



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO REFERENTE A LOS
BENEFICIOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
ADULTOS MAYORES POR EL USO DE PRÓTESIS
DENTAL REMOVIBLE.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

EVELIA CHAVARRIA VALENCIA

TUTOR: CD. NICOLÁS PACHECO GUERRERO



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.

A quién en verdad todo debo pues me dan la oportunidad de vivir y poder dar a los demás que es lo que mejor puedo ayudar:

- A Dios por darme la oportunidad de realizar mi más gran anhelo.
- A mis padres que desde siempre me han brindado su apoyo, comprensión y cariño; los amo.
- A mis hermanas por la motivación de salir siempre adelante, forman parte de mi vida; las quiero.
- A mis amigos, por nuestros mejores momentos, por nuestros sueños y esperanzas compartidos:
Y en especial a: Mónica, Ofelia, Edith, Evelyn, Toño, Yolanda y Paty.
- A Manuel por todo el apoyo incondicional que me ha brindado siempre; lo quiero.
- A Anselmo, sin su ayuda no habría podido terminar.
- A la familia Martínez González por creer en mí siempre.

Gracias a todos.

ÍNDICE

	Pag
INTRODUCCIÓN -----	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	7
JUSTIFICACIÓN -----	7
CAPÍTULO I	
“EL ADULTO MAYOR” -----	8
1.1- Definición -----	8
1.2- Teorías del envejecimiento-----	9
1.2.1-Teorías estocásticas-----	9
1.2.2-Teorías determinadas-----	10
1.3- Demografía -----	11
CAPÍTULO II	
“¿QUÉ ES CALIDAD DE VIDA?” -----	13
2.1-Definición-----	13
CAPÍTULO III	
“CAMBIOS BIOLÓGICOS” -----	14
3.1-Cambios fisiológicos orales en el anciano-----	14
3.2-Cambios nutricionales durante la vejez-----	17
3.3-Cambios psicosociales-----	20
CAPÍTULO IV	
“SISTEMA ESTOMATÓGNATICO: EN BASE A SUS COMPONENTES FUNCIONALES” -----	24
4.1- Masticación-----	24
4.2- Deglución-----	26
4.3- Fonación-----	27

CAPÍTULO V

“PRÓTESIS DENTAL EN RELACIÓN A LA REHABILITACIÓN DE UN ADULTO MAYOR”-----	28
5.1-Definición de tipos de prótesis-----	28
5.2-Conducta individual y respuesta adaptativa a la prótesis-----	29
5.3- Requisitos que debe cumplir una prótesis dental----	31

CAPÍTULO VI

“ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO”-----	32
6.1- Procedimiento-----	32
6.2- Elaboración-----	32
6.2.1-Planificación-----	33
6.2.2-Redacción-----	33
6.2.3-Diseño-----	33
6.2.4-Distribución-----	33
6.3- Desarrollo de las partes del tríptico-----	34
6.4- Presentación final-----	36

CONCLUSIONES-----	39
--------------------------	-----------

FUENTES DE INFORMACIÓN-----	40
------------------------------------	-----------

ANEXOS-----	44
--------------------	-----------

Anexo 1-----	45
--------------	----

Anexo 2-----	46
--------------	----

Anexo 3-----	53
--------------	----



INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende hacer una breve revisión sobre diversos aspectos que influyen en la calidad de vida del adulto mayor y como influye el uso de prótesis dental removible en está, así como informar al adulto mayor sobre los beneficios de usarla y poderlo sintetizar finalmente en un tríptico.

Actualmente los adultos mayores forman un grupo que está en constante incremento, las consecuencias de estos cambios demográficos representan, implicaciones sociales, económicas y sanitarias que no deben ser ignoradas.⁽¹⁾⁽²⁾

El aumento en la esperanza de vida es resultado de exitoso de avances en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, así como la menor exposición a factores de riesgo, lo que aumenta las expectativas cada vez mayores de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud, pero puede verse afectada si la calidad de vida de los adultos mayores no cumple con los principios mínimos para llevar una vida apropiada.⁽³⁾⁽⁴⁾

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentado por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien.⁽⁵⁾

El concepto de bienestar tiene que ver con la felicidad que produce la satisfacción que los individuos dicen tener en diferentes áreas o campos de la vida.⁽⁵⁾

La percepción del estado de salud bucal de los adultos mayores es importante para su calidad de vida, en áreas como: física, social y



psicológica, más frecuente en la funcionalidad y el confort. Las enfermedades bucales, el daño a los tejidos y el dolor dental son predictores de la disminución de la actividad masticatoria.

Así como los dientes perdidos y la falta de recursos para renovar una prótesis son predictores importantes de la relación entre la salud bucal y calidad de vida. ⁽²⁰⁾

El envejecimiento implica no solo cambios estructurales y biológicos, sino también aparecen cambios en la personalidad; se sufren alteraciones y modificaciones fisiológicas que repercuten en la calidad de vida del paciente.

La salud bucal es una parte fundamental de la salud durante el envejecimiento y es un componente fundamental de la calidad de vida. También participa en la percepción del sabor y la respiración. Permite hablar y realizar distintos gestos y sonidos para la comunicación con otras personas.

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del individuo; transforma el contorno facial, altera el lenguaje, perturba la alimentación, modifica la nutrición, altera la expresión y repercute en la mente y los sentimientos.⁽²⁾

Muy especial agradecimiento al C.D. Nicolás Pacheco Guerrero y a la Mtra. María Luisas Cervantes Espinosa por su paciencia apoyo y dedicación para la realización de este trabajo.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Ante la evidencia de la relación que existe entre la perspectiva de salud bucal del adulto mayor y su calidad de vida, y como está se puede ver afectada, Habitualmente reciben poca información sobre su salud bucal. Surge la necesidad de saber que los adultos mayores están informados sobre los beneficios de utilizar prótesis dental removible y como ayuda en su calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN: Es importante realizar un programa educativo con información escrita dirigida al adulto mayor para hacer saber la importancia de rehabilitar su boca por medio de una prótesis dental removible, los beneficios que conlleva y como ayuda en su calidad de vida.



CAPÍTULO I “EL ADULTO MAYOR”

1.1 Definición

Envejecimiento.- En la biología se define al envejecimiento como el conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conduce a la muerte.

El proceso del envejecimiento humano debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual.

Vejez.- Edad senil, senectud, período de la vida humana cuyo comienzo se fija comúnmente a los 60 años, caracterizado por la declinación de las facultades e involución orgánica.

Geriatría.- Del griego *Geron*= vejez, y *tria*= curación. Es la rama de la medicina interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez.

Odontogeriatría.- Se define como parte de la medicina consagrada al estudio del envejecimiento anatomofisiológico y patológico de la cavidad bucal, dientes, lengua y estructuras adyacentes, así como sus relaciones con la salud integral del anciano, se denomina gerontoestomatología, término que deriva del griego: geronto-viejo; logos-tratado.^{(1) (2)}



1.2 Teorías del envejecimiento

Se pueden determinar dos tipos de teorías:

1.2.1 Teorías estocásticas: son aquellos cambios que se presentan en forma aleatoria en sus variables y que se expresan por cálculos matemáticos, debido a que se presentan al azar, están modificados por factores ambientales que existen alrededor del organismo.⁽³⁾

- Teorías genéticas: se explican tres teorías
 - Teorías de la regulación genética: es el desequilibrio entre las fases de reproducción y desarrollo de la célula es menos apta para defenderse de factores adversos.
 - Teoría de la diferenciación terminal: aquí se expresan modificaciones en la expresión genética.
 - Teoría de inestabilidad del genoma: pueden producirse modificaciones al nivel del DNA y como al afectar a la expresión de los genes sobre el RNA y proteínas originados por diferentes factores.

Estas 3 teorías confieren al entorno celular el papel de ser el responsable de todos los daños provocados al azar en el DNA.

- Teoría de la mutación somática: En 1959, dice Szilard que el envejecimiento se produce como resultado de la acumulación de mutaciones en el DNA nuclear de las células somáticas, Miquel y Fleling refieren la falta de desequilibrio entre la reparación mitocondrial y el defecto desorganizado del oxígeno por lo que las células perderían su capacidad de regenerar o reparar las mitocondrias y se verían con



una capacidad disminuida de sintetizar ATP, con lo cual su funcionamiento fisiológico y la muerte serán la consecuencia.

- Teoría de radicales libres: En 1956, Harman dice que los daños al azar son producidos por radicales libres, que se relaciona con el ambiente, los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a la muerte celular, así como a daño tisular.
- Teoría error-catástrofe: En 1963 Orgen propuso y modificó en 1970, explica que la síntesis de proteínas contenía errores, al tener proteínas malformadas, y en el siguiente paso de la duplicación se tendría más errores y así sucesivamente, hasta que se tiene una catástrofe en la homeostasis celular.
- Teoría de las uniones cruzadas de estructuras celulares: Los enlaces moleculares entre proteínas y ácidos nucleicos aumentan.
- Teoría de la acumulación de productos de desecho: Dice que la acumulación de sustancias o productos de desecho celulares se produce por alteraciones metabólicas.
- Teoría inmunológica: Afirma que las células, mutantes estimulan reacciones inmunológicas en el organismo que degradan al mismo y eventualmente lo destruyen.

1.2.2 Teorías determinadas: son las que limitan las variables conocidas y pueden ser replicadas en cada ocasión que se busque el fenómeno.

- Teoría de la capacidad replicativa finita de las células: la longitud del telómero, así como la actividad de la telomerasa, han sido propuestos como bionmarcadores del envejecimiento.
- Teorías evolutivas: Los genes del envejecimiento se instalan cómodamente en espera del tiempo para expresarse ⁽³⁾



1.3 Demografía

El envejecimiento de la población se refiere a una disminución de la proporción de niños y jóvenes y un aumento de la proporción de personas de 60 años y más.

La transición demográfica se caracteriza primero por disminuciones en la mortalidad infantil y de la niñez a medida que se erradican las principales enfermedades infecciosas y parasitarias. La mejor resultante en la esperanza de vida al nacer ocurre mientras la fecundidad tiende a seguir siempre alta, produciendo de ese modo grandes cohortes de nacimiento y una proporción en aumento de niños en relación con adultos. Cuando descienda la fecundidad y las tasas de mortalidad continúan mejorando la población empieza a envejecer.⁽¹⁾

A nivel mundial, se experimenta en los últimos años, un envejecimiento demográfico que se caracteriza por un aumento en números absolutos y porcentuales de la población de edad avanzada.

A medida que la población envejezca, la pirámide de población triangular de 2002 será sustituida en 2025 por una estructura de tipo más cilíndrico.

En general los países que ahora tienen proporciones relativamente altas de población anciana, experimentarán un crecimiento más pequeño en porcentaje, mientras que los menos ancianos de la región tenderán a tener mayores aumentos de porcentaje.⁽⁴⁾



En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años, y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente en unos 694 millones, o el 223 por ciento. En 2025, habrá un total de cerca de 1,2 millardos de personas con más de 60 años. Para el año 2050, habrá 2 millardos, con el 80 por ciento de ellas viviendo en los países en vías de desarrollo.⁽¹⁾

Se proyecta que la población anciana se duplicara durante este periodo y más en Venezuela, Colombia, Ecuador y varios países centroamericanos. En el caso de México se proyecta que para el 2020 habrá una población total de 15,574,700 de adultos mayores.⁽⁴⁾

Hasta ahora, el envejecimiento de la población se ha asociado principalmente con las regiones más desarrolladas del mundo. Por ejemplo, actualmente nueve de los diez países con más de 10 millones de habitantes y la mayor proporción de personas mayores está en Europa

Se esperan pocos cambios en la clasificación para el año 2025, cuando las personas mayores de 60 años constituirán alrededor de un tercio de la población en países como Japón, Alemania e Italia, seguidos de cerca por otros países europeos.⁽⁴⁾



CAPÍTULO II “¿QUÉ ES CALIDAD DE VIDA?”

2.1 Definición

La calidad de vida es «la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno» (OMS, 1994). A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia. ⁽⁴⁾

El concepto de bienestar tiene que ver con la felicidad que produce la satisfacción que los individuos dicen tener en diferentes áreas o campos de la vida. ⁽⁵⁾



CAPÍTULO III “CAMBIOS BIOLÓGICOS”

3.1 Cambios fisiológicos orales en el anciano

Cambios en las estructuras y los tejidos de la boca. Conforme la edad avanza puede haber cambios:

- Dientes.-Oscurecimiento dental, atricción, abfracturas, líneas de fractura coronaria secundaria a bruxismo y tendencia a caries radicular, son algunos los cambios. Con el paso de los años se incrementa la pérdida de dientes en la población, pero el envejecer cause edentulismo es inherente a la edad.
- Periodonto.-Recesiones gingivales, atrofia de las encías y disminución del grado de queratinización son cambios en el periodonto asociados a la edad.
- Mucosa bucal.- atrofia del epitelio de la mucosa bucal, atrofia del dorso lingual, incremento en la queratinización, disminución en el número de terminaciones nerviosas etc. Otros trastornos son generados: por desnutrición, enfermedades sistémicas etc.
- Capacidad masticatoria y deglución.-Los cambios en la masa muscular merman en la capacidad masticatoria, estas actividades se ven además deterioradas en los ancianos que han perdido dientes o que utilizan prótesis mal adaptadas.
- Gusto.-La atrofia del epitelio lingual genera cambios en las preferencias alimenticias y en los hábitos dietéticos de los ancianos.
- Glándulas salivales. La hiposalivación se adjunta no solo al deterioro de componente secretorio glandular es debida a los fármacos, enfermedades sistémicas y el empleo de utilizar radiaciones.⁽²⁰⁾



-
- Por causas iatrogénicas provocadas por fármacos, radioterapias de cabeza y cuello, y la quimioterapia que altera la función de las glándulas salivales e interferir en la deglución.
 - Las neuropatías pueden afectar a la musculatura de la región craneofacial.
 - La voz y el habla cambian con la edad; la capacidad de hablar no suele alterarse, las anomalías del habla se deben a procesos sistémicos.⁽⁹⁾⁽⁷⁾

Los efectos sobre el paciente geriátrico edéntulo pueden incluir:

- a) Cambios en la mucosa oral y en la piel.- Hay menor número de capas epiteliales y la mucosa y submucosa se adelgazan, al igual que el potencial de reparación reducido, se vuelve friable y fácil de traumatizarse. También se manifiesta en una reducción del área de la superficie de la mucosa, el maxilar se hace más pequeño en todas sus dimensiones y disminuye el asiento basal.
- b) Relaciones maxilomandibulares. También cambian las relaciones verticales maxilomandibulares, ocurren cambios musculares y esto junto con la reducción del reborde residual, genera una alteración espacial en la posición de la mandíbula, en relación con el maxilar.
- c) Lengua y gusto.- La lengua se puede volver suave y brillante, o roja e inflamada. En la mucosa lingual se puede centrar diversos síntomas, como dolor, quemazón, o sensaciones gustativas anormales.
- d) Flujo salival y deterioro nutricional.- En algunos pacientes que puede ser evidente la xerostomía puede deberse a medicamentos, también puede reflejar disminución en el flujo salival, resultado de atrofia de las glándulas salivales, cualquiera de estos factores, puede dificultar la masticación o provocar malestares digestivos y, a veces mala retención de las dentaduras.⁽¹⁰⁾



La postura orofacial se modifica con la edad. La porción inferior de la cara y los labios puede caer debido a la disminución del tono de la musculatura perioral, y del soporte óseo; esta caída provoca problemas estéticos y puede facilitar al babeo y las salpicaduras de los alimentos. ⁽⁹⁾

Cambios morfológicos relacionados con el estado edéntulo:

-Profundización del surco nasolabial

-Pérdida del ángulo labiodental

Disminución en el ángulo labial horizontal

-Estrechamiento de los labios

-Aumento en el ángulo de la columela filtrar

-Apariencia prognática.



3.2 Cambios nutricionales durante la vejez

La nutrición es el resultado que se da en el cuerpo en general y en cada una de nuestras células en particular al aprovechar las sustancias y la energía contenida en los alimentos. ⁽¹⁸⁾

Es importante mencionar que durante el envejecimiento la digestión y la absorción de los nutrientes están disminuidos comparados con la de los adultos jóvenes, debido a la masticación deficiente, disminución en la producción de saliva, reducción en la producción de sustancias que digieren los alimentos y el natural deterioro de la capa de mucosa gástrica. ⁽¹⁷⁾

La dieta a la que nos enfrentamos cada vez en las ciudades, tiene como característica ser alta en grasas, productos refinados y conservadores, las cuales se asocian a elevada incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas como aterosclerosis, hipertensión arterial, cáncer de colon y mama.

El envejecimiento se asocia a una importante disminución de los requerimientos energéticos con el paso del tiempo, la mayor disminución en el consumo de energía es debido a la disminución de la masa magra muscular y disminución de la actividad física, en donde esta proviene del resultado de las enfermedades existentes primarias.

Por lo tanto, una alimentación suficiente en calidad y cantidad, considerando la actividad física y el género es fundamental para mantener y mejorar el estado de salud y prevenir enfermedades en los adultos mayores. Asimismo,



el consumo inadecuado o insuficiente de alimentos acarrea adelgazamiento o sobrepeso, implicando riesgos para la salud.⁽¹⁵⁾

Cambios funcionales relacionados con el aprovechamiento de nutrientes:

- a) Disminución del sentido del gusto y del olfato
- b) Pérdida de estructuras dentarias
- c) Atrofia de las glándulas salivales
- d) Desórdenes del esófago
- e) Disminución de la secreción del ácido clorhídrico
- f) Hipomotilidad intestinal
- g) Menor vascularización
- h) Estrechamiento de las arterias
- i) Disminución de la función renal.

Otros factores que afectan la alimentación: Aspectos psicosociales que afectan el tipo de alimentación en forma directa o indirecta:

- Alteraciones físicas o mentales que ocasionan una pérdida de la coordinación neuromuscular, con lo que disminuye la capacidad de manipular utensilios, y preparar alimentos.
- Arraigo de hábitos y costumbres
- Depresión por la pérdida progresiva de seres queridos
- Estado de inconsciencia
- Retracción del nivel socioeconómico
- Dificultad para realizar compras de alimentos por sí mismo
- Aislamiento por la pérdida de familiares
- Mantenimiento del patrón alimenticio
- Abuso de ciertos medicamentos⁽¹⁷⁾



Problemas dietéticos:

- Bajo ingreso y falta de conocimiento sobre cómo invertir el dinero disponible en alimentos que presentan la mejor ventaja.
- Limitación físicas, debilidad y falta de movilidad que dificultan el ir de compras y la preparación de comidas
- Instalación inadecuadas para la preparación de alimentos
- Malas dentaduras, que pueda causar que el portador rechace algún alimento esenciales que son difíciles de masticar, sin sustituirlos de manera adecuada
- Malos hábitos alimenticios que pueden redundar en la elección de una dieta inadecuada
- Depresión, aburrimiento, ansiedad y soledad, que dan poco o ningún incentivo para la preparación de comidas nutritivas. ⁽¹⁰⁾

Hábitos, alimentación y placer.- Comer es una conducta elemental, indispensable para la vida. La alimentación es el resultado de un aprendizaje, que está determinado por dos factores: el biológico y el cultural.

Entre los muchos factores que intervienen en el aprendizaje alimentario, el placer por la comida ocupa un lugar fundamental, sobre todo en nuestra sociedad, en donde la alimentación forma parte de la convivencia y de las fiestas. ⁽¹⁷⁾



3.3 Cambios psicosociales

El envejecimiento psicológico introduce múltiples manifestaciones que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de las reacciones de su entorno, es decir cada individuo tiene su propia manera de envejecer, ya que elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez y de adaptarse a la sociedad.⁽¹⁶⁾⁽²³⁾

Los ancianos pueden tener dificultad para adaptarse a nuevas situaciones y nuevos ambientes, tienen sentimientos de frustración que se traduce en impaciencia o manifestaciones de ira, por la dificultad para manejar ambientes diferentes, sin embargo con los años la inteligencia ni la capacidad de aprendizaje se ven mermadas.⁽²¹⁾

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

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

Aspectos psicosociales y envejecimiento: Son los diferentes factores que influyen en la última etapa de la vida.

- Problemas relacionados con las pérdidas afectivas.
- Trastornos físicos, incluyendo deficiencia sensorial, motriz o cerebral.



-
- Trastornos mentales de cualquier tipo que no son exclusivos de la vejez y que pueden haberse desarrollado en épocas anteriores a la vida.
 - Reacciones psicológicas propias de la personalidad individual.

Son múltiples los factores que pueden contribuir al deterioro psicológico de la persona que envejece, los relacionados con la salud física; las enfermedades, los tratamientos derivados de la misma, las hospitalizaciones y los cambios físicos en general.

La disminución de los órganos de los sentidos, así como la serie de factores sociales: jubilación, cambios de domicilio, disminución de las redes de apoyo, el estrés y las preocupaciones cotidianas.⁽¹⁶⁾

Cambios socioculturales.

En las sociedades industrializadas los roles han cambiado.

El envejecimiento progresivo está relacionado con la disminución de la natalidad y el alargamiento de la esperanza de vida, en las relaciones intrafamiliares, el paso de la familia patriarcal o matriarcal a la nuclear formada exclusivamente por padres e hijos, ha traído consigo un desdibujamiento de la participación del anciano en tareas que en la actualidad son asumidas por los miembros de la familia nuclear.⁽²³⁾

En nuestro medio social, la transición de un ambiente rural a uno urbano ha producido una importante desinserción del anciano respecto a su entorno, que se encuentra sin contacto efectivo con el hábitat -con frecuencia agresivo- sin la infraestructura adecuada, con una situación total de independencia de los hijos, sin lugares de reunión apropiados y sin suficiente



espacio en las casas, todo lo cual acentúa la sensación de inutilidad y las discrepancias intergeneracionales. ⁽¹³⁾

Chawla afirma que “los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que a menudo lo son debido a la forma en que se les categoriza socialmente y a las presiones sociales que se ejerce sobre ellos”

El anciano debe ocupar un lugar de reconocimiento y de respeto, la mayor contribución de los ancianos en el plano humano: La aportación que pueden hacer cuantos les rodean con su presencia y experiencia de la vida. Estas personas están en condiciones de hacer contribución importante en la sociedad, permaneciendo integradas, productivas y recreativas en su comunidad.⁽²⁾

La perspectiva psicosocial centra entonces la atención en la forma en que los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, cómo buscan respuesta a los problemas que se les presentan, y como aceptan y asumen pérdidas y *frustraciones*.

En la sociedad contemporánea, junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales por consecuencia influyen negativamente, en las condiciones de vida de los que envejecen.⁽¹⁴⁾

Características sociales y su impacto en la calidad de vida de los que envejecen:

- 1- Respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento. Es cierto que el envejecimiento va acompañado por un indiscutible deterioro biológico, las condiciones sociales de carencia de servicios de salud y la ideología del modelo médico tradicional (tienden a



equiparar vejez con discapacidad) son las que restan estímulos para que el anciano se mantenga activo. Se genera de este modo una actitud fatalista frente a las circunstancias de la vida de los ancianos.

- 2- Pérdida de la ocupación disminución de ingreso y deterioro de la identidad social. La fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus puestos a los más jóvenes.

La jubilación, el paso de una situación activa y productiva a otra pasiva e improductiva, producen un desequilibrio. Principalmente el cese brusco de la actividad laboral. Psicológicamente, el trabajo es importante en el impulso inconsciente de energía, además de aspecto de valoración personal y social y la posibilidad de independencia económica que conlleva.

- 3- La ideología del “viejismo” y la desvalorización social de la vejez. En muchas sociedades prevalece la ideología, que considera a la vejez como una etapa de decadencia física y mental, y proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez. Llegándose al extremo de denigrarlos, desvalorizarlos y marginándolos del quehacer colectivo. El anciano acepta su deterioro como algo fatal y tiende a adoptar una actitud de resignación, inhibiendo cualquier iniciativa de superación.

- 4- La ausencia de un rol social para el anciano. La falta de definición de un rol social para el anciano influye también en la dificultad del individuo para otorgar un sentido pleno a la vida durante la vejez, ya que parte del sentido de la vida se obtiene precisamente al cumplir el rol básico asignado para la sociedad.⁽¹⁴⁾⁽²⁵⁾



CAPÍTULO IV “SISTEMA ESTOMATÓGNATICO: EN BASE SUS COMPONENTES FUNCIONALES”

4.1 Masticación

La masticación consiste en una separación y aposición de la mandíbula e involucra procesos biofísicos y biomecánicos; incluyendo el uso de los labios, dientes, mejillas, lengua, paladar y todas las estructuras bucales, a fin de la lengua y los músculos de las mejillas cumplen una función esencial en cuanto a mantener el bolo alimenticio entre las superficies oclusales de los dientes.

Esas acciones aumentan mucho el área superficial de los alimentos y los mezclan con las secreciones de las glándulas salivales.

El control de la masticación dentro de los límites estrechos de tolerancia de la boca, requiere de una considerable información sensorial, dado que las desviaciones de la vía normal del movimiento mandibular pueden lesionar la lengua, la mucosa bucal y hasta los dientes y sus tejidos de soporte.

La trituración de gran parte de la comida que se consume en este siglo no demanda un ejercicio masticatorio vigoroso. Sin embargo la masticación tiene otras funciones. Es necesario apreciar en forma completa los sabores de las comidas, y por lo tanto influye indirectamente en la excitación de las secreciones salivales y gástricas. Dado que la masticación produce la mezcla de alimentos con la saliva, facilita no solo la deglución, sino también la digestión de carbohidratos en el estomago. ⁽¹¹⁾



La magnitud, el tiempo de elevación, y el intervalo entre los impactos dependen la consistencia del alimento y el momento exacto de la consecuencia masticatoria específica. ⁽¹²⁾

Se ha concluido que una eficiencia masticatoria tan baja como del 25%, es adecuada para una digestión completa de los alimentos. Otros investigadores han notado que la pérdida de dientes puede conducir a una eficiencia masticatoria disminuida. ⁽²⁴⁾

Los pacientes no pueden compensar un menor número de dientes con masticaciones más prolongadas o mayor número de ellas; simplemente degluten partículas más grandes de alimentos.

La fuerza máxima de mordida en los portadores de dentaduras es de cinco o seis veces menor que en los pacientes dentados. Los edéntulos están impedidos o disminuidos en la función masticatoria y aun dentaduras muy satisfactorias en el aspecto clínico, son un deficiente sustituto para los pacientes portadores de dentaduras indican que estos movimientos son y similares en pacientes portadores de dentaduras y en personas con dientes naturales. ⁽¹²⁾

Los dientes artificiales en la confección de dentaduras completas deben quedar dentro de los límites de un equilibrio funcional de la musculatura que participa en el control del bolo alimenticio entre las superficies oclusales de los dientes. ⁽¹⁰⁾

La masticación es principalmente en las regiones molar y premolar, y tanto el lado izquierdo como el derecho son usados en más o menos el mismo grado.



La posición del bolo alimenticio depende de la consistencia del alimento, y entre más dura sea esta consistencia mayor es la preferencia de la persona para usar la región premolar, esto se ha observado en pacientes que han usado prótesis parciales mandibulares soportadas por tejido blando, opuesta a dientes superiores completas.

4.2 Deglución

Esas acciones aumentan mucho el área superficial de los alimentos y los mezclan con las secreciones de las glándulas salivales. Las secreciones comienzan a disolver sustancias solubles, después de la deglución por acción concertada de la lengua, los músculos palatinos y la faringe y su transporte rápido hacia el estomago. ⁽⁸⁾

Durante la masticación hay reflejos continúan hasta la formación del bolo alimenticio y el comienzo de la deglución.

Una vez ubicado el bolo en la faringe el resto de la deglución se produce por reflejos primitivos involuntarios.

Son 4 etapas:

- 1) Ubicación del bolo alimenticio. Este se ubica entre la lengua y el paladar anterior por la actividad de los músculos linguales y peribucales y mínima actividad de los maseteros.
- 2) Pasaje de la boca a la faringe: la lengua en movimientos ondulantes lleva al bolo alimenticio hacia atrás a la posición superior de la faringe y se abre para darle paso.
- 3) Paso a través de la faringe: Junto con el contacto dentario se produce la elevación de la laringe y el cierre de la glotis para interrumpir cuando pasa el bolo alimenticio.



-
- 4) Pasaje a través del esfínter hipofaríngeo: El bolo pasa a sobre la epiglotis y es llevado al esófago a través del esfínter hipofaríngeo. Se calcula que cuando el bolo alimenticio alcanza esta posición el paladar blando se relaja, la laringe desciende y la glotis se abre con los que se reanuda la respiración.⁽¹¹⁾

4.3 Fonación

Desde el punto de vista anatómico, los sonidos de diferentes vocales están determinados principalmente por la forma y el tamaño de las cámaras resonantes de la boca, la laringe, que depende de la posición de la lengua y de los labios, y las consonantes se clasifican de acuerdo a la posición de los labios, lengua, dientes y paladar.⁽⁸⁾



CAPÍTULO V “PRÓTESIS DENTAL EN RELACIÓN A LA REHABILITACIÓN DE UN ADULTO MAYOR”

5.1 Definición de tipos de prótesis

En el presente trabajo solo nos avocaremos a prótesis dental parcial removible y prótesis dental total puesto que son las más utilizadas en el adulto mayor.

Prótesis removibles se dedica al reemplazo de dientes perdidos y tejidos que los rodean mediante prótesis diseñadas para ser removidas por el paciente. ⁽¹⁹⁾

Es la rehabilitación fisiológica, que involucra las funciones de la masticación, deglución, fonética, estética.

- *Prótesis dental total*: Es parte de la prótesis odontológica dedica al estudio de la rehabilitación fisiológica de la edentación, está se refiere a la prótesis total bimaxilar o monomaxilar. ⁽²⁾
- *Prótesis dental parcial removible*: El propósito principal debe ser siempre la conservación de los dientes remanentes y de los tejidos de soporte y reemplazar todos los dientes perdidos; Puede ser totalmente dentosoportada o mucodentosoportada ⁽²⁶⁾



5.2 Conducta individual y respuesta adaptativa a la prótesis

- *Cambios estéticos.*- la pérdida dental puede afectar a la apariencia de una persona, los pacientes buscan tratamiento dental por razones tanto funcionales como estéticas.

En la práctica clínica, con frecuencia encontramos problemas en que la pérdida de peso de un paciente, su edad, atrición dental intensa u otros factores provocan cambios bucofaciales. Algunas personas no se dan cuenta de que determinados aspectos de su apariencia facial, de lo que están buscando solución son aumentados o no están relacionados con el edentulismo.

- *Cambios dietéticos.*- Se ha estudiado el efecto de las restauraciones protéticas sobre la capacidad masticatoria. Las dentaduras completas óptimas mejoran la función masticatoria, lo cual sugeriría una mejoría en la *selección dietética*. *Los investigadores han indicado que la función bucal mejorada, por sí sola, no conducirá a cambios en la selección dietética y que le paciente requerirá de asesoría profesional e individualizada sobre su dieta.*
- *Respuesta adaptativas y psicológicas.*- Es complejo el proceso necesario para que un paciente edéntulo pueda aceptar y usar dentaduras removibles, parciales o completas. Requiere de adaptación mediante aprendizaje, destreza muscular y motivación, Además está relacionada con las expectativas del paciente.



Lo que a fin de cuentas determina el grado de éxito del tratamiento clínico, es la habilidad del paciente y su deseo de aceptar y aprender a usar la dentadura artificial.

Aprender significa adquirir una nueva actividad o modificar una ya existente.

La destreza muscular es la capacidad para coordinar la actividad de los músculos con el fin de ejecutar un movimiento. La aceptación de las dentaduras completas está acompañada por un proceso de habituación, que se define como “una disminución gradual de respuestas a estímulos continuados o repetidos”. La estimulación táctiles derivados del contacto de la prótesis con la cavidad bucal ricamente inervada, probablemente sean olvidados después de un corto tiempo. Cada etapa de la disminución en la respuesta se relaciona con el registro que guarde la memoria sobre la aplicación previa del estímulo, el almacenamiento de información pasada inmediato es parte integral de la habituación.

La facilidad para aprender y la coordinación parecen disminuir con la edad. Por lo general, la edad avanzada con lleva una atrofia progresiva de los elementos en la corteza cerebral, con la consecuente pérdida en la capacidad de coordinación. Ciertamente, la motivación del paciente determina la velocidad con que se realiza la adaptación a las dentaduras artificiales. Es imperativo que el dentista establezca la motivación del paciente para buscar el tratamiento, cultive esta motivación y trate de crearla si no existe.



-
- *Potencial de adaptación del paciente.*- El éxito del tratamiento protético radica no sólo en la destreza manual, sino también en la capacidad del dentista para relacionarse con los pacientes y entender sus necesidades, es muy importante la habilidad y la capacidad del odontólogo para entender e identificar los problemas de los pacientes edéntulos y para estimularlos e infundirles seguridad. ⁽⁶⁾⁽²²⁾

5.3 Requisitos que debe cumplir una prótesis dental

❖ *Requisitos biológicos:*

- Restaurar la función masticatoria
- Restaurar la estética
- Restaurar la función fonética
- Ayudar a restablecer la salud

❖ *Requisitos biomecánicos:*

- Soporte: Capacidad que tiene la prótesis para resistir las presiones masticatorias.
- Retención: La relación establecida entre los tejidos vivos y la prótesis que se oponen a que esta sea desplazada de su ubicación.
- Estabilidad: Capacidad de resistir las diferentes fuerzas de desplazamiento a que es sometida la prótesis sin que se mueva. ⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾



CAPÍTULO VI “ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO”

Elaboración de un programa educativo en forma de tríptico sobre los beneficios de utilizar prótesis dental removible dirigido al adulto mayor y como ayuda en su calidad de vida.

6.1 Procedimiento

Se revisó bibliografía actual sobre la prótesis dental removible, envejecimiento y algunos factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor.

Se realizaron encuestas aleatorias^(anexo 1) a los adultos mayores sobre su prótesis dental removible. Las preguntas se obtuvieron en base a la experiencia que tiene el adulto mayor con respecto a la prótesis dental removible; además se utilizaron algunas preguntas obtenidas de la historia clínica de prostodoncia total, para poder conocer la opinión que tiene los adultos mayores con respecto a su prótesis. Los datos requeridos se capturaron en el programa estadístico Excel y SPSS11.0 y se analizaron los resultados para justificar lo que se dice en el tríptico^(anexo 2)

Ya elaborado el tríptico se mostró a los adultos mayores, realizando un sondeo; para conocer su opinión.^(anexo 3)

6.2 Elaboración

Un tríptico es excelente medio informativo y educativo, el cual tiene como objetivo brindar información sobre un producto o un servicio de una forma sencilla y sintetizada.⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾



6.2.1 Planificación: Se estable de manera detallada el texto que se incluye y lo que se desea transmitir.

6.2.2 Redacción: Se obtuvo un texto concreto y explicativo, con un lenguaje simple; evitando emplear terminología difícil; organizando la información en título, subtítulos y viñetas para fácil lectura.

6.2.3 Diseño: Una vez que se selecciono el texto se eligió el formato de la hoja así como su tamaño y la forma de plegado , para comenzar la distribuir la información recabada de forma ordenada.

- Formato de la hoja: tríptico horizontal.
- Tamaño de la hoja: 28cmx21.5 tamaño carta.
- Forma de plegado: forma cerrada, en sentido recto.
- Elección del papel y color: La elección de la calidad del papel se realiza tomando en cuenta la cantidad de trípticos que se va a imprimir; en papel económico si es cantidad importante o papel couche de mejor calidad; en cuanto al color se utilizaron colores convencionales (azul claro, rojo, amarillo, negro) y de fondo textura de nube.
- Organización de texto-imagen: se eligieron imágenes relacionadas con el mensaje a expresar.
- Tipografía clara

6.2.4 Distribución: Estás se pueden distribuir en mano o dejar los trípticos en expositores para que la persona lo tomen por sí misma.



6.3 Desarrollo de las partes del tríptico

Se mostrara las partes que conforman el tríptico, así como la distribución de cada uno de los apartados:

Portada

Se eligió un título que llame la atención del lector con el fin de crear interés por saber su contenido. Figs. 6.3⁽³⁶⁾,6.4⁽³²⁾

¿Sabes cuales son los Beneficios al utilizar una Prótesis Dental Removible?

¿Y como mejora tu calidad de vida?



Fig. 6.3

Fig. 6.4

Interior

Se dividió en 3 paneles, la información obtenida se distribuyo así:

Panel No 1.

Se menciona los cambios orales y cambios en el aparato digestivo durante el envejecimiento. F.ig.6.5⁽³³⁾

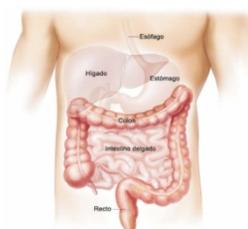


Fig. 6.5



Panel No 2.

Se explica de manera sencilla ¿Qué es una prótesis dental removible? y los tipos que existen con imágenes alusivas a la prótesis dental. Figs. 6.6⁽³⁴⁾,6.7⁽³⁵⁾,6.8⁽³⁴⁾,6.9⁽³⁴⁾



Fig. 6.6



Fig. 6.7



Fig. 6.8



Fig. 6.9

Panel No 3.

Se dan los beneficios de usar una prótesis dental removible, así como bienestar personal y calidad de vida al utilizarlas. Figs. 6.10,6.11,6.12,6.13⁽³⁶⁾



Fig. 6.10



Fig. 6.11



Fig. 6.12



Fig. 6.13



Panel frontal interno

Se mencionan los datos más sobresalientes sobre la encuesta aleatoria que se aplicó a adultos mayores.

Contraportada

Se colocó un pequeño mensaje sobre beneficios referentes al uso de la prótesis dental removible y el escudo de la universidad. Fig. 6.14⁽³²⁾



Fig. 6.14

6.4 Presentación final



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNAM

¿Sabes cuales son los Beneficios al utilizar una Prótesis Dental Removible?

Recuerda el uso de prótesis dental removible es muy importante, ya que te ayuda a tener una buena alimentación, hablar bien y sobre todo, vivir mejor.

En la Clínica de prótesis y prosthodontia total de la Facultad de Odontología, de la UNAM, se realizó una encuesta a los adultos mayores, referente al uso de prótesis dentales y estos fueron los datos más sobresalientes:

- 1.- ¿Limita el tipo y la cantidad de comida que ingiere por problemas con sus dentaduras o prótesis dentales?
36 % Si 64 % No
- 2.- ¿Le gusta su dentadura o prótesis, el color o el tamaño de los dientes?
75 % Si 25 % No
- 3.- ¿Se siente cómodo o agusto con su dentadura o prótesis?
66 % Si 34 % No
- 4.- ¿Le han dicho como cuidar su dentadura o prótesis?
66 % Si 34 % No
- 5.- ¿Le han dicho cuanto tiempo le va a durar su dentadura o prótesis?
30 % Si 70 % No
- 6.- ¿Evita el contacto con las personas por condición de sus dentaduras?
13 % Si 87 % No



¿Y como mejora tu calidad de vida?



UNAM
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN
DE PRÓTESIS DENTAL
PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE
CUADRAGÉSIMA PROMOCIÓN





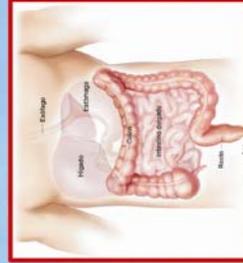
CALIDAD DE VIDA

Durante el envejecimiento ocurren grandes cambios en su boca:

- Adelgazamiento de los tejidos de la encía y lengua.
- Boca y lengua seca.
- Sensación de ardor.
- Trastorno del sentido del gusto.
- Movilidad dentaria.
- Dificultad para masticar los alimentos.
- Pérdida dental.

Durante el envejecimiento ocurren grandes cambios en su aparato digestivo:

- Disminución de la absorción de nutrientes de los alimentos.
- Disminución del movimiento del intestino grueso y delgado.
- Disminución de la función del Hígado.



Todo esto trae como consecuencia una deficiente nutrición y la aparición de enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas.

¿Que es una prótesis dental removible?

Son aparatos que usted puede quitar y poner con facilidad. Que reemplazan los dientes perdidos y tejidos que lo rodean.

Siendo estos de dos tipos:

Prótesis parcial removible:

es la que reemplaza los dientes perdidos y se conservan los dientes que aún tienes y sus tejidos.



Prótesis total removible: es la que reemplaza todos los dientes .



¿Porque es conveniente usar prótesis?

Con la prótesis recupera la funcionalidad de su boca. Logrando una masticación eficaz (eficiente trituración de los alimentos), sin que la prótesis interfiera en la Deglución de los alimentos. Y permitiendo la correcta pronunciación de las palabras. Además de elevar su autoestima, ya que mejora su apariencia física.

Al usar prótesis dental usted mejora su vida en dos aspectos: Bienestar Personal y Calidad de Vida





CONCLUSIONES: En la clínica de Prostodoncia total de la Facultad de Odontología UNAM tanto del turno matutino y turno vespertino; se realizó un sondeo^(anexo 3), mostrando el tríptico a los adultos mayores; expresando su opinión sobre éste:

- Algunos adultos mayores le gustaría que tuvieran más imágenes.
- Algunos adultos mayores le gustaría que la letra fuera más grande.
- Algunos adultos mayores le gustaría que los colores sean más fuertes.
- Algunos adultos mayores le gustaría que los colores sean menos fuertes.
- Algunos adultos mayores no entendieron la parte de la encuesta.

A la mayoría de las personas les gusto la presentación, el lenguaje con que fue escrito y el mensaje, fue entendible. Además mencionaron, les ayuda a fomentar el uso de la prótesis dental y que les parece muy bien que se preocupen por los ancianos.

También mencionaron que debería haber información como está en consultorios dentales y en instituciones de salud.

A la mayoría de los adultos mayores le gustaría conservarlo para seguir sus recomendaciones además de poder darles la información a otras personas que los necesiten (amigos, vecinos y familiares).



FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.-García GJJ. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México. 2ª Ed: 2005. Antología en el Anciano Parte 1 Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública., Facultad de Medicina, UNAM, 2007:10p
- 2.-Ozawa, D.J. Estomatología geriátrica- 1ª ed., Cd. México: editorial Trillas, 1994. Pp. 59-79,164-173
- 3.-D'Hyver C, Gutiérrez-Robledo. Geriátrica, México. Editorial El Manual Moderno; 2006 Pp15-32
- 4.-Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político*Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105.
- 5.-Perez JJ, Hernández ERI, Vélez MN. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. ADM 2006 (62);5 sep-oct:181-4.
- 6.-Winkler S. Prosthodontia Total. México D.F., Editorial Limusa, 2001 Pp.3-27
- 7.-De Nicola P. Geriátrica. Ed. El manual moderno . México 1985.Pp.1-17
- 8.-Williams LP. Anatomía de GRAY. 38 Ed. España. Editorial Harcourt Brace,1998. Vol.II.Pp.1627-52.
- 9.-Beers.HM. Manual Merck de Geriatria.2da Ed. Madrid España, Editorial Harcourt ,2001. Pp.1025-35.



-
- 10.-Boucher,C.O,Chichey JC. Prótesis para el desdentado total 7a ed., St.Louis, Ed.Mosby, 1994. Pp.1-56
- 11.-Alonso AA,Albertini JS, Bechell AH. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Argentina,Ed. Médica Panamericana, 1999. Pp.133-155
- 12.-Zarb A.G, Bergam B, Clyton A.J, Mackay F.H. Tratamiento protodentico para el parcialmente desdentado,1-Ed. Argentina,1985. Ed.Mond ,Pp.5-30
- 13.-De la Fuente R, Psicología Médica, México,Editorial Cultura Económica,1994. Pp.91-150.
- 14.-Barros LC,Anzola PE, Galinsky D, Morales MF, Salas A; Washington, Aspectos sociales del envejecimiento. Editores La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación Científica No.549.:OPS/OMS;1994.Pp.57-66.
- 15.-Arronte MF, Academia 2, Tópicos de Gerontología, México, Ed. Serie Monografías Científicas de las FES Zaragoza, UNAM; 2004.Pp.19-41.
- 16.-Ortiz de la Huerta D. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En Academia Nacional de Medicina; programa Nacional de Actualización y desarrollo Académico para el Médico General, Libro7 Geriatria. México D.F.,Intersistemas SA de CV 2000.Pp48-54.
- 17.-Gutiérrez RLM. Llaca MC. Nutrición en el anciano. En: Casanueva E, Kaufer OM, Pérez LAB, Arrollo P editores. Nutriología medica. 2ª edición: Editorial Medica Panamericana/Fundación Mexicana para la salud; 2001.



18.-Mendoza VM, Martínez MM, Vargas GLA; Gerontología comunitaria, 1ª Ed. México D.R. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, 2004;Pp.32-36.

19.-McGivney GP, Carr AB; Prótesis parcial removible, 10ed. México, Editorial medica panamerica,2004; Pp.1-18

20.-Aranza OT. Calidad de la prótesis dental en el adulto mayor; Rev. Dentista y Paciente,2003(11)31;Pp.1-18

21.-Ferez JJ, Hernández ERI, González-Celis AL, La percepción de la salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. ADM,2003(50)1;19-24

22.-Hé Hernández ERI, Férrez JJ, González-Celis AL, Fulgencio GAA. Efectos de la depresión en la percepción de la salud y calidad de vida en adultos mayores. ADM, 2006(53)2;62-68.

23.-Guzman DLM, Zarate GO. Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para pacientes ancianos. ADM,2005;(52)1;36-39.

24.-Hé Hernández-Mejía R, Calderón-García R, Fernández-López JA. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. RCOE,2006(11)2;181-191

25.-Miguel JA, Ortiz HD. Gerontología, Geriatria y Medicina Interna, Publicación original, departamento de Salud bucal Pública. Facultad de Medicina, UNAM 2006, Pp.7-20.



26.-Ángeles MF, Navarro BE. Prótesis Bucal Removible, México 1ª Ed. Editorial Trillas;1998, Pp.13-32.

27.-Llena PJM. Prótesis completa, 1ª Ed. Editorial Laboral,1988, Pp. 25-28.

29.-Reyes C.A, Llanos G. La Alegría de Publicar. Rev. Colomb Med. 2001. Pp. 93-95.

30.-Ogalde. Barbaid E. Los Materiales Didácticos. 1-ed. Editorial Trillas, 1992. Pp. 51-77, 89-100.

31.-<http://www.trfoldbrochuredesing.com/que-es-brochure-triptico.aspx>

REFERENCIAS DE LAS IMAGENES

32.- Fig. 6.4,6.14:

http://www.geología.unam.mx/SeGeoMet/Imagenes%20segeo/ESCUDO_UNAM.jpg

33.- Fig. 6.5:

<http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/Media/CDR0000415510.jpg>

34- Fig. 6.6,6.8,6.9:

<http://blog.dscyoffice.net/images/CIMG0161.JPG>

35.- Fig. 6.7:

<http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/c/c5/Smt073.jpg/250px-Smt073.jpg>

36.- Fig. 6.3,6.10,6.11,6.12,6.13: <http://www.depapaya.org/img/viejitos.JPG>



ANEXOS



Cuestionario de encuesta aleatoria (anexo 1)

Edad: _____ Sexo: _____

Motivo principal de la consulta: _____

Marque con una X en SI o NO.

	SI	NO
1. ¿Limita el tipo y la cantidad de comida que ingiere por problemas con sus dentaduras o prótesis removibles?		
2. ¿Tiene problemas al morder o masticar cualquier tipo de alimento?		
3. ¿Sus dentaduras o prótesis le impiden hablar en la forma que usted quiere?		
4. ¿Se le mueve cuando habla o cuando come?		
5. ¿Se la baja o se le sube cuando habla o cuando come?		
6. ¿Le gusta su dentadura o prótesis, el color o el tamaño de los dientes?		
7. ¿Se siente cómodo o a gusto con su dentadura?		
8. ¿Cree que es normal que se le mueva o que se le baje la dentadura o prótesis cuando habla o cuando come?		
9. ¿Le han dicho que cuando come con sus dentaduras o prótesis tiene que pasar la comida de los dos lados de su boca?		
10. ¿Evita el contacto con las personas por condición de sus dentaduras?		
11. ¿Se siente nervioso(a) ó intranquilo (a) por problemas de sus dientes o dentaduras?		
12. ¿Le han dicho como cuidar de su dentadura o prótesis?		
13. ¿Le han dicho cuanto tiempo le va a durar su dentadura o prótesis?		



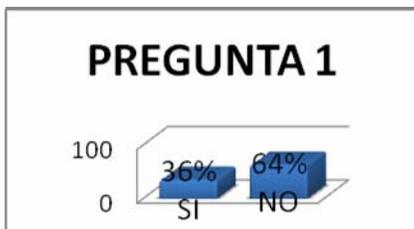
Resultados estadísticos (anexo 2)

1. Limita el tipo y la cantidad de comida que ingiere por problemas con sus dentaduras o prótesis removibles?

En esta pregunta respondieron 36% que sí y 64% que no; por lo que respecta en el género 14% Masculino y 22% Femenino respondieron que sí; 28% masculino y 36% femenino respondieron que no.

TABLA 1	PORCENTAJE
SI	36%
NO	64%
TOTAL	100%

TABLA 1	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	14	28
F	22	36
TOTAL	36%	64%

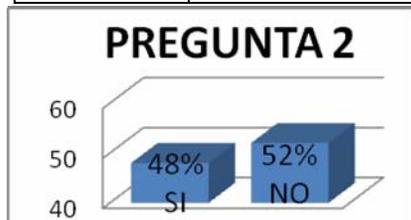


2. ¿Tiene problemas al morder o masticar cualquier tipo de alimento?

En esta pregunta respondieron 48% que sí y 52% que no; por lo que respecta en el género 18% masculino y 30% femenino respondieron que sí; 24% masculino y 28% femenino respondieron que no.

TABLA 2	PORCENTAJE
SI	48%
NO	52%
TOTAL	100%

TABLA 2	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	18	24
F	30	28
TOTAL	48%	52%



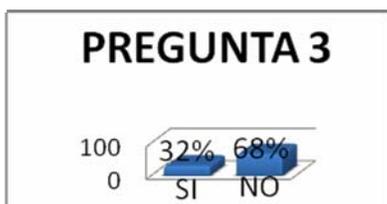


3. ¿Sus dentaduras o prótesis le impiden hablar en la forma que usted quiere?

En esta pregunta respondieron 32% que sí y 68% que no; por lo que respecta en el género 13% masculino y 19% femenino respondieron que sí; 29% masculino y 39% femenino respondieron que no.

TABLA 3	PORCENTAJE
SI	32%
NO	68%
TOTAL	100%

TABLA 3	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	13	29
F	19	39
TOTAL	32%	68%

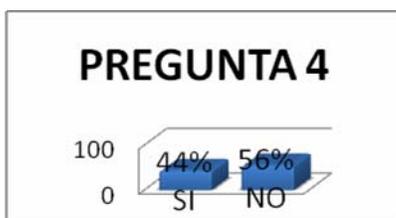


4. ¿Se le mueve cuando habla o cuando come?

En esta pregunta respondieron 44% que sí y 56% que no; por lo que respecta en el género 17% masculino y 27% femenino respondieron que sí; 25% masculino y 31% femenino respondieron que no.

TABLA 4	PORCENTAJE
SI	44%
NO	56%
TOTAL	100%

TABLA 4	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	17	25
F	27	31
TOTAL	44%	56%



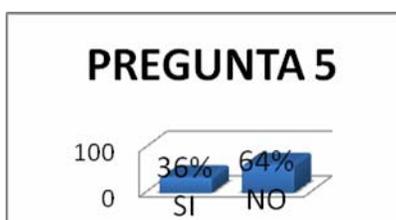


5. ¿Se le baja o se le sube cuando habla o cuando come?

En esta pregunta respondieron 36% que sí y 64% que no; por lo que respecta en el género 15% masculino y 21% femenino respondieron que sí; 27% masculino y 37% femenino respondieron que no.

TABLA 5	PORCENTAJE
SI	36%
NO	64%
TOTAL	100%

TABLA 5	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	15	27
F	21	37
TOTAL	36%	64%

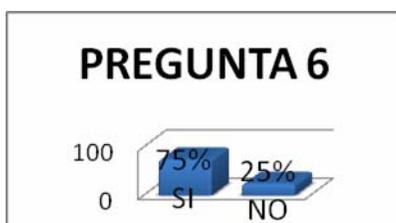


6. ¿Le gusta su dentadura o prótesis, el color o el tamaño de los dientes?

En esta pregunta respondieron 75% que sí y 25% que no; por lo que respecta en el género 30% masculino y 45% femenino respondieron que sí; 12% masculino y 13% femenino respondieron que no.

TABLA 6	PORCENTAJE
SI	75%
NO	25%
TOTAL	100%

TABLA 6	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	30	12
F	45	13
TOTAL	75%	25%



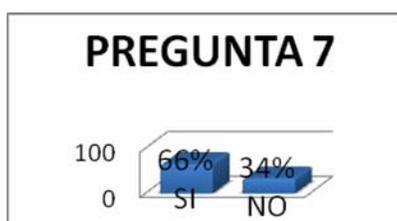


7. ¿Se siente cómodo o a gusto con su dentadura?

En esta pregunta respondieron 66% que sí y 34% que no; por lo que respecta en el género 29% masculino y 37% femenino respondieron que sí; 13% masculino y 21% femenino respondieron que no.

TABLA 7	PORCENTAJE
SI	66%
NO	34%
TOTAL	100%

TABLA 7	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	29	13
F	37	21
TOTAL	66%	34%

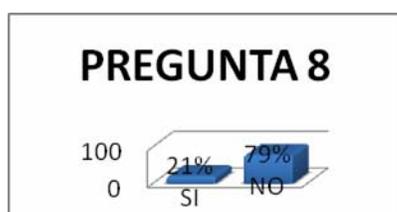


8. ¿Cree que es normal que se le mueva o que se le baje la dentadura o prótesis cuando habla o cuando come?

En esta pregunta respondieron 21% que sí y 79% que no; por lo que respecta en el género 12% masculino y 9% femenino respondieron que sí; 30% masculino y 49% femenino respondieron que no.

TABLA 8	PORCENTAJE
SI	21%
NO	79%
TOTAL	100%

TABLA 8	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	12	30
F	9	49
TOTAL	21%	79%



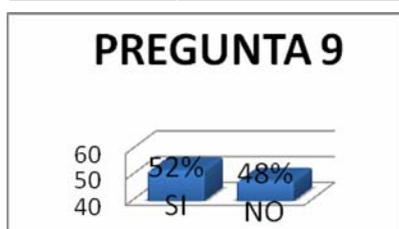


9. ¿Le han dicho que cuando come con sus dentaduras o prótesis tiene que pasar la comida de los dos lados de su boca?

En esta pregunta respondieron 52% que sí y 48% que no; por lo que respecta en el género 24% masculino y 28% femenino respondieron que sí; 18% masculino y 30% femenino respondieron que no.

TABLA 9	PORCENTAJE
SI	52%
NO	48%
TOTAL	100%

TABLA 9	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	24	18
F	28	30
TOTAL	52%	48%

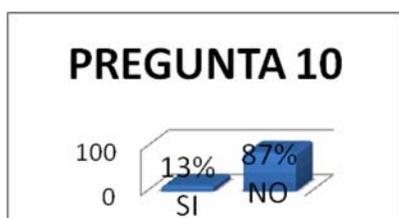


10. ¿Evita el contacto con las personas por condición de sus dentaduras?

En esta pregunta respondieron 13% que sí y 87% que no; por lo que respecta en el género 4% masculino y 9% femenino respondieron que sí; 38% masculino y 49% femenino respondieron que no.

TABLA 10	PORCENTAJE
SI	13%
NO	87%
TOTAL	100%

TABLA 10	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	4	38
F	9	49
TOTAL	13%	87%



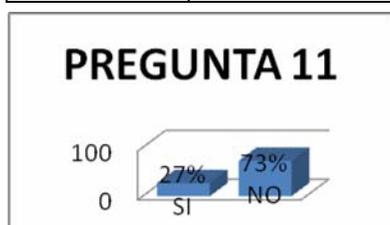


11. ¿Se siente nervios(a) ó intranquilo(a) por problemas de sus dientes o dentaduras?

En esta pregunta respondieron 27% que sí y 73% que no; por lo que respecta en el género 11% masculino y 16% femenino respondieron que sí; 31% masculino y 42% femenino respondieron que no.

TABLA 11	PORCENTAJE
SI	27%
NO	73%
TOTAL	100%

TABLA 11	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	11	31
F	16	42
TOTAL	27%	73%

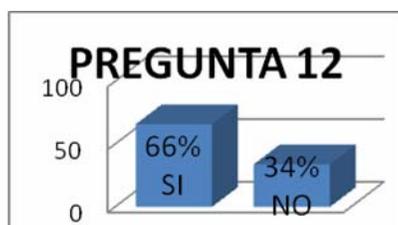


12. ¿Le han dicho como cuidar su dentadura o prótesis?

En esta pregunta respondieron 66% que sí y 34% que no; por lo que respecta en el género 30% masculino y 36% femenino respondieron que sí; 12% masculino y 22% femenino respondieron que no.

TABLA 12	PORCENTAJE
SI	66%
NO	34%
TOTAL	100%

TABLA 12	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	30	12
F	36	22
TOTAL	66%	34%



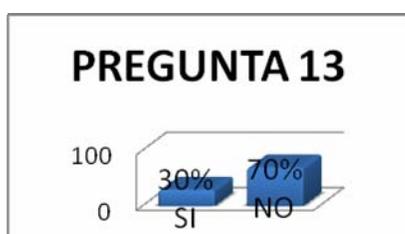


13. ¿Le han dicho cuanto tiempo le va a durar su dentadura o prótesis?

En esta pregunta respondieron 30% que sí y 70% que no; por lo que respecta en el género 10% masculino y 20% femenino respondieron que sí; 32% masculino y 38% femenino respondieron que no.

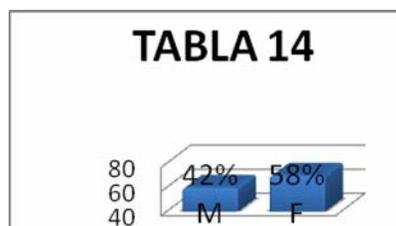
TABLA 13	PORCENTAJE
SI	30%
NO	70%
TOTAL	100%

TABLA 13	PORCENTAJE	PORCENTAJE
GENERO	SI	NO
M	10	32
F	20	38
TOTAL	30%	70%



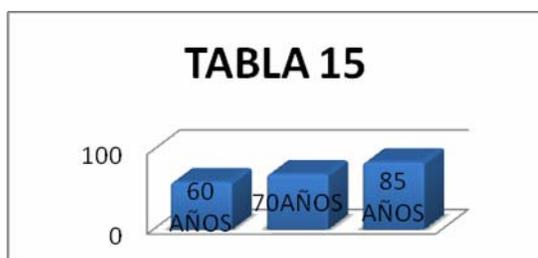
14. Por género; en el masculino fue de 42% y en el femenino fue de 58% sumando; el total fue de 100%

TABLA 14	PORCENTAJE
GENERO	SI
M	42
F	58
TOTAL	100%



15. Por edad; la mínima fue de 60 años, la media fue de 70 años y la máxima fue de 85 años.

TABLA15	MÍNIMA	MEDIA	MAXIMA
EDAD	60	70	85





Cuestionario del sondeo (anexo 3)

	SI	NO
¿LE GUSTA LA PRESENTACIÓN?		
¿EL LENGUAJE CON QUE ESTÁ ESCRITO ES ENTENDIBLE?		
¿ENTENDIO USTED EL MENSAJE?		
¿LE GUSTARIA CONSERVAR ESTO PARA SEGUIR SUS RECOMENDACIONES?		

RECOMENDACIONES DEL ADULTO

MAYOR: _____
