lo está completamente. Además, el estado de salud de los dientes remanentes es muy pobre, con importantes problemas de caries dental y de enfermedad periodontal. Así mismo los cambios que sufren con el envejecimiento los dientes y sus estructuras de soporte, originan un aumento de los problemas dentales. <sup>16</sup>

Algunas de las recomendaciones que podemos tomar en cuenta para una disminución del progreso de la caries radicular son:

- Un estricto control de la dieta, reduciendo la frecuencia y el consumo de azúcar (procurando realizar esto con más atención antes de dormir).
- Un buen control de la biopelícula con una higiene oral adecuada.
- Es recomendable utilizar cepillos de curvatura bien adaptada a las necesidades y penachos de cerdas centrales más cortas. (se debe cambiar el cepillo cuando las cerdas estén abiertas).
- Cepillarse los dientes después de cada comida, cepillar también el dorso de la lengua para remover microorganismos y disminuir la halitosis.

Se recomienda la remineralización de la lesión, podemos utilizar fluoruros tópicos; si la caries dental esta bien establecida el cirujano dentista tendrá que restaurarla usando la técnica y el material adecuado. <sup>18</sup>

La estomatología geriátrica aborda todo aquello relacionado con afecciones bucales, condiciones crónicas y plan terapéutico; entidades que pueden ser más comunes en la edad avanzada y generar mayores complicaciones para la práctica dental, dada por el cambio en el estado de la salud bucal y en las actitudes del anciano, que algunas veces provocan efectos determinantes sobre dicha salud. <sup>18</sup>

Strauss y Junt, en 1993 luego de encuestar a más de 1.000 ancianos en Estados Unidos, establecen una serie de aspectos que en orden de importancia según los encuestados se ven afectados positiva o negativamente por el estado de salud o no de su cavidad bucal, resultados similares se encontraron en otro estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia, en el año 2002, con profesores de ésta, mayores de cincuenta años. Cuando los individuos presentan una buena salud bucal consideran que ésta afecta de manera positiva los siguientes aspectos en orden de importancia: <sup>19</sup>

1. Apariencia: interna y externa.
2. Alimentación: disfrute, masticar, morder.
3. Sensación de confort.
4. Longevidad.
5. Autoconfianza.
6. Habla.
7. Disfrute de la vida.
8. Salud general.
9. Sonreír y reír.
10. Selección de alimentos.
11. Felicidad general.
12. Vida social.
13. Sex appeal.
14. Éxito laboral.
15. Besar.
16. Relaciones románticas.
17. Gusto, apetito.
18. Respiración.
19. Peso.
20. Genio. <sup>19</sup>

Cuando las personas encuestadas no presentaban una adecuada dentición opinaron que esto afectaba de manera negativa los siguientes aspectos:

1. Masticar y morder.
2. Alimentación.
3. Selección de alimento.
4. Disfrute de la comida.
5. Confort.
6. Aliento.
7. Apariencia: interna y externa.
8. Hablar.
9. Sonreír y reír.
10. Gusto.
11. Autoconfianza.

Con base en estos resultados podría afirmarse que para motivar a un adulto mayor para la realización de un tratamiento odontológico, debiera recalcarse sobre el mejoramiento en la apariencia facial y la alimentación, mientras que no resultaría motivador el recalcar que el tratamiento incidirá en la salud general, la actividad social, el romance y el atractivo sexual.

Algo que nos debe de quedar claro siempre es que una dentición saludable se caracteriza por la ausencia de manifestaciones patológicas, por haber una función satisfactoria; por su variabilidad individual en forma y función de la misma.<sup>19</sup>

Como ha quedado planteado anteriormente, la salud bucal forma parte integral de la salud de cualquier individuo, la alteración de ésta no solamente limita sus funciones fisiológicas, sino además las de interacción social resultando particularmente grave en el adulto mayor por su situación de “desplazado social” a la que se ve abocado normalmente.

La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el adulto mayor, repercute de manera significativa en su calidad de vida y la

responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos de la profesión Odontológica sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades y particularmente en todas las familias en cuyo interior hay alguna persona adulta mayor.<sup>20</sup>

Podría decirse que el sistema estomatognático, el cual está compuesto por todos los elementos que se encuentran dentro de la cavidad bucal, tiene dos grandes grupos de funciones, en el primero encontraríamos aquellas funciones que podrían llamarse fisiológicas (incidir y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de nutrición y deglución, humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa –inmunológicas-, el saborear los alimentos –gusto-, articulación del lenguaje), en el segundo estarían unas funciones fundamentales para todo ser humano que podríamos llamar de interacción social (comunicación por medio de palabras y/o gestos, reír, sonreír, besar, coquetear, sexo, etc.).<sup>20</sup>

Nordenram y colaboradores en el año de 1997, plantean la necesidad de mediar entre las necesidades de tratamiento desde el punto de vista del Odontólogo y las del paciente, en particular dadas las condiciones especiales del adulto mayor. Desde el punto de vista del profesional las necesidades de tratamiento son denominadas normativas y son todas aquellas que aplicando el conocimiento y los principios de la profesión, el odontólogo considera necesarias para recuperar la función y salud del sistema estomatognático. Desde el paciente las necesidades son denominadas realistas y son aquellas que surgen de analizar las condiciones físicas, emocionales, económicas, el motivo de la consulta del paciente o de la persona que lo cuida. Ambos grupos de necesidades a su vez tienen categorías de acuerdo a la intensidad de las mismas, dada la presencia de patologías activas y la posibilidad de cooperación por parte del paciente. La mediación entre las necesidades normativas y las realistas permitirá el planteamiento del tratamiento más adecuado para cada individuo en particular y garantizará por tanto un mejor pronóstico del mismo.<sup>21</sup>

Como tenemos que en el 2003 el Dr. Marininos nos menciona que la población anciana del mundo aumenta un 1.7% anualmente. Que para ofrecer un tratamiento odontológico a un anciano, es necesario tener en cuenta las condiciones normativas y realistas del paciente con el fin de garantizar la mejor alternativa para cada persona en particular. La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercute de manera significativa en su calidad de vida y la responsabilidad de esta labor no cae solamente en manos de la profesión Odontológica sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades y particularmente en todas las familias en cuyo interior hay alguna persona adulta mayor. <sup>21</sup>

El estudio de 1999 concluye "el número de dientes sanos se reduce en un 50% en los adultos mayores, dado que la baja de 12,2 en los adultos hasta 6,3 en este grupo de edad. El COP es de 19,7 destacándose el aumento del 100% en el número de dientes perdidos por caries, que pasan de 8,0 en el grupo de 35 a 44 años a 16,2 en las personas de la tercera edad. Esto indica que la mortalidad dentaria ha pasado a ser un problema fundamental de la población adulta y que a diferencia de lo observado en el estudio anterior, la frecuencia es muy baja en la población joven". <sup>22</sup>

Cuando se tiene salud bucal, o cuando ésta se pierde, las funciones anteriormente enunciadas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo (la biológica y la psicosocioafectiva); esta reflexión necesariamente obliga a todos los profesionales del área de la salud. <sup>22</sup>

En el adulto mayor la prevalencia de caries radicular, es mayor en comparación con la población joven. La historia de la caries dental, del 100% en el estudio de 1966, ha mostrado una reducción gradual hasta llegar en 1999 al 95,1%, sin embargo es necesario observar con reserva este resultado, pues particularmente en los pacientes de tercera edad, se presenta una dificultad para determinar el estado en cuanto a caries dental se refiere de los dientes ausentes, lo cual puede llevar a sobre estimaciones o subestimaciones del componente perdidos, en el índice, según el método empleado para establecerlo. En cuanto a la prevalencia de caries radicular el estudio 1999 encuentra que ésta oscila alrededor del 20,4%;

la conclusión es clara, la formación en odontogeriatría debe incrementarse, en orden de atender las necesidades de una población en aumento.<sup>22</sup>

Las necesidades de tratamientos odontológicos en las personas adultas mayores son normalmente altas, debido a la presencia de prótesis parciales y totales desajustadas.

La ausencia de dientes, caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía y desgaste dentario. A pesar de lo anterior la demanda de servicios es menor a las necesidades reales; las causas aparentes de esta situación en la población de la tercera edad son:

- Los pacientes no tienen el conocimiento suficiente acerca del cuidado e importancia de la salud bucal. Aceptación del edentulismo como proceso natural de la edad, subestimación de la importancia del tratamiento odontológico en la vejez.

- Difícil acceso a los servicios (problemas de movilidad del paciente, vías de acceso difíciles - en zonas rurales -, barreras arquitectónicas de los equipos y de los consultorios).

Problemas económicos, por disminución del ingreso luego de la edad de jubilación, por falta de pensión.<sup>22</sup>

Esta afirmación es corroborada por los resultados de los estudios nacionales de morbilidad donde se establece que el comportamiento de la pérdida de inserción en este grupo poblacional, también ha manifestado cambios; así como en 1999 concluyeron que la prevalencia y la severidad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad, sin embargo mientras en el primer estudio la prevalencia era del 94,7% y la severidad del 6,7%, mostrando una vez más una considerable mejoría durante los últimos 20 años. La investigación también viene desarrollando nuevos enfoques y agentes terapéuticos como la Tetraciclina químicamente modificada, que inhibe la producción de colagenasa y la resorción ósea, sin que la ocupe como un antibiótico, permitiendo su uso prolongado sin generar resistencia de los microorganismos, ofreciendo así nuevas y prometedoras alternativas para el tratamiento de la enfermedad periodontal.<sup>22</sup>

Tenemos que una de las consecuencias de una inadecuada dentición es una pobre función bucal. El objetivo primordial de la odontología es el mantener una dentición natural, saludable y funcional a través de la vida, consiguiendo beneficios sociales y biológicos que esto da a los pacientes.<sup>23</sup>

Así mismo todo esto nos lleva a que nuestro programa a realizar o nuestros objetivos a cumplir deben ser realistas y alcanzables, comprensibles por el paciente de manera de lograr un sentimiento de realización con propósito.

De tal manera debemos mantener una comunicación constante, y de respetar las creencias y recursos propios del anciano.<sup>23</sup>

También debemos de saber cuáles son los problemas ocasionados por la pérdida de dientes, ya que estos les afecta en la masticación y la digestión de los alimentos, afecta la fonación; y también comprometen a la estética del individuo (que causa una disminución en la autoestima).<sup>23</sup>

En el 2004, nos hablan de que falta mucho por hacer para capacitar mejor a los odontólogos de hoy y a los estudiantes de odontología en cuanto a la salud oral geriátrica. "Es responsabilidad de todos los profesionales de la salud oral abordar esta necesidad", declaró Lamster. "Será un reto tremendo, tanto para pagar estos servicios como para ofrecerlos".<sup>24</sup>

Las actividades deben ser llevadas acabo con el paciente y no para el paciente.<sup>12</sup>

La caries dental sigue siendo una de las principales causas de pérdida dental entre las personas de edad avanzada

En las personas de edad avanzada que son dentados, pueden presentar lesiones de caries coronal que se combina a menudo con caries radicular de la misma forma, también se ha observando enfermedad periodontal como gingivitis o periodontitis.

Los tratamientos preventivos se deben de basar en el refuerzo de las medidas de control de la biopelícula, uso de fluoruros y otros agentes quimioterápicos; la estimulación salival y el consejo dietético entre otras medidas, por lo tanto a mayor control de biopelícula, menor será la incidencia de la enfermedad periodontal.

Como objetivo prioritario la base para prevenir los problemas de salud bucodental es y será el cepillo dental en la primera línea de defensa. Con un buen control mecánico de la biopelícula se logra mejorar tanto la caries dental como la enfermedad periodontal, y como secundario que el paciente se beneficie al mejorar su aspecto, reducir el mal aliento y menos interferencias gustativas.

Para remover de forma efectiva la biopelícula es necesario la destreza y la motivación.

Cuando se trata de planificar un tratamiento de tipo preventivo a una persona de edad avanzada la capacidad funcional es el punto más importante a tener en cuenta: si es independiente, frágil o funcionalmente dependiente.

Está claro que el tratamiento para un anciano totalmente dependiente, con discapacidad mínima será por completo distinto al de otro que vive en una residencia asistida.

En relación al cuidado diario de la salud bucodental de personas mayores (frágiles discapacitadas), se sugiere lo siguiente para el personal que los tiene bajo su cuidado:

- 1) Si el paciente está encamado, elevar su cabeza con la propia cama o mediante almohadas y girar su cabeza hasta que se quede frente a la suya. Poner una toalla desde debajo de la barbilla hasta su pecho. Colocar una palangana debajo de la barbilla del paciente.
- 2) Si el paciente se halla en una silla fija o de ruedas, póngase a su lado y estabilice su cabeza tomando con una mano la barbilla y recueste su cara contra su propio cuerpo. Poner una toalla sobre el pecho y los hombros, la palangana puede apoyarse sobre las rodillas del paciente o en una mesa situada enfrente o a un lado del paciente. Los pacientes en sillas de ruedas pueden ser llevados al lavabo.
- 3) Cepillar los dientes del paciente y limpiar las superficies interdetales (con hilo de seda o con cepillos interdetales) usando al técnica que el odontólogo le halla

enseñado. Puede ser de ayuda separar los labios y los carrillos con un depresor lingual o con los propios dedos para ver bien el área que se está aseando. Si el paciente no está en condiciones de mantener la boca abierta, debe usarse algún elemento que la mantenga así. Si es difícil pasar el hilo dental, utilizar los aplicadores que para tal fin existen en el mercado; se debe usar un dentífrico que contenga fluoruro.

4) Si el paciente está consciente, hacerle enjuagar diariamente con enjuagues fluorados o cualquier otro tipo de enjuague que el odontólogo le haya recomendado.

25

Cuando nos vamos a decidir por un cepillo para nuestra higiene bucodental se debe escoger una forma adecuada a la morfología de los dientes y su disposición en el maxilar, facilidad de uso y la eficiencia en la remoción de la biopelícula.

Las cerdas redondeadas son las más recomendadas para eliminar biopelícula y reducir la gingivitis. Es necesario cambiarlo periódicamente, cuando se observa que las cerdas están gastadas y abiertas.

Más del 40% de las personas de 65 a 74 años sufren de artritis está es una entidad que puede afectar a la capacidad para sujetar y manipular el cepillo de dientes.

También existen otras discapacidades causadas por accidentes cerebro vasculares.

Por ello debemos de buscar un alternativa de uso para los cepillos dentales.

Si al paciente le queda cierta capacidad de prensión, simples modificaciones de la forma y el material de los mangos de los cepillos debemos buscar para que estos les permitan un correcto nivel de higiene oral y un cierto grado de independencia.

Tenemos como alternativas mangos de silicona con la impresión de los dedos del paciente, un mango de bicicleta adaptado al cepillo, un objeto redondo tipo pelota de tenis o de goma, resina acrílica, aluminio en rollado. <sup>25</sup>

Si el paciente no puede sostener el mango se le puede adoptar con tiras de velcro o un especie de guante.

En pacientes con movilidad manual muy limitada el cepillo puede acercarse a la boca con mangos enlongados o precurvados a propósito.

También hay cepillos eléctricos que nos son útiles para personas con artrosis y artritis pero no en pacientes con enfermedades congénitas cardíacas, portadoras de válvulas cardíacas artificiales.

El cepillo dental es fundamental e imprescindible para mantener una correcta higiene oral. Pero su ineficacia para eliminar la biopelícula interproximal, debajo y alrededor de prótesis fija los hacen insuficientes.

El cepillo interdental facilita el contacto con la superficie radicular, siendo más efectivo para eliminar las biopelícula de áreas interdenciales, interfurcales, áreas proximales adyacentes a zonas edéntulas o debajo de prótesis fija.<sup>25</sup>

Muchos ancianos desdentados creen erróneamente que una vez perdido todos los dientes nunca más necesitarán preocuparse de su salud bucodental; es por esto que es nuestra responsabilidad modificar estas corrientes de opiniones extendidas.

El anciano actual portador de prótesis removible, ya sea parcial o completa, debe estar lo suficientemente preparado como para saber cuidar apropiadamente la prótesis, los tejidos blandos sobre los que se asienta y conocer con que frecuencia requiere un control profesional de ambos.<sup>25</sup>

## INSTRUCCIONES PARA LA HIGIENE DE LA DENTADURA O PRÓTESIS

- 1) Enjuagar abundantemente la dentadura después de cada comida para eliminar los restos blandos.
- 2) Una vez al día, preferentemente antes de ir a dormir, cepillar la dentadura y sumergirla en una solución limpiadora, dejándola toda la noche o, al menos, 2 o 3 horas. Las prótesis acrílicas deberían estar siempre húmedas para evitar la aparición de grietas o deformaciones.

3) Al retirar la dentadura de la solución limpiadora, cepillarla cuidadosamente.

a) Se puede usar cualquier tipo de cepillo dental blando, aunque se recomienda el uso de cepillos diseñados para tal fin.

b) Tomar la dentadura con una mano con seguridad pero sin ejercer una gran presión. Tomar el cepillo con la otra mano; no es necesario, usar dentífrico, especialmente si la dentadura fue previamente remojada antes de eliminar los restos blandos, se puede usar agua limpia, un jabón suave o bicarbonato de sodio.

c) Cuando se asea una prótesis parcial removible se debe ser cuidadoso al eliminar la biopelícula de los retenedores curvados que van alrededor de los dientes. Debe emplearse un cepillo de dientes no muy duro o cualquier cepillo para prótesis dentales.

d) Después de cepillar la dentadura, enjuagarla con abundante agua y colocarla en boca.

En relación a los tejidos blandos, lo primero, y más importante, es saber que una prótesis removible no debe llevarse permanentemente. Es aconsejable en la mayoría de pacientes de edad avanzada que se retiren la prótesis removible antes de ir a dormir. Este simple hábito alivia la compresión de los tejidos blandos. Si el paciente rechaza dormir sin la prótesis, debe saber que cada día debe retirarla un mínimo de 4 horas.

En pacientes con enfermedades crónicas debilitantes, es habitual que las prótesis dentales removibles acumulen grandes cantidades de placa, cálculo y tinciones. El odontólogo, la higienista o la auxiliar dental deberían estar capacitados para limpiar estas prótesis, ya sea con aparatos ultrasónicos o con otros elementos que permitan eliminar el cálculo dental.<sup>25</sup>

Por otra parte, el uso de prótesis dentales trae consigo otros problemas como el cuidado y conservación de los dientes remanentes de la propia prótesis y su ajuste periódico.

Por tanto, las prótesis dentales solo deben considerarse el último tratamiento, intentando conservar los dientes naturales, sobre todo los mandibulares. Incluso en algunos casos es aconsejable conservar las raíces de los dientes, convenientemente preparadas, y colocar una sobre dentadura.

Cuando esté indicada una dentadura parcial fija, debe siempre elegirse como 1ª alternativa, pero si el anciano no es capaz de realizar una correcta higiene, entonces conviene una prótesis parcial removible.<sup>17</sup>

En los ancianos con prótesis parciales es recomendable una revisión y limpieza de la boca por el odontólogo cada 6 meses, mientras que con prótesis totales deben ser revisadas anualmente para asegurar un correcto ajuste y revisar los tejidos blandos. Las prótesis completas deberían reemplazarse al cabo de 36-60 meses de su colocación.<sup>17</sup>

Ha sido bien y claramente establecido que la enfermedad periodontal aumenta con la edad, por lo cual entre el 60% Y 100% de los adultos mayores requieren de algún tipo de tratamiento periodontal. Sin embargo también se sabe hoy que la severidad de la enfermedad periodontal en los adultos mayores, contrariamente a lo que se pensaba, es de leve a moderada fundamentalmente, lo cual hace que posiblemente continúe siendo la caries dental y sus secuelas, la principal causa de pérdida dentaria aún en la tercera edad.<sup>25</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos que los conocimientos y la práctica en cuanto a los hábitos higiénicos en la tercera edad son deficientes ya que no hay suficiente información o un programa que los guíe. Llevándonos con este a problemas como lo es la gingivitis y periodontitis así como caries dental aparte de una actitud pesimista en todos los aspectos desde individuales a grupales. Es bien sabido que el no tener una actitud positiva no nos llevara a realizar una buena práctica de los hábitos de higiene, como consecuencia a esto solo tendremos malos hábitos de higiene los cuales nos traerán un descuido hacia nuestra boca, ocasionándonos problemas y enfermedades bucales; que aparte afectarán tanto físico como emocionalmente, por lo tanto:

¿Son adecuados los conocimientos que tienen las personas de la tercera edad sobre hábitos de higiene?

¿Los pacientes de la tercera edad tienen una actitud positiva para practicar su higiene bucal?

¿Qué importancia le dan las personas de la tercera edad a tener buenos hábitos de higiene para llegar a un cuidado bucal?

¿La manera de llevar a la práctica estos hábitos serán adecuados?

¿Qué auxiliares para la higiene bucal conocen y en qué forma los utilizan?

¿Qué importancia le dan las personas de la tercera edad a sus hábitos de higiene como una prevención para la enfermedad periodontal y la caries?

¿Les importa la apariencia a las adultos de la tercera edad?

#### 4. JUSTIFICACIÓN

Como se sabe, el no tener una buena higiene dental y no tener buenos hábitos de higiene dental diario, nos trae problemas de salud periodontal, salud dental, en la fonética, la masticación y tal vez a una depresión, lo cual lo traducimos en una pérdida de órganos dentarios

Es sabido que si a las personas de la tercera edad se les diera los conocimientos preventivos necesarios y prácticas sobre una adecuada higiene bucal, nos llevará a adquirir una actitud positiva, para así llegar a conservar su salud buco dental, mejorar su práctica y realizar un auto cuidado; buscando como resultado una mayor conservación de los dientes funcionales y mejores condiciones del tejido de soporte

## 5. HIPÓTESIS

$H_1$  Existen diferencias significativas en el aprendizaje para el auto cuidado de la salud buco dental antes y después del programa de promoción para la salud

$H_0$  No existen diferencias significativas en el aprendizaje para el auto cuidado de la salud buco dental antes y después del programa de promoción para la salud

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GENERAL

Se determino la actitud, práctica y conocimiento sobre los hábitos de higiene bucal, en un grupo de personas de la tercera edad, así como la implementación de un programa para la Salud Bucal.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Se determino la actitud, práctica y conocimiento en relación a los hábitos de higiene bucal por medio de la Escala de Likert antes y después de la implementación del programa
- Se determino la edad y e sexo de los participantes
- Se implemento un programa para la salud buco dental en personas de la tercera edad

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 MATERIAL Y METODO

En primera instancia se estableció comunicación formal (anexo 1) con el Asilo Isabel La Católica para que se facilitara el acceso al lugar.

En una segunda etapa se aplico un cuestionario (anexo 2) a los participantes que aceptaron, aplicando la escala de Likert.

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GENERAL

Se determino la actitud, práctica y conocimiento sobre los hábitos de higiene bucal, en un grupo de personas de la tercera edad, así como la implementación de un programa para la Salud Bucal.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Se determino la actitud, práctica y conocimiento en relación a los hábitos de higiene bucal por medio de la Escala de Likert antes y después de la implementación del programa
- Se determino la edad y e sexo de los participantes
- Se implemento un programa para la salud buco dental en personas de la tercera edad

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 MATERIAL Y METODO

En primera instancia se estableció comunicación formal (anexo 1) con el Asilo Isabel La Católica para que se facilitara el acceso al lugar.

En una segunda etapa se aplico un cuestionario (anexo 2) a los participantes que aceptaron, aplicando la escala de Likert.

La escala de Likert consiste en un conjunto de items presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Eligiendo uno de los cinco puntos de la escala y obtiene una puntuación respecto a su afirmación.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben de expresar una reacción lógica.

Las afirmaciones pueden tener dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa; esta dirección es importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuestas.

Las puntuaciones se obtienen sumando los valores alcanzados respecto a cada frase.

La escala Likert es en estricto sentido una medición ordinal; pero es común que se trabaje como si fuera de intervalo

Las afirmaciones se calificaran como:

- 1) De Acuerdo
- 2) Ni De Acuerdo Ni En Desacuerdo
- 3) En Desacuerdo

Es decir, estar “de acuerdo” implica una actitud más favorable hacia lo que se está cuestionando; por lo tanto implica puntuación mayor. Si la afirmación es negativa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y entre mas sujetos estén de acuerdo con la afirmación, su actitud es menos favorable.

En la tercera etapa se implemento el programa de Salud Bucal con base en los resultados obtenidos en la encuesta y que consta de:

**LOS CONTENIDOS DE LA PLÁTICAS FUERON LOS SIGUIENTES:**

**CARIES DENTAL**, la caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones complejas que resultan en primer lugar por la destrucción del esmalte dentario y posteriormente, si no se le detiene, en la de todos los tejidos del diente. La característica principal de esta enfermedad es la formación de cavidades en los dientes, la enfermedad empieza por la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectando

posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales. El progreso de la enfermedad es variable, puede desarrollarse en sólo unos meses o puede requerir de varios años para su formación. <sup>26</sup>

Las personas de edad más avanzada también son propensas a desarrollar caries dental, especialmente en las superficies con raíces expuestas y alrededor de restauraciones (ya con algún tiempo en boca).

#### MUCOSA BUCAL:

1) Mucosa masticatoria: tejido que se adhiere firmemente al hueso subyacente, soporta las fuerzas de fricción; ejemplo tejido que recubre al paladar duro.

2) Mucosa de revestimiento: tejidos bucales que se adhieren de una manera más laxa a las estructuras subyacentes, ejemplo mucosa que cubre los labios, piso de la boca.

3) Mucosa especializada: recubre la superficie dorsal de la lengua y esta adaptada al sentido del gusto.

La encía por lo general es de color rosa pálido en la gente de piel blanca presentando ligeras manchas y pigmentaciones en las de tez morena.

La consistencia es firme y no sangra al cepillado normal, constituye uno de los tejidos blandos que cubre o reviste la cavidad bucal, es el tejido que se adhiere al órgano dental.

Una encía enferma se ve de un color rojo intenso o violáceo con una consistencia blanda e inflamada, sangra al cepillado normal. Conforme progresa la enfermedad las encías se inflaman más llegando a deformarse, se presenta mal aliento, hay grandes cantidades de sarro, también los dientes parecen "agrandarse" o "alargarse" debido al desplazamiento que han sufrido la encía y el hueso por la irritación; El sangrado es más profuso y fácil de provocar y puede haber movilidad, dolor y formación de abscesos periodontales, terminando con la pérdida de los dientes, por falta de soporte óseo. <sup>26</sup>

BIOPELÍCULA, o la placa dentobacteriana es una de las causa de destrucción dental y enfermedad periodontal, es aquella que no ha sido removida calcificándose por las sales minerales de la saliva, provocando irritación en las

enciás causando progresivamente la destrucción de los demás elementos del periodonto, continuando hasta su destrucción total, lo que causa movilidad en los dientes y llegando a una pérdida de este. Para poder detectar la enfermedad periodontal debemos establecer una diferenciación entre las encías sanas y enfermas.

La placa dentobacteriana es causa importante para el desarrollo de las enfermedades más frecuentes de nuestra boca. Debemos enfatizar la necesidad de remover la placa después de cada comida.<sup>26</sup>

ENFERMEDAD PERIODONTAL, se conocen diversas condiciones patológicas caracterizadas por la inflamación y/o destrucción del periodonto, o sea de los tejidos que conectan y soportan los dientes en los huesos maxilares.

La enfermedad periodontal es causada por factores irritantes de tipo local o sistémico. Los factores de tipo local son: la placa dentobacteriana, el sarro o cálculo dental, la destrucción de las paredes dentarias causadas por caries o traumatismos, las obturaciones, coronas o prótesis mal ajustadas y las mal posiciones dentarias.

Tenemos la gingivitis la cual es una inflamación de la encía donde gracias a los microorganismos existe la formación de biopelícula; y la periodontitis, que es una enfermedad que afecta a la encía, el ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar, donde la inflamación empieza en las encías y se extiende hasta formar bolsas periodontales donde hay un incremento en la profundidad de sondaje (3mm), existe una destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar, con presencia de movilidad gradual en los dientes

DENTADURA POSTIZA, una dentadura postiza no es permanente, ya que los tejidos también van cambiando y existen desajustes, debemos de cuidarla, lavarla bien así como nuestros tejidos que están debajo de ella y revisar la dentadura ocasionalmente para que no haya desajustes que alteren nuestra boca, debemos tener los cuidados necesarios para su limpieza como se menciona anteriormente en los antecedentes.

CEPILLADO DENTAL, debe convertirse en un hábito diario de limpieza, debe realizarse inmediatamente después de ingerir los alimentos siendo la medida preventiva más efectiva para evitar enfermedades, tanto caries dental como enfermedad periodontal. Se puede usar pasta de dientes, cuidando que sea de las que contienen fluoruro, o en su defecto humedecerlo en agua. <sup>26</sup>

El cepillo dental debe reunir ciertas características de gran importancia para un cepillado adecuado.

CEPILLO DENTAL, el cepillo de dientes es el instrumento básico para nuestra higiene dental, las características de un cepillo dental adecuado son:

- a) De mango recto .
- b) De tamaño adecuado a la de la boca (niños, jóvenes, adultos).
- c) Las cerdas deben ser plásticas (no usar cepillos con cerdas naturales, ya que ésta conservan la humedad).
- d) Las cerdas deben ser suaves, firmes y con puntas redondeadas.
- e) Nos debe de limpiar bien sin que nos lastime.
- f) Debe ser reemplazado cada dos o tres meses de uso, un cepillo "despeinado" sólo irritará las encías y no limpiará adecuadamente. <sup>26</sup>

## TÉCNICA DE CEPILLADO UNIVERSAL

El cepillo se tomará con firmeza para facilitar los movimientos de la muñeca.

a) Los dientes de arriba se cepillarán por cada una de sus caras desde la encía (abarcando ésta) hacia abajo, efectuando el movimiento diez veces cada dos dientes.

b) Los dientes de abajo se cepillarán hacia arriba por cada una de sus caras, efectuando el movimiento diez veces cada dos dientes.

c) Los dientes anteriores (incisivos y caninos) en su parte interna (porción del paladar y porción que da a la lengua) se "barrerán" con el cepillo en posición vertical. En sus caras externas se cepillarán como se explicó en a y b.

d) Las caras masticatorias de los molares y premolares se cepillarán con un movimiento repetido de atrás hacia delante, o en forma circular.

e) Enjuagar bien la boca, de lo contrario los residuos que se han separado de los dientes volverán a depositarse sobre éstos.

Sostenga firmemente el cepillo, coloque las cerdas sobre las encías a un ángulo de 45 grados, gírelo en un movimiento rotatorio para cepillar la encía y las paredes laterales de los dientes hasta en borde. Aleje el cepillo y vuelva a colocarlo contra la encía, presione suavemente y repita el cepillado.

Continúe cepillando en grupos de dos dientes hasta limpiar perfectamente todas las superficies de los dientes que dan hacia fuera y pase a cepillar las caras que dan al paladar, con los mismos movimientos rotatorios.

Cuando cepille los dientes anteriores en sus caras palatinas use el cepillo en posición vertical para que las cerdas puedan limpiar correctamente, ya que por la curvatura de la dentadura, el cepillo no limpiaría adecuadamente si se usa en forma horizontal.

Después pasamos a cepillar los molares inferiores donde el movimiento de rotación se efectúa de abajo hacia arriba. Continuamos cepillando las caras linguales de los molares inferiores.

No olvidemos al cepillar los dientes inferiores en sus caras linguales, que debemos ubicar el cepillo en forma vertical para que cepille adecuadamente. Por último cepillaremos las caras oclusales (con las que masticamos), moviendo el cepillo de atrás hacia delante, firmemente. Siempre procuremos sostener el cepillo lo más cerca posible de las cerdas.<sup>27</sup>

Sin olvidar también cepillar nuestra lengua, ya que aquí se esconden varias bacterias, debemos iniciar por la zona posterior, continuando hacia los bordes y haciendo un barrido hacia adelante repitiendo el movimiento. <sup>28</sup>

AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL, tenemos el hilo dental que su propósito es remover la biopelícula que se encuentra entre cada uno de los dientes y debajo de la línea de la encía, que no se puede alcanzar con las cerdas del cepillo (áreas propensas a caries dental y enfermedad de encías). El enjuague bucal es un agente que elimina los desechos después de hacer el cepillado y nos da un buen sabor de boca.

Después de que se le dio una breve explicación sobre lo que pasa en la cavidad bucal, se le mostró al paciente en un tipodonto como se observa la biopelícula, se le enseñó técnica de cepillado, el como se aprecia mejor una boca con dientes limpios y que buena satisfacción da la buena higiene bucal, para las personas que utilizan dentadura la importancia de tenerla en un buen estado y como todo nos afecta o esta relacionado con nuestra persona y no por ser adultos de la tercera edad se deben de olvidar de cuidarse, sentirse bien, lucir bien al contrario buscar una motivación positiva para toda su persona.

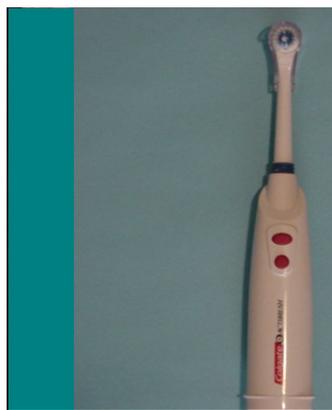
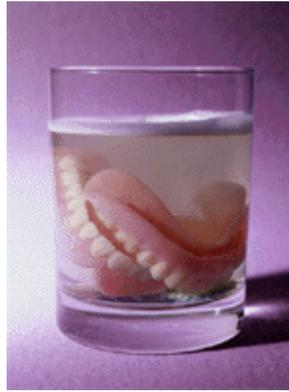
La cual comprendió una serie de pláticas relacionadas con la educación para la salud bucodental.

-Se enseñó el auto cuidado de los tejidos blandos y duros de los pacientes.- -Se hablo del cuidado que debe tener el paciente, en relación con sus prótesis totales o parciales.

-Se les motivo a tener y llevar correctamente sus hábitos de higiene .

-Se les hizo ver la importancia de una visita semestral con el cirujano dentista.

Por último se evaluó con el mismo cuestionario la actitud, práctica y conocimiento sobre higiene bucal para conocer si se modificó la conducta de los pacientes de la tercera edad por medio de las pláticas que recibieron (ver anexo 2). Para conocer el avance en relación a lo aprendido durante el programa.



Fuente: directa

## 7.2 TIPO DE ESTUDIO

Por las características presentes en este estudio es de tipo longitudinal.

### 7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas que viven en el Asilo Isabel La Católica.

### 7.4 MUESTRA

Se tomaron 50 personas de la tercera edad, constituida por hombres y mujeres.

### 7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 60 años o más.
- Género masculino y femenino.

### 7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 60 años.
- Con capacidades motrices y psicológicas diferentes.

### 7.7 VARIABLES

#### VARIABLE DEPENDIENTE

- Hábitos de higiene bucal.

#### VARIABLES INDEPENDIENTES

- Actitud.
- Práctica.
- Conocimiento.
- Higiene buco dental.

### 7.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

- Actitud: predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o símbolos.
- Práctica: que tanto lo lleva acabo, cada cuando.
- Conocimiento: es lo que se hace para mejorar su condición.
- Higiene buco dental: son aquellos hábitos que incluyen técnica de cepillado dental, limpieza interdental, uso de hilo, enjuagues bucales y tal vez una inspección y evaluación de la salud de sus tejidos blandos y duros

### 7.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este cuestionario abarca los siguientes aspectos:

- 1) Datos sociodemográficos
- 2) Datos epidemiológicos de las variables de interes

### 7.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Fueron revisados 50 pacientes 25 hombres y 25 mujeres (Gráfica 1), con un promedio de edad de 72.39 y con una desviación estándar de 7.35.

Se presento como valor máximo 90 años y valor mínimo 60 años. (Tabla 1).

Para conocer si existieron diferencias estadísticamente significativas en relación a la actitud, práctica y conocimiento antes y después de la implementación del programa, se aplicó la prueba t de student obteniéndose resultados significativos  $p > 0.05$ , aceptándose por este hecho la hipótesis de investigación en donde se refleja un cambio de actitud y conocimiento de negativo (44) a un positivo (50) después de las pláticas dadas, y se rechaza la hipótesis nula (Gráfica Likert), por lo tanto el avance que hubo fue bueno llegando a la zona favorable y si reforzamos las pláticas periódicamente se puede llegar a tener una elevada cifra en la zona favorable de lo que es la actitud, la práctica y el conocimiento de los hábitos de higiene bucodentales.

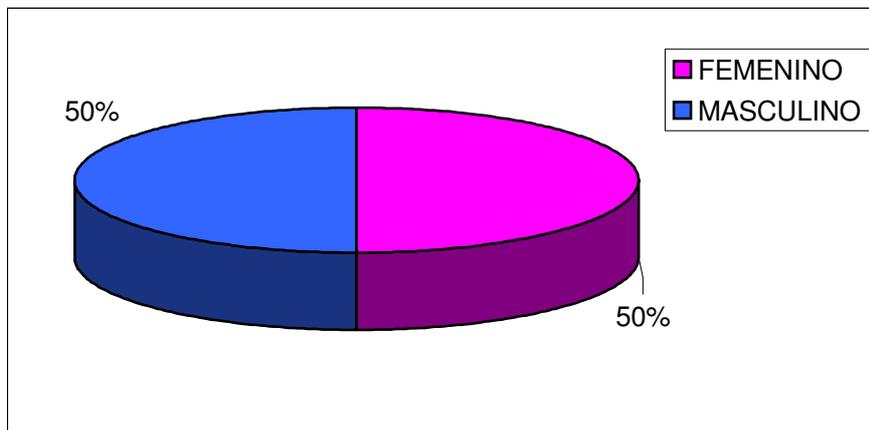
Con respecto a su salud encontramos que el 60% de los pacientes presentan algún tipo de enfermedad sistémica, mientras el 40% no manifiesta alguna enfermedad sistémica. (Gráfica 2)

Con respecto a su higiene bucal encontramos que el 64% de los pacientes realizan su cepillado dental y el 36% no lo realizan (Gráfica 3). En cuanto a la frecuencia del cepillado se presenta lo siguiente: 10 pacientes se cepillan una vez al día (20%), 6 pacientes se cepillan dos veces al día (12%), 12 pacientes se cepillan tres veces al día (24%), 4 pacientes se cepillan una vez al mes (8%) y 18 pacientes tienen un cepillado nulo (36%) (Tabla 2).

En otros resultados obtuvimos que 30 pacientes tienen caries dental y 36 pacientes presentan enfermedad periodontal. (Gráfica 4). Otros presentan prótesis en superior e inferior; tanto fija como removible y algunos pacientes son totalmente edéntulos (Tabla 3)

Gráfica 1

Distribución Porcentual del Género en una muestra de Pacientes del Asilo Isabel La católica. 2006



Fuente directa

Tabla 1

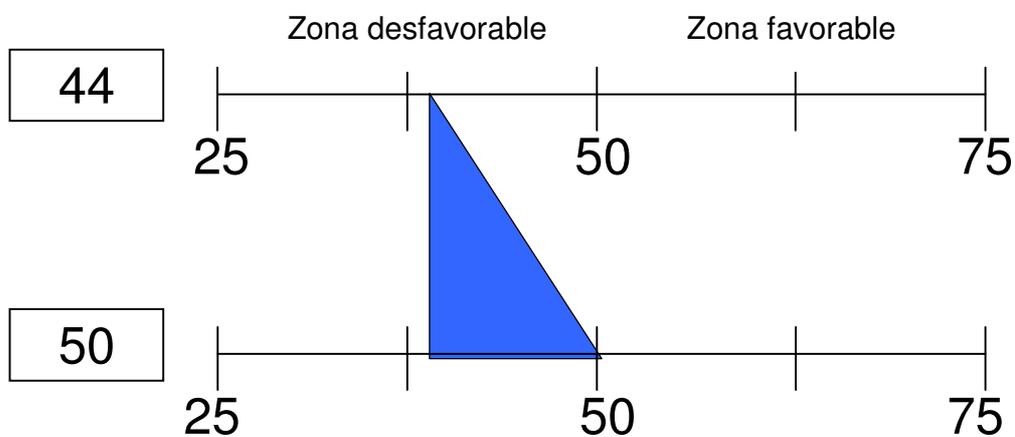
Distribución Promedio de la Edad en una Muestra de Pacientes del Asilo Isabel La Católica. 2006

Promedio	Ds	Valores
72.39	7.35	Min. 60
		Max. 90

Fuente directa

Gráfica Likert

## ESCALA DE LIKERT

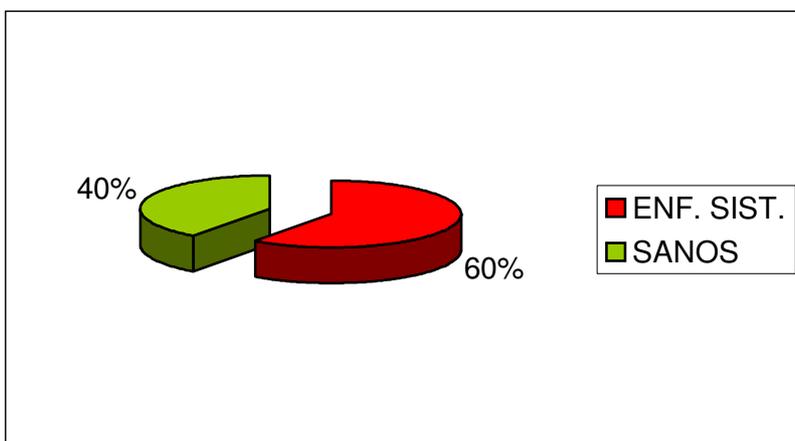


Representa un cambio de actitud de negativo en la zona desfavorable (44) a positivo en la zona favorable (50) en las actitudes y conocimientos en las personas del Asilo Isabel La Católica (2006)

Fuente directa

### Gráfica 2

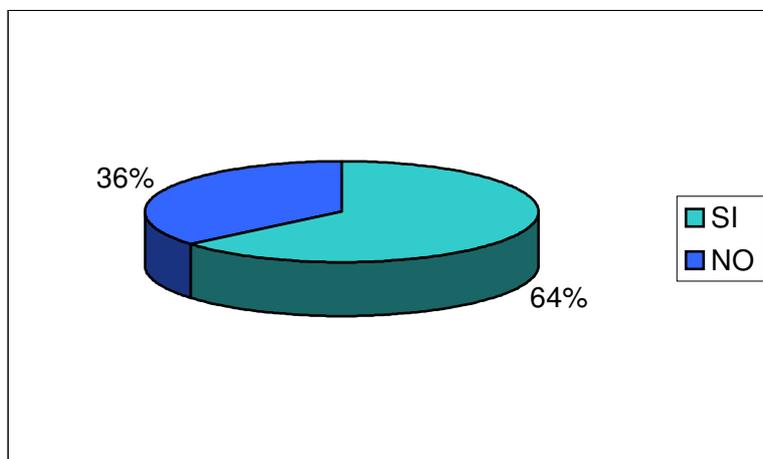
Distribución Porcentual de Pacientes que presentan alguna Enfermedad Sistémica del Asilo Isabel La Católica. 2006



Fuente directa

Gráfica 3

Distribución Porcentual de cuando menos realizan un cepillado o más de los Pacientes del Asilo Isabel La Católica. 2006



Fuente directa

Tabla 2

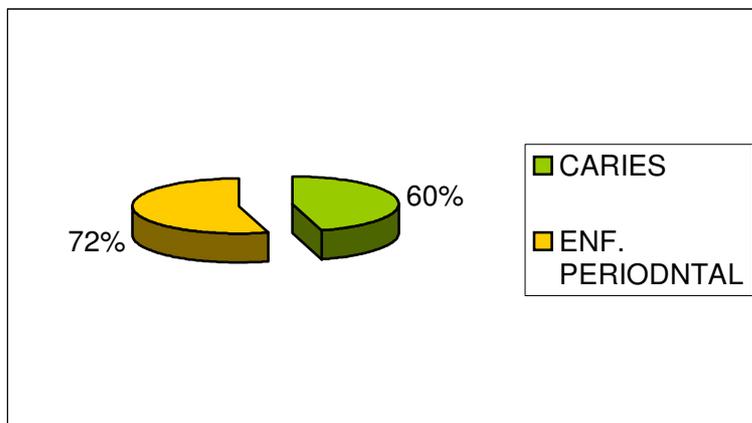
Distribución de la Frecuencia y del Porcentaje del cepillado dental de los Pacientes del Asilo Isabel La Católica. 2006

Veces al Día	Frecuencia	Porcentaje
0	18	36%
1	10	20%
2	6	12%
3	12	24%
Otros	4	8%
Total		100%

Fuente directa

Gráfica 4

Distribución Porcentual de Pacientes con Caries Dental y/o Enfermedad Periodontal del Asilo Isabel La Católica. 2006



Fuente directa

Tabla 4

Distribución de Pacientes que portan Prótesis del Asilo Isabel La Católica. 2006

Superior	Inferior	Removible	Fija	Edéntulo
12	9	11	8	15

Como observaciones tenemos que las ancianitas se preocupan más por su apariencia, cuidar más su boca, aún sin tener hábitos de higiene adecuados tratan de hacerlo a su modo, y presentan más curiosidad por saber si realizan correctamente sus hábitos y cómo deben de hacerlo; los ancianitos realmente les da igual con que puedan comer son felices, realmente son pocos los que se preocupan por una buena higiene o los que tiene una pareja.

Después de haber dado las pláticas junto con técnica de cepillado y una buena motivación, nuestros resultados fueron cambiando y debemos de buscar el progreso con el refuerzo de pláticas y atención a las personas de la tercera edad.

## 8. CONCLUSIONES

Es importante que los cirujanos dentistas debemos de enseñarles a las personas de la tercera edad que el pensar en no ir al dentista es un error y que aunque tengas pocos órganos dentarios deben de tomarle la importancia necesaria

Debemos tratar de enseñarles a cuidar aunque sea un único diente ya que el cuidado de la cavidad oral influye en el lenguaje, masticación, apariencia física dándonos como resultado un buena autoestima

Los dientes son parte fundamental para mantener en buenas condiciones nuestro organismo, su principal función es la trituración de los alimentos para asegurar la buena digestión de los mismos.

La falta parcial o total de los dientes repercutirá en el organismo en general, la dificultad para masticar, predispone a mala nutrición y ello facilita la desnutrición y la adquisición de enfermedades sistémicas, además los dientes enfermos por sí mismos constituyen focos de infección que ocasionan otros trastornos generales e inclusive, ocasionalmente, la muerte.

La destrucción de los dientes o su mala posición también provoca problemas en la articulación y pronunciación correcta de las palabras y en mayor o menor grado, su ausencia parcial o total puede afectar la apariencia estética y repercutir en el comportamiento psicológico de la persona. Por consecuencia es necesario brindar información, para la personas de la tercera edad, lograr interés en el auto cuidado y valoración buco dental, de tal manera que logremos que el paciente geriátrico tenga una mejor calidad de higiene bucal.

Los cirujanos dentistas debemos de aprender a tenerles más paciencia a las personas de la tercera edad y explicarles como mejorar su calidad de vida.

Con esté programa que se implementó, el cual periódicamente se va a estar reforzando, se busca tener un buen control en los hábitos de higiene buco dentales en todos los ancianos y/o mejorar los que tenían; teniendo los objetivos realistas y alcanzables.

De la misma manera siempre debe de haber un apoyo de nuestra parte como cirujanos dentistas para estas instituciones ya que las personas encargadas de estos lugares muchas veces no tienen el interés por ayudar a los ancianos o talvez

ni ellas tengan un buen conocimiento, una práctica adecuada de los hábitos de higiene buco dentales.

Siempre debemos de buscar implementar una actitud positiva hacia y con el paciente para que puedan tener una cavidad bucal totalmente funcional en todos los aspectos.

## 9. DISCUSIÓN

Babb nos menciona que los ancianos requieren de mayores conocimientos y múltiples habilidades; pero el cirujano dentista debe buscar en los ancianos la manera didáctica de apoyarlos con los conocimientos y facilitarles las actividades

para que ellos puedan tener un auto cuidado y se sientan que hacen algo por ellos mismos y no sentirse tan dependientes de alguien.

El cirujano dentista sirve como un apoyo ya que uno de los objetivos es ayudar a mantener la dentición natural, saludable y funcional, llevando a un beneficio al paciente. En el artículo del Dr. Marinnos vemos que en varios países (Estados Unidos, España, Cuba) se realizan estudios para conocer las necesidades, actitudes y conocimientos de la higiene buco dental de los ancianos, viendo que estos no tiene la importancia hacia sus dientes y como consecuencia hay pérdida de estos, modifican su alimentación y afecta también tanto a nivel emocional como social. Pero realmente estos estudios no indican si ellos se han preocupado en ayudar, en buscar una motivación para evitar estos problemas siendo que la población de adultos de la tercera edad va creciendo. Y nos es que no sepamos como atenderlos sino hace falta una educación hacia ellos

En los estudios realizados en los demás países como Cuba, España detectan que hay un gran incremento en enfermedad periodontal y pérdida de órganos dentales a causa de la caries radicular; así como un gran edentulismo

Se habla de que no hay una aceptación del edentulismo en lo ancianos como un proceso natural de la edad, y el cirujano dentista debe hacer saber a sus pacientes que es un proceso de la vejez y que se puede prevenir con un buen tratamiento y llegar aceptar esa fase de manera positiva.

El cirujano dentista debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, que ocurren ya que el mecanismo de adaptación disminuye en estos pacientes de la tercera edad.

Debemos de reconocer que en nuestro país se carece de la iniciativa para realizar programas geriátricos eficientes para mejorar o implementar una educación para la salud dental

En México se pueden mejorar las condiciones de higiene dental en los ancianos, si la información se aporta en edad temprana con un fin de disminuir el edentulismo y la carencia de funcionalidad

Sabemos que como cirujanos dentistas y como estudiantes de odontología hace falta mayor capacitación en cuanto a la salud oral geriátrica.

Después de realizar el estudio en el Asilo Isabel La Católica observamos que carecen de información en sus hábitos de higiene dental pero no de motivación para aprender y mejorar.

Así que debemos de empezar a cambiar las estadísticas bajas en cuanto a la salud dental en ancianos, cambiando las actitudes y conocimientos de la población en una temprana edad y ya no enfrentar los problemas actuales tan marcados.

## 10. FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) <http://infomed.sld.cu>
- 2) Entwistle A. Beverly, "Oral Health Promotion for the Older Adult: Implications for dental Higiene" Journal of Dental Education, vol. 56, nov 9, 1992. Pp. 636-639
- 3) Comision of Oral Health Research and Epidemiology, Report of Working Group, Oral Health Needs of the elderly and International Review, International Dental Journal, 1993, vol. 43, Pp. 348-354
- 4) Kivak A, "Exploding Patterns of Dental Service Utilizacion among the Elderly", Journal Dental Education, vol. 50, 1986. Pp. 679-687
- 5) Shoul, Lone and Douglas E., "Qualitative Study of Oral Health Norms and Behavior among the elderly people in Scotland", Community Dental Health, vol. 8, 1991. Pp. 53-58
- 6) Jacobsen, Ettinger, "A Problem in a Overdenture Population", Community Dental Oral Epidemiology, vol. 18, U.S.A., 1990.Pp. 42-45
- 7) Manjy, O. Fejerskvov, "Patternon of Dental Caries in an Adult Rural Population", Institute of Medical Research, Kenia, vol. 23, 1989. Pp. 55-62
- 8) Palacios A., Ferrer González Fco., Educación para la Salud, 1986  
[www.juntadeandalucia.es/avarroes/publicaciones\\_saludpdf](http://www.juntadeandalucia.es/avarroes/publicaciones_saludpdf)
- 9) Caballero García FJ, Caballero JC, Espina FJ, Estefanía E, González A, Goicoechea J. Estado de salud oral en ancianos institucionalizados. Revista Española Geriatria y Gerontología 1990. Pp. 198 - 202.
- 10) Sampieri Hernández R., Fernández Collado C., Baptista P., Metodología de la Investigación, Editorial Mc Graw Hill, tercera edición, 2003. Pp. 367-379
- 11) Babb Stanley P., Manual de Gerontología, Editorial Sinex, S. A. 1997
- 12) Berenguer Gouarnalusses Dra. M., The bucodental health in The Third Age, ditorial Medisan, Santiago de Cuba, 1999. Pp. 53-56
- 13) Roisinblit R.,[www.odontogeriaelabuelo.com](http://www.odontogeriaelabuelo.com) 2000
- 14) Revista española de salud publica, Vol. 74 núm. 3 Madrid May/Jun 2000
- 15) Rockville, MD., Sálala E. Donna, Oral Health in the Unites States, National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2000

- 16) [http://starmedia.saludalia.com/starmedia/tu\\_salud/doc/anciano/doc/salud\\_bucodental\\_anciano.htm](http://starmedia.saludalia.com/starmedia/tu_salud/doc/anciano/doc/salud_bucodental_anciano.htm) 2000
- 17) Castro Cristóbal Dra. C, Estomatitis y [Candidiasis](#), Servicio de Geriátría, Hospital de Getafe, Madrid, 2000
- 18) Dental Plan [www.dentalplan.odo.br/odontogeriatría](http://www.dentalplan.odo.br/odontogeriatría) 2001
- 19) Odontología preventiva y comunitaria [www.urg.es/estomato/preventiva.htm](http://www.urg.es/estomato/preventiva.htm) 2002
- 20) Hábitos dentales en ancianos, Dental world.com gbsystems.com/news
- 21) Zuluaga Marín Dr. D. [www.terapianeural.com/colombia](http://www.terapianeural.com/colombia) 2003
- 22) Zuluaga Marín Dr. D., Odontogeriatría [www.colombia.com/odontología](http://www.colombia.com/odontología) 2003
- 23) Revisión de temas, prestación de servicios odontológicos a los adultos mayores [www.encolombia.com/odontologia/fac/odont](http://www.encolombia.com/odontologia/fac/odont) 2003
- 24) Lamster, Al Cuidado de las Sonrisas de los Viejos Estadounidenses Los expertos advierten sobre una crisis en el cuidado odontológico a medida que la población envejece Artículo por Health Day, traducido por HispaniCare, 2004
- 25) Higiene de la boca y dentadura del anciano, tuotromedico.com, pulsomed, S. A., dic 2005
- 26) Higiene Dental. Técnica de cepillado dental. Control de la Placa Dentó bacteriana. La eliminación de la placa es nuestro principal objetivo, éste nos dará grandes ventajas: [odonto-red.com/hihegienedental.htm](http://odonto-red.com/hihegienedental.htm)
- 27) Chaspeen, José E., Principios de Clínica Odontológica, 2da. Edición, Traducción Dr. Santiago Renard, Editorial Manual Moderno, México. Pp. 34-40
- 28) Woodell, Irene R., Tratado de Higiene Dental, tomo 1, Editorial Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1991. Pp. 400-4001
- Braver L Basserman, Oral health status and needs for dental treatment in geriatrics patients in danish districts hospital Community dental oral Epidemiology vol14 1986 denamrk p.p 132-135

11)

ANEXOS

1) Carta dirigida a la Institución Asilo Isabel La Católica



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN  
PARA LA SALUD BUCAL

**SOR MARÍA ELENA  
ASILO DE ANCIANOS  
ISABEL LA CATÓLICA  
PRESENTE**

Por medio de la presente me permito solicitar a usted que la pasante Paola Fernández Sierra lleve a cabo un programa de Educación para la Salud en el asilo que usted dignamente dirige.

Esta petición esta basada en el interés que tiene la Facultad de llevar a cabo promoción de la salud bucal, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los adultos de la tercera edad, Los cuales serán beneficiados con dicho programa.

Sin otro particular, y en espera de contar con su apoyo para implementar el programa de salud, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

**Atentamente**  
**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**  
Ciudad Universitaria, D.F., a 30 de enero de 2006



**C.D. María Elena Nieto Cruz**  
**Coordinadora**

2)

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO  
"FACULTAD DE ODONTOLOGÍA"  
ACTITUD, PRÁCTICA, CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE  
EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD E IMPLEMENTACIÓN DE UN  
PROGRAMA PARA LA SALUD BUCAL DEL ASILO ISABEL LA  
CATÓLICA.2006

Núm. de identificación

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad:

Sexo:    1) Femenino                      2) Masculino

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. Padece de alguna enfermedad sistémica

1) Si                                      2) No

Cual: \_\_\_\_\_

2. Se cepilla los dientes

1) Si                                      2) No

3. Con qué frecuencia cepilla sus dientes

1) Una vez al día                      2) dos veces al día  
3) tres veces al día                      4) una vez al mes  
5) nulo cepillo

4. Cepillar los dientes después de cada comida ayuda a que no se acumulen los alimentos

1) De Acuerdo                      2) Ni de Acuerdo                      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

5. Cambiar mi cepillo dental cada tres meses, me ayudará a eliminar mejor la biopelícula

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

6. El uso de pasta dental me ayuda a tener limpia y cuidada mi boca

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

7. El cepillarme correctamente me garantiza la salud de mis tejidos buco dentales

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

8. Es adecuado usar enjuague bucal, para que mi boca se sienta fresca

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

9. Utiliza prótesis

- 1) Si                      2) No

10. Considera que el quitársela en las noches ayuda en su higiene

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

11. Si lavo mi prótesis se desgastará

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

12. Una mala dentadura ocasionará dificultad para masticar y pasar los alimentos

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

13. Si el dentista me enseña la forma correcta de cepillar mis dientes tendré mejor higiene

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

14. Recibir información para el mantenimiento de mis prótesis e higiene adecuada de mi boca, aún me sería útil

- 1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo  
Ni en Desacuerdo

15. Yo como y disfruto de la comida porque todos mis dientes están bien  
1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo        
Ni en Desacuerdo
16. Yo hablo y pronuncio correctamente las palabras porque mis dientes están bien  
1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En desacuerdo        
Ni en Desacuerdo
17. Yo sonríó, me río y muestro mis dientes sin pena aún desdentado  
1) De Acuerdo      2) Ni de acuerdo      3) En Desacuerdo        
Ni en Desacuerdo
18. La prevención para el cuidado de mi boca, será buena si entiendo lo que se me está explicando  
1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo        
Ni en Desacuerdo
19. Si se me informa y se me enseña podré aprender a conservar la salud de mi boca  
1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo        
Ni en Desacuerdo
20. Cree que los dentistas están preparados para proporcionar información de forma sencilla  
1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo        
Ni en Desacuerdo
21. Los dientes son lo más importante en la boca  
1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo        
Ni en Desacuerdo
22. La edad que presento implica la pérdida de mis dientes  
1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo        
Ni en Desacuerdo
23. El no tener dientes me impide relacionarme socialmente  
1) De Acuerdo      2) Ni de Acuerdo      3) En Desacuerdo        
Ni en Desacuerdo

24. Las Instituciones fomentan la práctica de su higiene bucal

1) De Acuerdo

2) Ni de Acuerdo

3) En Desacuerdo

Ni en Desacuerdo

25. Presenta Enfermedad Periodontal

1) Si

2) No

26. Presenta Caries

1) Si

2) No

27. Es portador de prótesis

1) Superior

2) Inferior

28. Es portador de prótesis

1) Fija

2) Removible

29. Es Edéntulo

1) Superior

2) Inferior

Observaciones: \_\_\_\_\_

3) Carta de consentimiento para el paciente

ACTITUD, PRACTICA, CONOCIMIENTO SOBRE HABITOS DE HIGIENE  
BUCAL EN UN GRUPO DE PACIENTES DE LA TERCERA EDAD E  
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA SALUD BUCAL DEL  
ASILO ISABEL LA CATÓLICA. 2006

Se solicita su colaboración para realizar el siguiente estudio enfocado a conocer su actitud, practica, conocimiento sobre hábitos de higiene bucal.

Posterior a esto se implementara un programa de hábitos de higiene. para la salud bucodental.

Es importante mencionar que la revisión de su boca no provocara ningún daño y no se tendrá que ejercer ningún costo.

-----

Paola Fernández Sierra

-----

Nombre y firma de conformidad