



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD ORAL DEL  
PACIENTE GERIÁTRICO. ASOCIACIÓN PARA AYUDA  
DE ANCIANOS. I.A.P. XOCHIMILCO. 2012.**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N O   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

MARCO ANTONIO VIDAL VERGARA

TUTOR: Esp. RAÚL LEÓN AGUILAR

ASESORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS.**

No me siento viejo, pero noto que hay ciertas cosas  
que no me atraen tan fácilmente como antes.

Robert Allen Zimmerman

A Dios

Por permitirme vivir este proceso y mantenerme firme.

A mis Abuelos:

Anselma, Lauro. Marcelina y a mi abuelo Rodolfo, a quien pronto volveré a ver.

A mis Padres:

Que pese a las carencias me dieron todo y estuvieron siempre a mi lado, me otorgaron confianza y valores que siempre mantendré.

A mi hermano Jorge y mi hermana adoptiva Diana, que se que estarán conmigo en todo.

A mi Tutor : Esp. Raúl León Aguilar

Por la dirección y los consejos, la honestidad con que me hablo y decirme como son las cosas y como deberían ser. Gracias por el tiempo que me proporcionó.

A mi Asesora: Mtra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo

Por las noches en vela y a pesar de que es una persona con muchas tareas siempre me procuró y asistió en la realización de este trabajo

A mis amigos:

Por estar siempre conmigo y transmitirme confianza .Gracias: Escudero, Juan , Aurelio, Humberto, Luis Herrera, Oscar. Mauricio, Ulises y a todos los que tuve el placer de conocer en esta etapa.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en particular a la Facultad de Odontología por darme herramientas para la vida.

## INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	7
2.1 Marco Teórico	11
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4. JUSTIFICACIÓN	28
5. HIPÓTESIS	29
6. OBJETIVOS	30
6.1 General	30
6.2 Específicos	30
7. METODOLOGÍA	31
7.1 Material y método	31
7.2 Tipo de estudio	34
7.3 Población de estudio	34
7.4 Muestra	34
7.5 Criterios de inclusión	34
7.6 Criterios de exclusión	34
7.7 Variables de estudio	35
7.8 Operacionalización de las variables	35

7.9 Recursos	36
7.9.1 Humanos	36
7.9.2 Materiales	36
7.9.3 Financieros	36
7.10 Consideraciones Bioéticas	36
8. Resultados	38
9. Conclusiones	48
10. Referencias Bibliográficas	49
11. Anexos	54



## **1. Introducción.**

Las personas de la tercera edad tienen necesidades dentales significativas. La higiene oral deficiente y la pérdida de la destreza manual, dentaduras deterioradas pueden disminuir la función masticatoria y por ende, la deglución y fonación. Este hecho puede comprometer su salud sistémica y más aún cuando se habla de enfermedades crónicas ya que es mayor el riesgo de enfermedades oportunistas.

La comprensión de estas necesidades permite la actualización de conocimiento ya alcanzado, comparándolo y asociándolo para acceder así a un nuevo entendimiento de las afecciones bucales ya que la finalidad de todo odontólogo es ayudar a la sociedad a lograr y conservar la salud oral a lo largo de la vida.

Este sector de la población ya asume que el resultado lógico de la vejez es la pérdida dental y la enfermedad de las encías. Es evidente que las personas de la tercera edad requiere de mayor atención médica que personas de menor edad porque son más vulnerables a enfermedades.<sup>1</sup>

A pesar de las grandes mejoras experimentadas por la salud bucodental de la población en varios países, a nivel mundial sigue habiendo rezagos. La carga de enfermedades bucodentales es particularmente alta en los grupos de población desfavorecidos, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Las enfermedades bucodentales son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, y una mala salud bucal tiene profundos efectos en la salud y calidad de vida.



La OPS reconoce que la salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. Y que la mayoría de las enfermedades bucales están distribuidas de manera desigual entre la población; si bien la caries dental y las enfermedades periodontales, son sumamente prevalentes en toda la región, son más graves entre las personas de bajos ingresos y con poco nivel de instrucción.<sup>2</sup>

Por lo tanto el presente estudio tiene como propósito implementar y evaluar un curso de Educación para la Salud en una muestra de personas de la tercera edad que proporcionará y evaluará estrategias para el conocimiento de prácticas saludables que les permitan conservar y mantener hábitos para la prevención de la salud bucodental.

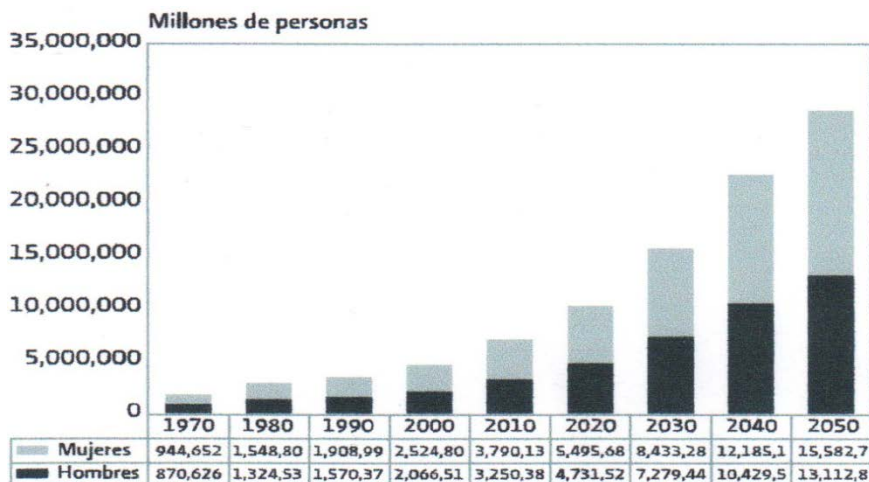
## 2. ANTECEDENTES

Un aspecto importante en las sociedades modernas es el envejecimiento de la población, ya que tiene importantes consecuencias y ramificaciones en todas las facetas de la vida humana.

El envejecimiento de la población en México se ha hecho evidente a partir de la última década del siglo XX e inevitablemente será el cambio demográfico más notorio del siglo XXI. El número y proporción de la población de edades avanzadas aumenta con respecto a los otros grupos de edad, en un proceso que finalmente supone una estructura de población continuamente envejecida.<sup>2</sup>

El INEGI hace notar que el número de personas de más de 65 años aumento paulatinamente entre 1970 y 2010, al pasar de 1.8 a 7.0 millones después de 2010 las proyecciones muestran una aceleración en el crecimiento de la población de más de 65 años, esperando que sean 28.7 millones en 2050. Dentro de esta proyección hay mayoría de mujeres que hombres.

INEGI Población de [65+] por sexo. México, 1970-2050



Fuente: INEGI. IX Censo General de Población ,1970. Población Media  
Estimaciones del Consejo Nacional de Población. Población Media  
1980-200





Por ello en el área odontológica se deben preparar estrategias para dar respuesta a las necesidades que este sector de la población demandará a corto plazo.

Las enfermedades bucales han dejado de ser vistas solo como un problema aislado, por lo que es relevante mejorar en ellos la salud oral y lograr que la consideren como una fuente de bienestar físico. Por su alta morbilidad, la enfermedad bucal se encuentra entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país y constituyen los principales gastos económicos del sistema de salud y de la población.<sup>3,4</sup>

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Salud bucal se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal.<sup>4</sup>

La poca utilización de servicios y el desinterés en el cuidado de las prótesis provoca que éstas se encuentren en malas condiciones, y con ello lesionen los tejidos bucales. Las personas de la tercera edad requieren de una visión diferente, tratamiento adecuado y conocimientos de como los cambios físicos propios de la vejez afectan a la salud bucal. El curso y pronóstico de la enfermedad es diferente en las personas de la tercera edad comparado con los adultos jóvenes; de ahí que el diagnóstico y el tratamiento en estos pacientes resulte insuficiente e incluso incorrecto, si no se consideran las modificaciones orgánicas, fisiológicas y funcionales propias del envejecimiento, así como los cambios normales en el organismo.<sup>1,4</sup>

El gobierno federal, para reducir el impacto de las enfermedades bucales en la población, ha instituido el Programa de Salud Bucal (PBS), que si bien ha



cambiado de denominación a lo largo de los años, sus orígenes datan de los años sesenta.<sup>1</sup>

Actualmente es un área de la Secretaría de Salud que depende directamente de la dirección General Adjunta de Programas Preventivos del Centro Nacional de Programas.<sup>1</sup>

Irigoyen realizo, en el año 1999, un estudio sobre la caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de más de 60 años de edad de la Ciudad de México. El 23.6% de la población era edéntula. El índice de caries dental CPOD fue de 16.3. El índice CPITN (Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento) mostró que aproximadamente el 50% de la población tenía bolsas periodontales. Los resultados muestran un importante deterioro en la salud bucal del grupo etario examinado.<sup>5</sup>

Por otro lado Esquivel H. y cols, realizaron un estudio de la funcionalidad de la cavidad bucal para alimentarse en adultos mayores. El grupo estuvo conformado por 116 hombres y 219 mujeres con una edad promedio de 69.9 años. En la revisión clínica de la cavidad bucal se evaluaron las condiciones de los dientes y encontraron que para los hombres el promedio de dientes cariados fue de 4.62, perdidos 17.84, y obturados 1.84 y el CPOD fue de 24.30 y para las mujeres los cariados fueron 3.79, perdidos 18.51, obturados 1.94 y el CPOD fue 24.25. Se determinó que la percepción de sabores está relacionada estadísticamente con la sensación de tener la boca seca.<sup>6</sup>

Existen estudios que se abocaron a la determinación de caries, al respecto se observó en una muestra de 100 individuos que el 87.1% de los adultos mayores dentados (47% del total de los mayores evaluados) tenían



necesidad de atención profesional por enfermedad periodontal, y el 90.7% de este mismo grupo (50% del total) tenían necesidad profesional por caries dental. El 67% de los mayores evaluados necesitaban prótesis dental (reparación, prótesis parcial y/o prótesis completa) y solo el 24% había visitado al odontólogo en el último año.<sup>7</sup>

Taboada O. Mendoza M., en el año 2000, con el propósito de conocer la prevalencia de caries coronal realizaron un estudio en una población de la tercera edad en el Estado de México, conformada por 61 personas de 60 a 90 años de edad 77% del sexo femenino y 23% del masculino y los resultados señalaron que el sexo masculino es el más afectado ya que presenta un CPOD de 19.7 ( $\pm$  7.6) con respecto al sexo femenino el cual tiene un CPOD de 17.9 ( $\pm$ 7.7) .el menor promedio de caries coronal se presentó en la edad de 66 a70 años.<sup>8</sup>

Adriano A. y col., en el año 2008, demuestran la magnitud de los problemas de salud bucal en una muestra de 322 personas de la tercera edad de la delegación Milpa Alta en la que hacen evidente que, el 72 % de los dientes se han perdido por caries dental o enfermedad periodontal, en consecuencia el personal de la salud, enfrenta una problemática particular en ese grupo etario.<sup>9</sup>



---

---

## **2.1 MARCO TEÓRICO**

### **DEFINICIONES.**

Se considera adulto mayor a toda persona cuya edad cronológica corresponda a 65 años o más. Sin embargo, debido al aumento de la esperanza de vida, pueden distinguirse tres grandes grupos para clasificar a las personas mayores:

Ancianos jóvenes: Entre 65-74 años

Ancianos: Entre 75-84 años

Ancianos viejos: Personas de más de 85 años.<sup>10,11</sup>

Hay otras maneras de nombrar a la vejez como son Tercera edad, segunda mitad de la vida, geronte y adulto mayor. Cada una de ellas tuvo un contexto histórico y social que permitió su nacimiento.

El concepto más usado es el de Tercera edad, el cual nace en Francia en 1961, con el fin de mostrar la posibilidad de una nueva etapa por vivir, desarrollando una imagen de vejez activa, autónoma e insertada socialmente. Este concepto está relacionado con la incorporación de los adultos mayores a nuevas políticas sociales, en el período de desarrollo del estado de bienestar.<sup>12</sup>



---

---

## **Gerontología y Geriatría**

Desde el punto de vista etimológico, geriatría es la medicina de los ancianos. Esta definición incluye, la asistencia médica; es decir, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica.<sup>13</sup>

### **Gerontología**

Ciencia multidisciplinaria, es el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias, esta definición comprende desde los organismos unicelulares hasta los más complejos terminando con el hombre.

El envejecimiento no solo tiene consecuencias biológicas sino también, psicológicas y socioeconómicas y en este sentido se superponen los términos Geriatría y Gerontología hasta ser casi sinónimos.<sup>13</sup>

## **ASPECTOS BIOLÓGICOS EN LA TERCERA EDAD.**

### **Cambios fisiológicos**

Con el envejecimiento ocurre una pérdida gradual en la función de la mayor parte de los órganos y tejidos del cuerpo. Esto ocurre lentamente y varía según la genética, las enfermedades, los eventos de la vida, y al acceso de los medios para el cuidado de la salud.



## Constitución corporal

Durante la edad adulta existe un decremento constante de la masa corporal un 6.3% por cada 10 años de vida. Como el tejido proteínico es el más activo desde un punto de vista fisiológico, su decremento causa un índice metabólico basal menor (disminuye un 20%). La densidad ósea también disminuye con la edad, por lo regular entre los 30 y 40 años de edad, comienza a ocurrir, con un exceso de resorción en relación a la formación de hueso. En consecuencia la masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad de hueso) y quebradizos. Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.<sup>14</sup>

Estos cambios afectan principalmente a las mujeres, debido a las siguientes causas:

- 1.-Mayor pérdida de calcio.
- 2.-Factores genéticos
- 3.- Factores hormonales (menopausia)
- 4.- Inactividad física
- 5.-Consumo de tabaco y alcohol
- 6.-Malos hábitos de alimentación.

Las articulaciones se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debido a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones.



La principal consecuencia es el dolor. También se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro.

Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.<sup>14</sup>

## **Aspectos bucales del envejecimiento.**

### **Mucosa bucal**

En la mucosa bucal de las personas de la tercera edad existe atrofia del epitelio, disminución de la queratina y de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancia intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis.<sup>15</sup>

La mucosa bucal también presenta cambios relacionados con los factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la desnutrición, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos, hábitos nocivos, volviéndose más delgada, lisa y seca, al tiempo que se torna permeable a sustancias nocivas y más propensa a enfermedades como el carcinoma epidermoide bucal y penfigoide, los cuales son frecuentes en los adultos mayores.<sup>16</sup>

Es responsable de la absorción de medicamentos y otras sustancias, así como de conservar la hidratación del aire inspirado y regular su temperatura. En los adultos mayores, la mucosa se presenta pálida por disminución u obliteración de capilares submucosos, se encuentra adelgazada y frágil debido a un tejido conectivo deficiente, por lo que tiende a lesionarse con mayor facilidad.<sup>17</sup>



Figura1. Fuente: <http://www.redoe.com>

## Esmalte

El esmalte dental es el tejido mineralizado y por tanto el más duro del cuerpo humano. El espesor del esmalte varía dependiendo del órgano dentario (anterior o posterior y de su anatomía, es mayor en el borde incisal

y en las cúspides adelgazándose conforme llega al margen cervical. El color del esmalte dental varía y depende del espesor. El grado de transparencia del tejido es mayor con la edad.<sup>17</sup>

El esmalte dental es un tejido vital y es incapaz de reemplazarse, con la edad se deteriora progresivamente y las facetas de desgaste se hacen más pronunciadas en las personas ancianas, también hay cambios de permeabilidad.<sup>17</sup>



Figura 2. <http://www.ecured.cu>

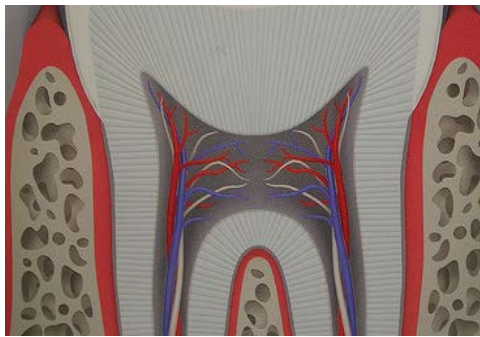
## Dentina

La dentina por contener prolongaciones citoplasmáticas de los odontoblastos, durante toda la vida del diente se producirá en ella depósito continuo ya sea por razones fisiológicas o por estímulos patológicos.



Los principales cambios de la dentina asociada al envejecimiento incluyen el aumento de la dentina secundaria, el aumento de dentina esclerótica, los cuales se expresan por depósitos de capas nuevas de dentina. Estas nuevas capas se forman en condiciones normales y durante toda la vida.

Con la edad, la cavidad pulpar se hace más pequeña por la continúa aposición de dentina secundaria y como consecuencia, existe una tendencia a la eventual obliteración de la cámara pulpar.<sup>17</sup>



### Pulpa

La pulpa se afecta con el proceso de envejecimiento y se producen cambios en el volumen por el efecto del tiempo, por efecto de lesiones o por ambos, con formación de tejido calcificado. Estas

Figura 3. <http://www.ecured.cu>

calcificaciones son de dos tipos: cálculos pulpaes o dentículos y calcificaciones difusas. Los cálculos pulpaes están formados por la precipitación de sales minerales. de acuerdo a su estructura pueden ser verdaderos si poseen túbulos dentinarios y falsos si solo muestran capas concéntricas de tejido mineralizado. Las calcificaciones difusas, aparecen en especial en los conductos radiculares y se considera que aumentan en frecuencia con la edad.<sup>18</sup>

La disminución del tamaño de la pulpa está relacionada con la reducción en el número de vasos sanguíneos y nervios. La fibrosis sucede en relación con el grado de degeneración vascular y nervioso y las fibras gruesas de colágena pueden servir como base de calcificaciones pulpaes.<sup>19</sup>

## Ligamento periodontal

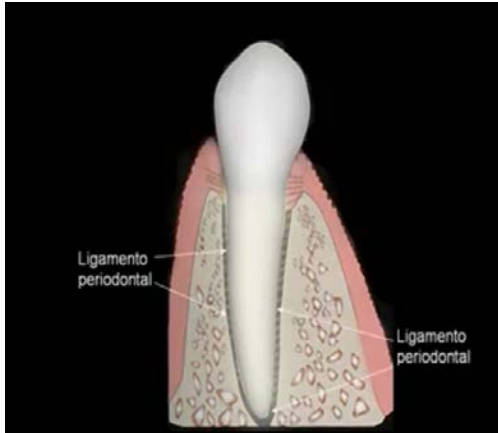


Figura 4. Fuente: <http://www.mvcodontologia.com.ar>

Es un tejido conectivo, situado entre el cemento que cubre la raíz del diente y el hueso alveolar. Su función principal es sustentar al diente dentro del alveolo y actuar como receptor sensorial y propioceptivo.

Los elementos más importantes del ligamento periodontal son las fibras principales, las cuales son de colágena, se encuentran distribuidas en haces y siguen un curso ondulado. Los extremos terminales de las fibras principales que se insertan en cemento se llaman fibras de Sharpey.<sup>20</sup>

Las fibras principales del ligamento periodontal se dividen en seis grupos y son: transeptales, de la cresta alveolar, horizontales, oblicuas, apicales e interradiculares.

La disposición y dirección de las fibras se relaciona con la fase de la erupción y la altura de la cresta alveolar.<sup>20</sup>

Entre los cambios en el ligamento periodontal que se informa están relacionados con el envejecimiento se incluyen un aumento en las fibras elásticas y cambios arterioscleróticos, pero disminuye la vascularidad y la actividad mitótica, hay una disminución en el número de fibroblastos y una estructura más irregular.<sup>21</sup>

Se describe también un incremento y disminución en el ancho del ligamento, esta contradicción refleja el estado funcional de los dientes, porque el ancho del espacio disminuye si el diente no tiene opuesto (hipofunción) o aumenta



con una carga oclusal excesiva. Ambos casos se pueden anticipar como resultado de la pérdida dentaria en esta población.<sup>20</sup>

## **Cemento**

El cemento es un tejido conectivo mineralizado, cubre y protege la totalidad de la superficie radicular del diente, desde el cuello anatómico hasta el ápice: Este tejido no está vascularizado y carece de inervación propia.

Hay dos tipos principales de cemento y son: Cemento acelular (primario) y el celular (secundario). Ambos constan de una matriz interfibrilar calcificada y de fibrillas de colágeno.<sup>20</sup>

Cemento acelular: Es el primer cemento que se forma, cubre casi la mitad cervical de la raíz, y no contienen células. Este cemento se forma antes de que alcance el plano oclusivo. Las fibras de Sharpey constituyen la mayor parte de la estructura del cemento acelular, cuyo papel principal es dar soporte al diente.

Cemento celular: Es el que se forma después de que el diente alcanza el plano oclusivo, es más irregular y contiene células (cementocitos) en espacios individuales (lagunas) que se comunican entre sí a través de un sistema de canalículos conectados. El cemento celular se deposita sobre el cemento acelular durante el periodo funcional del diente<sup>17</sup>

Ambos tipos de cemento están dispuestos en laminillas separadas por líneas paralelas al eje longitudinal de la raíz.<sup>20</sup>

Con la edad la superficie del cemento se vuelve más irregular y hay menos fibras de Sharpey. Tanto el cemento acelular como el celular son muy

permeables y permiten la difusión de colorantes provenientes de la pulpa y la superficie radicular externa, con el paso del tiempo esta permeabilidad disminuye. Algunas anomalías del cemento celular suelen ser la aplasia o hipoplasia cementaria que se refiere a la ausencia o escasez de cemento, o como acumulación excesiva de cemento denominada hipercementosis o hiperplasia cementaria.<sup>20</sup>

El depósito de cemento es constante durante toda la vida. El espesor de cemento aumenta con la edad, es un hallazgo común que dicho espesor de cemento en un diente de una sola raíz se triplica entre la adolescencia y la tercera edad. Esto se debe a la compensación que hace el cemento con la atrición del esmalte.<sup>20</sup>

## **Cambios en la salud oral del adulto mayor.**

### **Enfermedad periodontal.**

La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos que tiene como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y hueso alveolar.<sup>20</sup>



La característica clínica de la periodontitis es la pérdida de la inserción acompañada de formación de bolsas y cambios en la densidad y la altura del hueso alveolar.<sup>20</sup>

Figura 5. Fuente: <http://mvcodontologia.com.ar>



La frase “se alargan los dientes” expresa una creencia popular de que la edad está inevitablemente relacionada con un aumento en la pérdida de inserción del tejido conectivo, pero esta observación también puede reflejar una exposición acumulativa a varios procesos destructivos. Estas exposiciones pueden incluir periodontitis asociada a biopelícula, trauma mecánico crónico por cepillado de dientes o daño iatrogénico por restauraciones desfavorables o raspados y curetajes repetidos. Los efectos de estas exposiciones actúan en una sola dirección es decir, aumentan la pérdida de inserción.<sup>20</sup>

La enfermedad periodontal constituye una causa trascendente en la pérdida de dientes en los adultos mayores. Existe una asociación positiva entre la enfermedad periodontal, los depósitos de biopelícula y la edad (sin embargo esta última por sí misma no es una causa de enfermedad periodontal).<sup>22</sup>

La boca del adulto consta de 32 dientes en total, la presencia o ausencia de los dientes naturales es en gran parte determinada por el avance de la enfermedad y tratamiento que recibe la población. Por otra parte, cuando hay factores como los hábitos de fumar y beber hace que exista un factor de riesgo mayor en la progresión de la enfermedad periodontal.<sup>21</sup>

El periodonto, reacciona de dos formas al proceso de envejecimiento: si hay poca higiene, la acumulación de biopelícula afecta a los tejidos periodontales, lo cual, provoca gingivitis y con el tiempo, en pacientes susceptibles, retracción, formación de bolsas y pérdida dental.<sup>21</sup>

## Edentulismo



Figura 6. Fuente: <http://www.biosalud.org/index>

Puede ser parcial o total y se define como la pérdida de uno, varios o todos los órganos dentarios. Se presenta aproximadamente en un 90% de los adultos mayores. Entre sus causas principales se encuentran la caries dental y la enfermedad periodontal.

Sánchez M y col. establecieron que de acuerdo con la clasificación de Kennedy de edentulismo parcial, para el maxilar superior el porcentaje más alto se obtuvo en la clase III, con el 34% y para el maxilar inferior fue la clase I con el 43.1%.<sup>23</sup>

Por su parte, Rosa E. y cols., en una muestra de 96 adultos mayores encontraron que a la edad de 65 años tienen un promedio de 20 dientes. El edentulismo en este estudio fue de 18.75%.<sup>6</sup>

El número promedio de dientes puede variar, mucho, en los individuos, según factores como el nivel educativo, y nivel socioeconómico. Se ha asociado que los individuos con más bajo índice escolar presentan los más altos índices de edentulismo.<sup>1</sup>

## XEROSTOMIA

La xerostomía es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivares y consiste en una disminución de secreción salival, denominada también boca seca, asialorrea o hiposalivación. La xerostomía predispone a enfermedades de la mucosa oral. La función protectora de la saliva esta

disminuida, por lo tanto, la mucosa oral se torna vulnerable a infecciones como candidiasis y lesiones aftosas.<sup>24</sup>

La saliva es esencial para la preservación de la salud oral, dentro de algunas de sus funciones están: el ayudar a la formación del bolo alimenticio, facilitar la fonación, aparte de tener función antimicrobiana. Los problemas que afectan su secreción son de alta incidencia en las personas de la tercera edad. Clínicamente existen dos tipos de trastornos los cuales ocasionan variaciones en el flujo de la saliva y estos son: sialorrea y xerostomía. La sialorrea es un aumento de saliva en la cavidad oral, mientras que la xerostomía es la disminución o pérdida de saliva en la cavidad oral, debido a una disminución en la producción o a un aumento de su consumo.<sup>25</sup>



Figura 7. Fuente: <http://www.deltadent.es>



Figura 8. Fuente: <http://www.deltadent.es>

La xerostomía tiene repercusiones en la ingesta de alimentos y bebidas, además de tener una influencia adversa en la calidad de vida. No existe una disminución fisiológica del flujo salival con el paso de los años. La xerostomía en las personas de la tercera edad, está relacionada a enfermedades sistémicas, a medicamentos, radioterapia y al Síndrome de Sjörgen.<sup>25</sup>

En un estudio realizado en México, encontraron que el 89% del total de los pacientes con xerostomía presentaban alguna enfermedad sistémica y los

que tuvieron tratamiento farmacológico eran el 96%. Los hombres resultaron ser el género más propenso a la xerostomía con un 79% mientras que las mujeres estuvieron en un 21% con la afectación.<sup>26</sup>

## SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE

El síndrome de la boca ardiente (SBA) es un cuadro clínico muy frecuente, caracterizado por una sensación espontánea anormal descrita por el paciente como quemazón, ardor, escozor, que afecta la mucosa bucal, generalmente en ausencia de datos clínicos y de laboratorio que justifiquen estos síntomas. La zona de mayor afección es la lengua (punta y bordes), por lo que se le ha llamado "glosodinia" y "glosopirosis" (lengua ardiente). Comúnmente, además de ardor, los pacientes experimentan síntomas tales como alteración del gusto, sensación punzante, sequedad e intolerancia a las prótesis.



Figura 9



Figura 10

Fuente. Síndrome Boca Ardiente AvOdontostomatol 23(3): 119-126

Es más frecuente en mujeres, tal como lo indica Rodríguez C. y cols, en un estudio donde el 90.4% eran mujeres y el 9.6% fueron hombres, la media de edad de la muestra fue 64.9 años en el mismo estudio más de la mitad de los





pacientes referían que las molestias se agravaban tras un periodo de tensión emocional. Así mismo la masticación de alimento actuaba como factor desencadenante en más del 50% de los pacientes.<sup>27</sup>

Ya que su etiología es desconocida se sugieren múltiples factores etiológicos de origen local, sistémicos y psicológicos. Es una enfermedad relativamente frecuente, de difícil manejo por la falta de terapéutica eficaz, ya que el curso evolutivo es crónico y la magnitud de los síntomas provocados varía de una molestia ligera a la interrupción completa de la función. Hay una asociación entre el SBA y la xerostomía, consumo de antihipertensivos y diuréticos.<sup>28</sup>

Dentro de los factores locales a considerar se toman en cuenta aquellos que tienen en común el actuar irritando directamente la mucosa bucal, pudiendo ser estos de distinta naturaleza, por ejemplo, los portadores de una prótesis mal ajustada, especialmente las de tipo removible, en donde la sensación de ardor puede estar relacionada con la producción de microtraumas y eritema local. Ciertas disfunciones y hábitos anormales también pueden actuar de forma mecánica, como el empuje lingual o determinados “tics”, donde se produce un frotamiento continuo sobre las prótesis o los dientes alterados.<sup>29</sup>



Figura 1: Candidiasis de la cavidad bucal. /scielo.org.ve/

## CANDIDIASIS ORAL

La candidiasis oral es la enfermedad infecciosa ocasionada por el crecimiento de las colonias de *Candida* y la penetración de la misma en los tejidos orales cuando las barreras físicas y las defensas del huésped

se encuentran debilitadas. La candidiasis es la enfermedad oral más frecuente en las personas de la tercera edad. Sin embargo, la tercera edad no se puede considerar como un factor predisponente en sí. La prevalencia de este factor va ligado a otras enfermedades sistémicas, tratamientos farmacológicos (antibióticos, corticosteroides), presencia de prótesis mucosoportadas y en ocasiones nutrición deficiente o hipovitaminosis los cuales son factores favorecedores de la candida.<sup>30</sup>

Este hongo es flora normal de la cavidad oral, pero frente a ciertos factores predisponentes son capaces de desarrollarse y producir la infección; principalmente el género de *Candida Albicans*. Las colonias de candida debajo de los aparatos protésicos y en relación directa con la mucosa palatina provocan q cambie su aspecto clínico. El tratamiento se basa en la erradicación de los factores locales y se recomienda retirarse las prótesis por periodos largos, tenerlas con buena higiene, así como la utilización de enjuagues bucales y una limpieza con antifúngicos.<sup>30</sup>

En la tercera edad son múltiples las modificaciones funcionales, que provocan enfermedades y sus secuelas. La pérdida progresiva de células y la alteración de los procesos celulares ocurren al mismo tiempo que los cambios de varias funciones orgánicas.



La pobre higiene oral, así como los depósitos de alimentos, bacterias y sus productos de degradación, junto con los microorganismos de la flora normal de la boca, producen irritación a las mucosas, favoreciendo la presencia de infecciones por oportunismo, con dependencia del nivel sistémico del paciente.<sup>31</sup>

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

Petersen y Yamamoto aseguran que el envejecimiento de la población es uno de los retos sociales más relevantes, y que uno de los puntos fundamentales es la prestación de los servicios de salud para garantizar el bienestar, con los programas educativos se les da un aporte para que adquieran conocimiento para el cuidado oral, y en ese sentido la promoción de la salud cumple un papel fundamental.<sup>32</sup>

El estado de salud oral se encuentra determinado por las afecciones dentales y el tratamiento que reciben las personas a lo largo de su vida.

A sí mismo la integración de la salud bucal dentro de las estrategias de promoción de la salud ha propiciado un cambio de actitud hacia la prevención, lo que ha influido en una modificación de hábitos, disminuyendo así los factores de riesgo a las enfermedades orales más comunes como lo menciona la Secretaría de Salud en su Programa de acción específico 2007-2012.

Schaefer y col. Aseguran que al promover nuevas percepciones, valores, actitudes y creencias sobre el cuidado de la salud oral de las personas de la tercera edad, son edificadas las bases de la transformación en la forma de ver la salud oral, distinguiéndose como un derecho del ser humano.<sup>33</sup>



Murillo-Bolaños señala que en su mayoría las personas de la tercera edad, adquieren conocimientos nuevos de una manera más lenta y diferente a como hacen los adultos jóvenes que manejan a la vez, la tecnología existente al momento. Pero cuando se trata de educar a personas mayores, se establecen vínculos de compromiso y empatía personal.<sup>34</sup>



---

---

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los adultos mayores han padecido de un deterioro en la salud oral debido, por un lado al envejecimiento que es un proceso natural por el cual todas las personas pasan y por el otro, a que son un grupo vulnerable más por las actitudes que toman asumiendo que vejez es sinónimo de pérdida dental, factor de riesgo que puede acelerar el desarrollo de cualquier enfermedad.

Uno de los principales problemas en la población de la tercera edad es la falta de conocimiento sobre higiene oral y los efectos devastadores que la caries dental conlleva y sobre todo, el desconocimiento acerca de las alteraciones del tejido de soporte y de revestimiento ya que la mayoría de las afectaciones bucales podrían ser prevenibles si adoptaran medidas que les permitieran mantener la salud bucodental.

Los programas de promoción de la salud son más frecuentes en personas más jóvenes y las personas de la tercera edad pocas veces son incluidas en ellos y si tenemos en cuenta que en este grupo poblacional la expectativa de vida va aumentando, y en algunos casos esta mejora en la calidad de vida es por estar incluidos en programas de beneficio social, por ello este grupo etario es el que demandará atención dental en las instituciones y presentan ya, rezagos de salud.

### **4. JUSTIFICACIÓN**

La evaluación de un programa de Salud oral en la Asociación para Ayuda del Anciano I.A.P, ayudará a la generación de conductas, que favorezcan la prevención y protección de la salud oral.

El programa tiene como propósito, hacer conciencia en las personas de la tercera edad, del valor que representa la salud oral como componente de la



salud general. En este contexto se proporcionara información que les permita entender por qué es importante mantener hábitos adecuados de higiene oral.

Se pretende, por tanto, que el conocimiento adquirido fomente el interés y compromiso de promover un entorno para conductas higiénicas.

## **5 HIPÓTESIS.**

**H<sub>0</sub>.**

No existen diferencias significativas en el promedio de conocimiento antes y después de un curso de Educación para la Salud dirigida a personas de la tercera edad residentes de la Asociación de Ayuda para Ancianos I.A.P.

**H<sub>1</sub>**

Existen diferencias significativas en el promedio de conocimiento antes y después de un curso de Educación para la Salud dirigida a personas de la tercera edad residentes de la Asociación de Ayuda para Ancianos I.A.P.



---

---

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Implementar y evaluar un programa de salud oral dirigido al paciente geriátrico. Que es asistido en la Asociación para ayuda de Ancianos. I.A.P. de la Delegación Xochimilco durante el periodo comprendido del 17 de septiembre al 15 de octubre del 2012.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

6.2.1. Determinar el nivel de conocimientos que sobre salud y autocuidado de la salud oral tienen los asistentes al curso por sexo y nivel de instrucción educativo

6.2.2 Definir el nivel de conocimientos que sobre salud y autocuidado de la salud oral tienen los asistentes antes y después de la implementación del Programa

6.2.3 Diseñar los contenidos del Programa en función a las enfermedades de mayor prevalencia a nivel oral, los factores de riesgo que las producen y las medidas preventivas aplicables a nivel del hogar

6.2.4 Evaluar el nivel de conocimientos posterior a la implementación del Programa educativo

6.2.5 Comparar si existen diferencias estadísticamente significativas del conocimiento sobre Salud Oral y actividades de autocuidado de la misma entre la pre y la post evaluación.

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó comunicación formal con la directiva de la Asociación para obtener el consentimiento para la realización del estudio. (Anexo 1).

A los asistentes se les explicó los objetivos del estudio y sus alcances y se solicitó firmar el consentimiento voluntario para participar. (Anexo 2)

En la segunda visita se les aplicó una encuesta (preevaluación) sobre conocimientos de salud bucal que los asistentes de la Asociación tienen, para poder identificar los principales problemas dentales que los aquejan y desarrollar los contenidos educativos del Programa. (Anexo 3)



Fuente directa



Fuente directa





La encuesta (Anexo 2) se diseñó con base a la escala de Likert la cual consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de las personas a los que se les administra y se les pide que elija una de las opciones de la escala a las cuales se les asigna un valor numérico.

En este caso las opciones fueron 3: De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo y En desacuerdo.

La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores alcanzados por cada frase.<sup>35</sup>

Los contenidos del programa se diseñaron tomando en cuenta:

- Biopelícula
- Caries
- Técnica de cepillado
- Enfermedad periodontal
- Alteraciones frecuentes en la cavidad bucal
- Higiene de prótesis dentales.

Se explicaron mediante 21 diapositivas:

- 2 diapositivas con información general de la cavidad oral, tejidos blandos, dientes, carrillos, comisuras de labios y aspectos sanos de estos tejidos
- 1 diapositiva con problemas frecuentes en la tercera edad como úlceras y cálculo

- 7 diapositivas con información de enfermedad periodontal mostrando efectos nocivos de placa de la biopelícula, cálculo, movilidad dentaria, retracción de encía, pérdida de hueso, y se insertaron dos videos
- 5 diapositivas con información de caries y 1 video.
- 3 diapositivas con información de candida, su aspecto clínico, factores de riesgo y prevención y tratamiento
- 3 diapositivas con videos insertados sobre medidas preventivas.

10 días después de la preevaluación se evaluaron los resultados del curso aplicando el mismo cuestionario (postevaluación) que se aplicó como preevaluación. Para determinar si existe diferencia en el puntaje obtenido por los participantes antes y después del curso se compararon los promedios grupales y en virtud a que se evidenció una diferencia se aplicó la prueba t (Student) para determinar que esas diferencias eran estadísticamente significativas y se debían a lo que incorporaron como aprendizaje debido al programa.



Fuente directa



Fuente directa



---

---

## **7.2 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio transversal.

## **7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población estuvo integrada por personas de la tercera edad de la Asociación para Ayuda de Ancianos I.A.P. Xochimilco, Distrito Federal.

## **7.4 MUESTRA**

Estuvo constituida por 20 personas de la tercera edad, ambos sexos de la Asociación para ayuda de Ancianos I.A.P.

## **7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Residentes de la Asociación para Ayuda de Ancianos I.A.P. ambos sexos.

Residentes de más de 65 años que deseen participar.

## **7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Residentes de la Asociación para Ayuda de Ancianos I.A.P. con alguna discapacidad para aportar datos a la encuesta.

Residentes menores de 65 años.

Residentes que no acepten participar.



## **7.7 VARIABLES DE ESTUDIO**

Variable independiente: Contenido del programa

Variable de pendiente: Conocimiento adquirido a través del curso de promoción de la Salud

## **7.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Edad	Se considerará en años cumplidos.
Género	Se determinará en masculino y femenino
Conocimientos sobre salud oral	se determinará mediante la encuesta basada en la escala de Likert con tres opciones de respuesta: <b><u>De acuerdo</u></b> <b><u>Ni acuerdo ni en desacuerdo</u></b> y <b><u>En desacuerdo.</u></b>



## **7.9 RECURSOS**

### **7.9.1 HUMANOS:**

Un tutor de tesina.

Un asesor de tesina.

Un tesista pasante de la Carrera Cirujano Dentista. UNAM.

### **7.9.2 MATERIALES**

40 encuestas impresas

20 plumas

1 computadora y un proyector de diapositivas

### **7.9.3 FINANCIERO**

Correrán a cargo del tesista.

## **7.10 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS**

En México el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación en seres humanos tiene lineamientos los cuales se siguieron, entre los que destacan se encuentran los siguientes artículos:

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.



Artículo 17, Categoría II.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios.

Artículo 21. En lo referente a la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.<sup>36</sup>

Así como los principios de la carta de Ottawa entre los cuales se encuentran:

El promocionar la salud para alcanzar un estado de bienestar físico

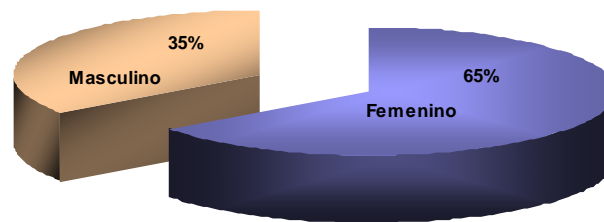
Desarrollar las aptitudes personales, para que los ciudadanos sean los más autónomos posibles y puedan libremente ejercer la responsabilidad necesaria para controlar mejor los factores que condicionan su salud.<sup>37</sup>

Por lo tanto este estudio no constituyó daño alguno y se guardó la confidencialidad del nombre de los participantes.

## **8. RESULTADOS**

En el presente estudio participaron 20 personas residentes de la Asociación para Ayuda de Ancianos I.A.P. de las cuales en términos de edad, los resultados obtenidos muestran que el género femenino es el de mayor porcentaje con un 65% con respecto al masculino con un 35%, en la Asociación que desearon participar. (Gráfica1)

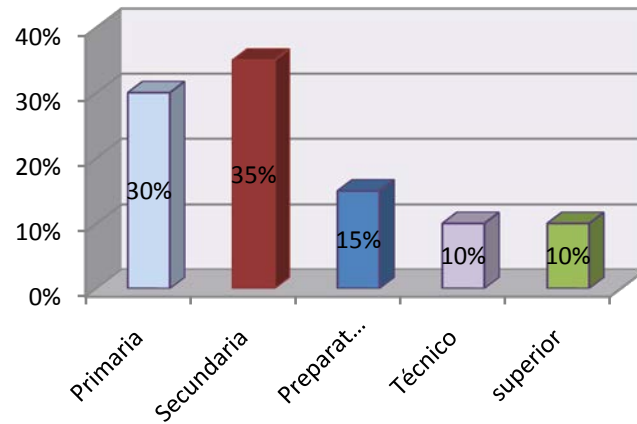
**Gráfica 1**  
Distribución porcentual por género de los participantes.



Fuente directa

En cuanto a la distribución por escolaridad se observó que el 35% sólo cuenta con estudios de secundaria, y sólo el 10% respondió tener educación superior. (Gráfica2)

**Gráfica 2**  
**Distribución porcentual de escolaridad de 20 personas de la tercera edad.**



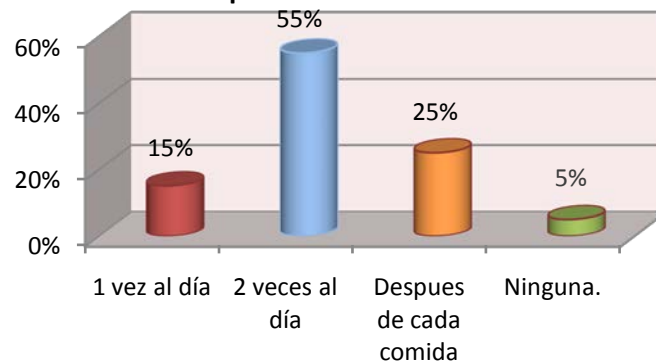
Fuente directa

## **HIGIENE BUCAL**

En lo que se refiere a la higiene bucal las personas encuestadas contestaron que todos se cepillaban los dientes.

El 55% relató hacerlo 2 veces al día y el 15% se cepilla 1 vez al día y el 25% después de cada comida. (Gráfica 3).

**Gráfica 3**  
**Distribución porcentual de frecuencia de cepillado de 20 personas de la tercera edad.**



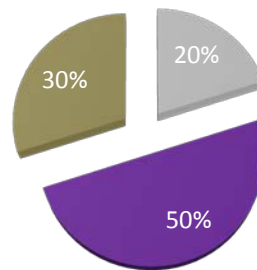
Fuente directa



El 50% de los encuestados se encuentra en el rango de edad de 71-80 años, el 30% corresponde al rango de más de 81 años y sólo el 20% corresponde al rango de 65-79 años. (Gráfica 4 y Cuadro 1)

**GRÁFICA 4**  
**Distribución porcentual de Edad. Asociación para Ayuda de Ancianos I.A.P. Xochimilco .2012.**

■ 65-70 ■ 71-80 ■ Más de 81



Fuente directa

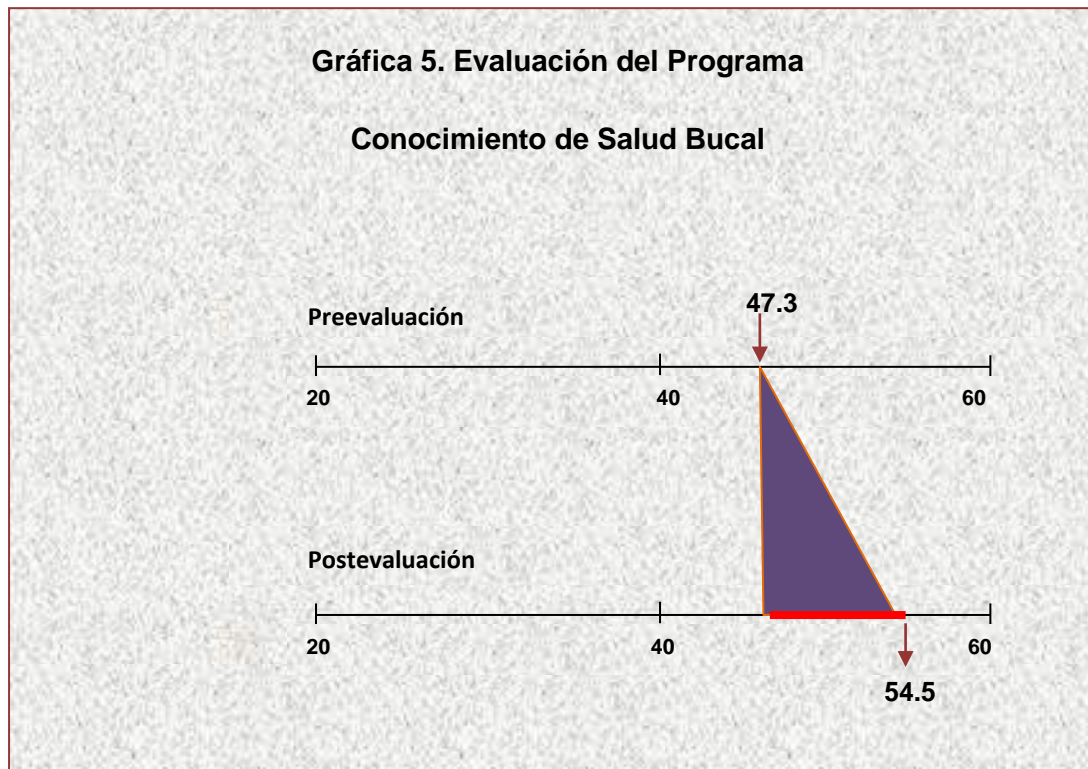
<b>CUADRO 1</b>		
<b>Distribución porcentual de edad de 20 participantes de la Asociación para Ayuda de Ancianos I.A.P. Xochimilco. 2012.</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>61-70</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
<b>71-80</b>	<b>10</b>	<b>50</b>
<b>81 y más</b>	<b>6</b>	<b>30</b>

Fuente directa



## CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL

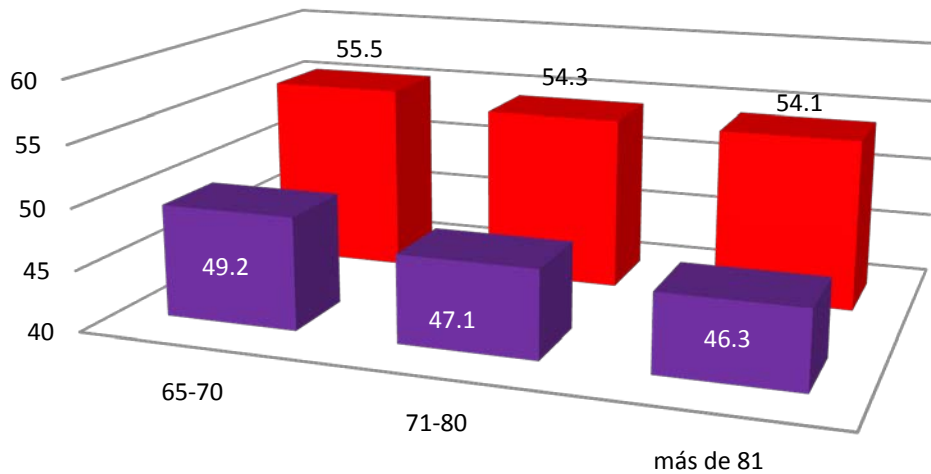
Respecto a la valoración de conocimientos antes y después de implementado el programa en la Asociación de Ayuda de Ancianos I.A.P. se observó que el promedio inicial sobre conocimientos de todos los participantes fue de 47.3 y el promedio aumentó después de implementado el programa a 54.5, es decir, la apropiación de conocimientos se debe a los contenidos del Programa de Salud Oral del Paciente Geriátrico y las diferencias, si fueron estadísticamente significativas ( $t=7.07, p<0.001$ )



Fuente directa

En lo referente a conocimientos adquiridos por intervalos de edad los resultados mostraron que el mayor avance puntual con respecto a la preevaluación el intervalo de edad de: más de 81 años fue el mayor y el menor aumento en el conocimiento fue el intervalo de 65-70 años

**GRÁFICA 6**  
**Comparativo por intervalo de edad entre pre y postevaluación.**



Fuente directa

■ Preevaluación ■ Postevaluación

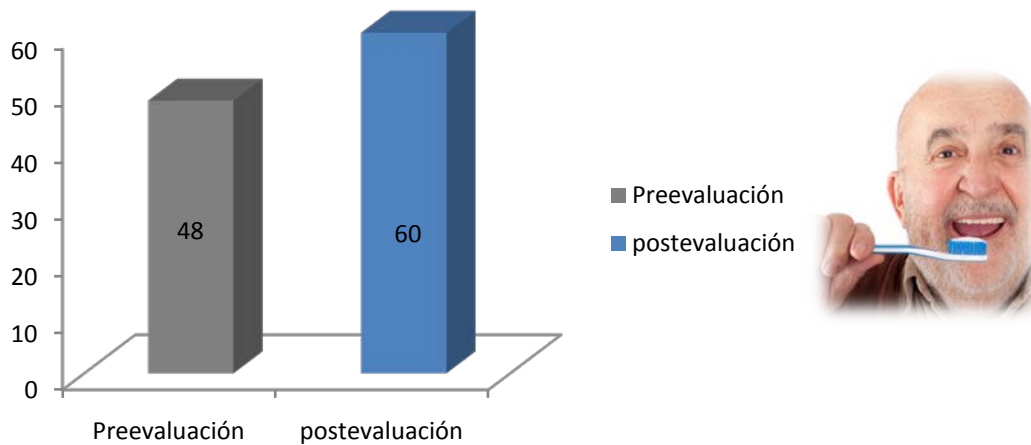
La encuesta constó de 20 afirmaciones, dentro de las cuales, las más representativas se presentan a continuación.

### Es suficiente cepillar los dientes una vez al día.

Antes del programa las personas encuestadas obtuvieron un puntaje que era de 48, al término del programa los residentes obtuvieron un puntaje de 60. Consiguieron un avance puntual de 12. (Gráfica7)

#### GRÁFICA 7.

##### Es suficiente cepillar los dientes una vez al día.



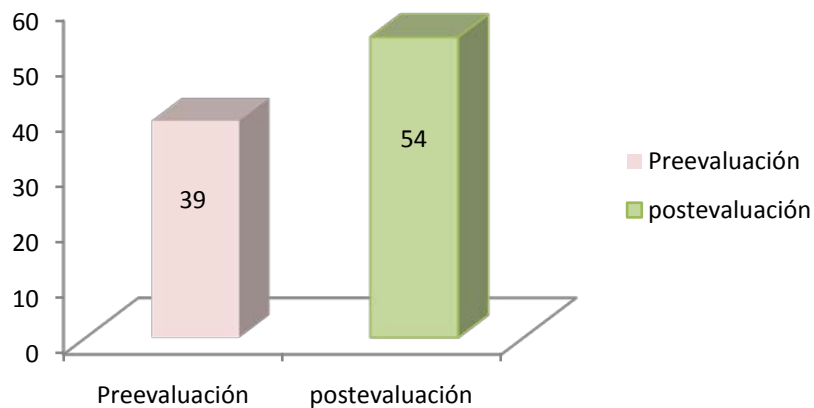
Fuente directa

## No es necesario cepillar la lengua porque puede provocar sangrado

Antes del programa los encuestados tuvieron un puntaje de 39 y en la postevaluación obtuvieron un puntaje de 54. Consiguiendo un avance puntual de 15. (Gráfica 8)

GRÁFICA 8

No es necesario cepillar la lengua porque puede provocar sangrado



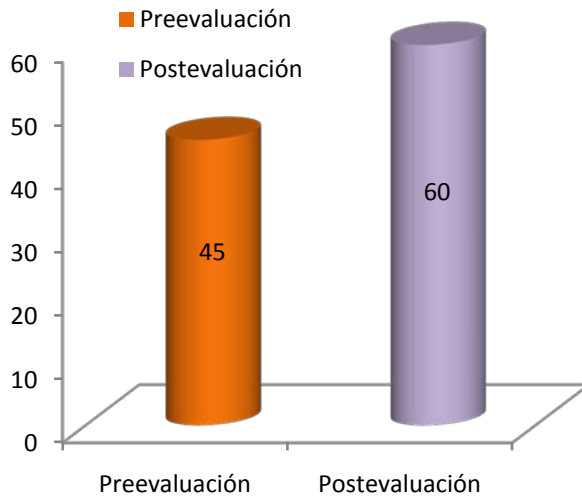
Fuente directa

## La placa bacteriana es una macilla blanda compuesta por bacterias que dañan al esmalte de los dientes

Los encuestados obtuvieron un puntaje de 45 antes del programa y en la postevaluación tuvieron un puntaje de 60. Su avance puntual fue de 15. (Gráfica 9)

### GRÁFICA 9

**La placa bacteriana es una macilla blanda compuesta por bacterias que dañan al esmalte de los dientes**



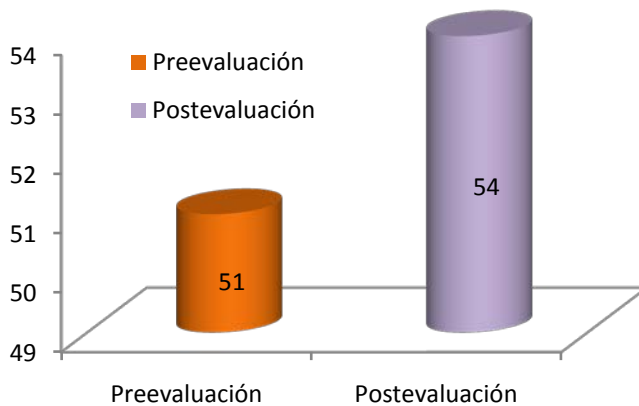
Fuente directa

### Los azúcares alimentan a las bacterias para que destruyan el diente

El puntaje obtenido en la preevaluación fue de 51 y después del programa el puntaje logrado fue de 54. Se dio un avance puntual de 3. (Gráfica10)

### GRÁFICA 10

**Los azúcares alimentan a las bacterias para que destruyan el diente**



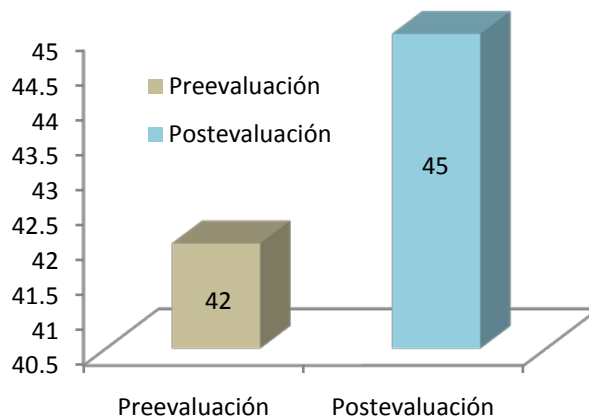
Fuente directa.

### Los azúcares de los refrescos no “pican” los dientes.

En la preevaluación se obtuvo un puntaje de 42 y después del programa el puntaje logrado fue de 45. Consiguiendo un avance puntual de 3. (Gráfica11)

GRÁFICA 11

Los azúcares de los refrescos no “pican” los dientes.



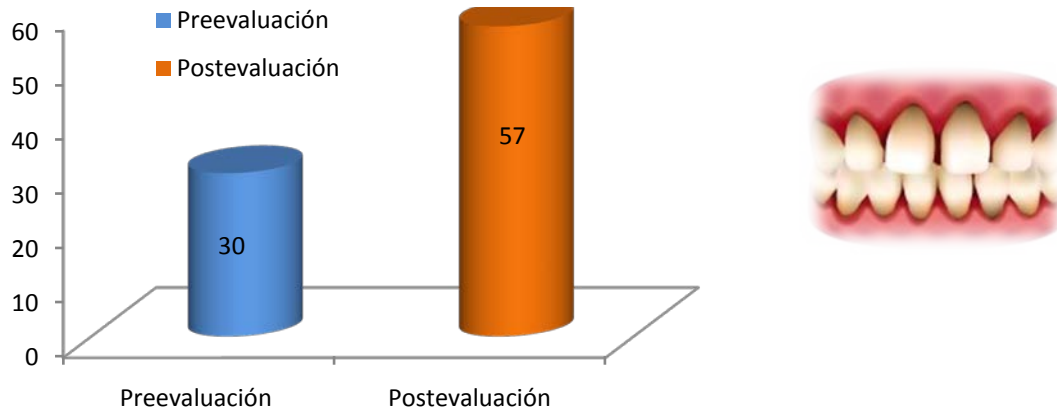
Fuente directa

### Al cepillarse y enjuagarse la boca, escupir un poco de sangre es normal

El puntaje obtenido por los encuestados fue de 30, posterior a la aplicación del programa fue de 57. Se dio un avance puntual de 27. (Gráfica 12)

### GRÁFICA 12

**Al cepillarse y enjuagarse la boca, escupir un poco de sangre es normal**



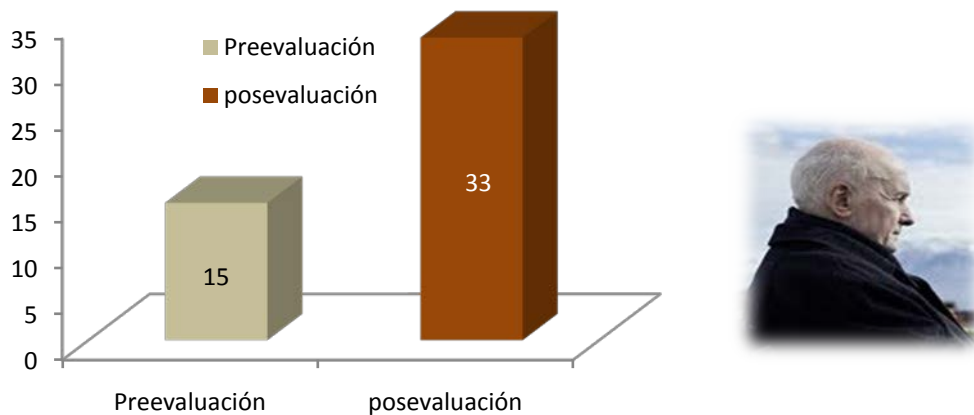
Fuente directa

**Es normal que las personas mayores pierdan los dientes con el paso del tiempo.**

Antes de aplicar el programa obtuvieron un puntaje de 15. En la postevaluación lograron un puntaje de 33. Se dio un avance puntual de 18.

### GRÁFICA 13

**Es normal que las personas mayores pierdan los dientes con el paso del tiempo.**



Fuente directa





## **9.CONCLUSIONES**

1. La intervención lograda en los residentes de la Asociación de ayuda de Ancianos I.A.P. fue productiva, ya que obtuvieron nuevos conocimientos, lo cual permitió ampliar su entendimiento sobre conceptos de salud oral, así como hacerlos partícipes y responsabilizarlos por su higiene dental.
2. Existió diferencia respecto al nivel de conocimientos antes y después de implementado el programa de salud oral y esta diferencia refleja la apropiación de conocimientos .
3. A pesar de que la salud oral de las personas de la tercera edad está determinada por varios factores, el estado bucal en el que se encuentran, es un útil indicador de la atención odontológica recibida por la persona con anterioridad y de la calidad de vida y autoestima.
4. Uno de los principales factores que repercuten esencialmente sobre la salud bucal de las personas de la tercera edad es la falta de conocimiento sobre los efectos de la caries y biopelícula traduciéndose esta última en altos índices de enfermedad periodontal. Ambas tienen un fuerte impacto en las personas y se pueden prevenir y controlar con medidas sencillas y económicas.
5. Por lo tanto se deberá hacer énfasis en la promoción de la salud oral ya que este grupo etario está abierto a la adquisición de nuevos conocimientos, que conlleven a mejorar su calidad de vida.



## **10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1.-SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010.[www.salud.gob.mx/www.dgepi.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx/www.dgepi.salud.gob.mx)
- 2.-Organización Panamericana de la Salud. Documento CD 40/20. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997.
3. CONAPO. "Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Serie de Documentos Técnicos. Primera edición: 2011
- 4.-Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Nota Informativa N° 318, Febrero de 2007.
- 5.-Irigoyen ME.,Velázquez C., Zepeda MA., Mejia A., "Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México". Rev ADM.;1999 56. (2). 64-69.
- 6.-Esquivel R., Jimenez J., "Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación de GOHAI". RevADM 2010;67(3):127-32
- 7.-Pinzón S., Zunzunegui MV, "Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. RevMultgerontol. 1999;9-216-224.
- 8.-Taboada O. Mendoza M., Martínez A., "Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad". Rev ADM 2000;57 (5).188-192



- 
- 9.-Anaya M.,Joya T, “Perfil epidemiológico bucal de la población adulta mayor de la delegación Milpa Alta (México) y la percepción que tienen de su boca”.Revista Costarricense de Salud Pública 2008:17(32)58-68
  - 10.-Belsky, J. K., Psicología del envejecimiento,Ed. Masson, Barcelona, 1996
  - 11.-Ozawa j.d. Estomatología Geriátrica. Ed. Trillas. México 1994
  - 12.-Scolich,N.V.Pensar en la vejez. Revista Argentina Cortapacio de Derecho 2005 Vol. 9
  - 13.-Coni Nicolás. Geriátrica. Edit. El Manual Moderno. S.A. de C.V. Tercera Edición.1990.
  - 14.-Geza T., Saunders M. J clínica odontológica de Norteamérica. Vol I/1989. Odontología Geriátrica. Nueva Editorial Interamericana S.A de C.V.México D.F.1989
  - 15.- Cardoso M F. *El paciente geriátrico*. RevColomb .Odontoestomatol, 1995; 2:8-9.
  - 16.-. Castellanos, J. L., Díaz, G. L., Gay, Z. O. *Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*, 2a ed. México, Manual Moderno, 2002.
  - 17.- Gómez de Ferraris M. Campos MA. Histología y embriología bucodental. 1era. ed. Madrid: Editorial MédicaPanamericana, 1999



- 18.- Morse D. Age related changes of the dental pulp complex and their relationship to systemic aging. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1991;72(6):721-745
- 19.- Cohen S. Burns RC, Vías de la pulpa. Edit Mosby. 9ª ed. 2008 344-345
- 20.-Carranza FA .Newman MG., Takei HH., Periodontología Clínica.México 10 ed. McGraw Hill. 2010
- 21.-Norderyd O. Hugoson A., Grusouin G. Risk of severe periodontal disease in a Swedish adult populations.J. ClínPeriodontol. 1999;26(1)608-615.
- 22.-Ong G. Periodontal disease and tooth loss. Int Dent J 1998;48:233-8.
- 23.-SánchezM -Velásquez M, DávilaM, González A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. RevEspMedQuir 2011;16(2):110-115.
- 24.-Gallardo JM., Xerostomía: Etiología, diagnóstico y tratamiento.Rev Med InstMexSeguroSoc 2008; 46 (1): 109-116
- 25.-Ship AJ.,Pillmer R.S., Baum JB., Xerostomía and the geriatric patients .JAGS2002;50(3)535-543
- 26.-Ibañez MN., López GJ., Piña LB.Frecuencia de hiposalivación (Xerostomía) en pacientes geriátricos.ADM 2009; 65(5)56-60



27.-Rodríguez ME. López LJ., Chimenos KE., Sabater RI. “Estudio de una muestra de pacientes con síndrome de la boca ardiente”. Rev Avances en odontoestomatología 2007:23(3)-141-151.

28.-Marques MS, Chimenos K E, Subirá PC, Rodríguez CM, López LJ. Asociación de síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicamentos. Med. oral patol.oral cir. Bucal. 2005;10(4)301308

29.-Svensson P, Bjerring P, Arendt-Nielsen L, Kaaber S. Sensory and pain thresholds to orofacial argon laser stimulation in patients with chronic burning mouth syndrome. Clin J Pain 1993; 9:207-15.

30.-Samaranayake LP.Superficial oral fungal infections. CurrOpin Dent 1991; 1:415-22.

31.-Matus LP.,D'Hyver, GutiérrezLM.Salud oral yGeriatría. México: Editorial El Manual Moderno; 2006.Pp 335-347

32.- Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme Community Dent Oral Epidemiol 2005;33::81-92

33.-Schaefer F.”El cuidado a la salud bucal del anciano:Buenas prácticas fundamentadas en el pradigma de la promoción de la salud. GEROKOMOS 2009; (2): 65-72

34.-Murillo O. “Condición y educación Bucodental y otros determinantes de la salud en personas adultas mayores en seis cantones del Área Metropolitana”.UCR 2011(13)30-35



---

35.- Sampieri H. Metodología de la Investigación. Edit. McWraw-Hill. 3<sup>a</sup> Ed.2003

36.-Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. En: Ley General de Salud. México: Porrúa; 2000.

37.- Carta de Ottawa [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS [citado 18 Abr 2009].



## **11. ANEXOS**



## Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA  
COORDINACIÓN DE ODONTOLÓGIA  
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

Oficio: 04/08/2012

Asunto: Solicitud de apoyo

Srita. Gudelia Cruz Reyes  
Administradora de la Asociación para ayuda de Ancianos. I.A.P.  
Col. Huichapan. Xochimilco  
P r e s e n t e

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Coordinadora del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Odontología de la UNAM me dirijo a ud. para solicitar el apoyo de su institución a fin de que el pasante de la carrera Marco Vidal Vergara pueda aplicar una encuesta sobre conocimientos de salud bucal que los asistentes a la Asociación tienen y la Facultad, a través del alumno antes mencionado, implementará un programa de Educación para el autocuidado de la salud oral dirigido a personas de la tercera edad.

Agradezco la atención que preste a esta y aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
"Ciudad Universitaria, DF a 27 de agosto del 2012."

Arcelia Meléndez Ocampo  
Coordinación.







## Anexo 2

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto, en mi calidad de paciente permito que me realicen una encuesta de Evaluación de conocimientos de salud bucodental, por (el) Doctor(a)

\_\_\_\_\_ y se me ha informado que los datos que recojan serán confidenciales y no se usaran para otro propósito más que para el que me fue explicado.

Asimismo, menciono que se ha hecho de mi conocimiento que la información que se genere a partir de la encuesta podrán ser utilizados por el profesional que tiene bajo su responsabilidad y en caso necesario, para ilustrar cualquier información científica siempre y cuando esta información no revele de manera dolosa, mi identidad, preferencia sexual ni religiosa.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Documento de identificación

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



### Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

No.

**De la manera más atenta, le solicitamos conteste la presente encuesta, la información permitirá conocer aspectos importantes del curso sobre Salud Bucal que se va a implementar con la participación de ud. No coloque su nombre y muchas gracias por participar.**

Edad  Sexo  M  F

**Ocupación**

1) Obrero 2) Empleado 3) Comerciante 4) Técnico 5) Profesional 5) Hogar   
7) Desempleado 8) Jubilado

**Escolaridad (Registre la escolaridad concluida)**

1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Educ. Técnica 6) Universidad

**¿Cuántas veces cepilla sus dientes?**

1) después de cada comida 2) dos veces al día 3) una vez al día 4) a veces 5) ninguna

**¿Cada cuando cambias tu cepillo de dientes?**

1) 4 veces al año 2) 2 veces al año 3) 1 vez al año 4) no lo cambio

**¿Cada cuanto va al dentista?**

1) 1 vez al año 2) 2 veces al año 3) sólo cuando me duele un diente 4) no voy

**Tache la respuesta que usted crea que contesta cada pregunta**

Es suficiente cepillar los dientes una vez al día

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

No es necesario cepillar la lengua porque puede provocar vomito y sangrado

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

La placa bacteriana es una macilla blanda compuesta por bacterias que dañan al esmalte de los dientes

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

La caries es una enfermedad que produce cavidades en los dientes

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

La caries dental se transmite solamente por la saliva

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

Los azúcares alimentan a las bacterias para que destruyen al diente

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

La caries dental se puede prevenir eliminando la macilla o placa bacteriana con el cepillo dental

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo



Las bacterias que viven en la macilla destruyen los tejidos del diente

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

La caries se previene consumiendo frutas y lavándose los dientes

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

Los azúcares de los refrescos no "pican" los dientes

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

El cepillado de dientes se puede hacer solo con agua y cepillo

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

Cuando una persona presenta lesiones de algodoncillo en la lengua NO debe cepillarse los dientes

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

Es normal que sangren las encías al comer

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

La placa dentobacteriana o masilla es causa solo para desarrollar caries dental

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

Al cepillarse y enjuagarse la boca, escupir un poco de sangre es normal

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

Es normal que las personas mayores pierdan los dientes con el paso del tiempo

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

Los dientes se sensibilizan porque envejecen

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

Ya no puedo hacer nada por mis dientes

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

La inflamación de mis encías no tiene importancia para mi salud

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo

No me preocupa mantener mis dientes limpios porque nadie los ve

De acuerdo  Ni acuerdo ni en desacuerdo  En desacuerdo