



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DE UN VIDEO EDUCATIVO DIRIGIDO
A PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS
MUCOSOPORTADA TOTAL Y PARCIAL.

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:

AMERICO GABRIEL CRISTOBAL RANGEL

TUTORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

MÉXICO, D.F.

2016



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.

Dedicado

A mi abuelo José Cristóbal que más que ello, ha sido mi padre por forjar mi camino, aceptándome y apoyándome en cada paso y momento, por enseñarme los valores y principios de la vida y por alentarme día tras día a perseguir mis sueños, por ser mi pilar y mayor apoyo para poder lograr ésta meta tan importante en mi vida.

A mi abuelita Ma. Del Carmen Rangel, que como una madre forjó mis principios y responsabilidades, por estar al pendiente de mí en cada momento y por darme la fuerza necesaria en las situaciones difíciles de mi vida, por cuidar de mí y por darme las armas para emprender y persistir junto a mí el recorrido hacia a éste gran sueño.

A mi Madre Ma. Del Carmen Cristóbal, por alentarme a seguir y darme la fuerza para no desistir, por darme la vida, por apoyarme y aceptarme incondicionalmente, por enseñarme a ser fuerte para salir adelante por más difícil que se presente la situación, por brindarme su confianza y creer en mí en cada acontecimiento de mi vida.

A mis hermanos Absalón y José Manuel por escucharme, apoyarme y entenderme en todos los aspectos de mi vida, por contagiarme de su alegría y nobleza , por ser mi motor para continuar y seguir creciendo día a día y sobre todo por el afecto incondicional que me otorgan día con día.

“...pies para que los quiero si tengo alas para volar...”

Frida Kahlo

Agradezco

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por forjarme en sus aulas y clínicas y darme la oportunidad de concluir esta gran meta.

A mi tutora Mtra. Erika Heredia Ponce por la paciencia, enseñanza y tiempo dedicado para la elaboración de ésta tesina.

A mis Padrinos Guillermo Cristóbal, Gracia Cristóbal, Mariana Cristóbal y Raquel Cristóbal, por brindarme su apoyo, ser mis pacientes durante la carrera, por tratarme como un hijo en diferentes momentos del transcurso de mi vida y porque cada uno de ustedes de diferente manera me alentó a culminar ésta meta.

A mis tías Guadalupe Rodríguez y Cira Guadarrama por sus abrazos y consejos cuando estaba triste y por brindarme la confianza de poderles contar todo.

A mis tíos Jesús Cristóbal, José Cristóbal, Eduardo Cristóbal y Raúl Cristóbal, porque de cada uno aprendí algo y porque sus hijos o ustedes fueron mis pacientes en el transcurso de mi carrera.

A mi prima Lorena Guerra por sus abrazos, regaños, consejos, risas, enojos y por cada momento que hemos compartido, por escucharme y sacar una sonrisa aun cuando estaba triste, por ser uno de mis ejemplos a seguir y alentarme a cumplir mis sueños.

A mis primas Carolina, Yessica y Esmeralda por sus historias, abrazos, apoyo, risas y porque aceptando ser mis pacientes en la facultad me ayudaron a lograr ésta meta.

A mis amigos Isabel López, Mariela Jerez, Gerardo Calvo, y Lorena Correa, por enseñarme que la amistad verdadera existe, por el tiempo compartido, sus consejos, sus abrazos y su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos y porque cada uno de ustedes me ha dejado un aprendizaje y me alientan a mejorar día a día.

A mis compañeras y amigas Mabel, Verónica, Nadia, Erika, Mitzi y Gina por alegrarme todos los días, por sus ocurrencias, confianza, por todo lo que podemos platicar y sobre todo por ser las más sensuales.

A Dios por poner a cada una de éstas personas en mi vida.



1.INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Importancia de la promoción y educación para salud	6
2.2 Generalidades del envejecimiento	8
2.3 Salud oral en la vejez	12
2.3.1 Edentulismo	13
2.4. Evaluación de programas de salud	14
3. ANTECEDENTES	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
5. JUSTIFICACIÓN	26
6. OBJETIVOS	27
6.1 Objetivo general	27
6.2 Objetivos específicos	27
7. HIPÓTESIS	27
8. MATERIALES Y MÉTODOS	27
8.1 Tipo de estudio.....	27
8.2 Universo de estudio y tamaño de muestra	27
8.3. Criterios de selección.....	27
8.3.1 Criterios de inclusión:	27
8.3.2 Criterios de exclusión:	28
8.4 Definición operacional y escala de medición de las variables.	28
8.5 Método de recolección de la información	29
8.6 Análisis estadístico	29
8.7 Consideraciones éticas.....	29
8.8 Recursos	30
9. RESULTADOS	31
10. DISCUSIÓN	37
11. CONCLUSIONES	46
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
13.ANEXOS.....	50



1. INTRODUCCIÓN

La esperanza media de vida ha mejorado en el último siglo. Actualmente, alrededor del 7% de la población mundial presenta 65 años y más edad. En los países desarrollados, este porcentaje es aún mayor (15 %) y continúa creciendo, en México, la población de 60 años y más está creciendo a una tasa anual de 3.5%, así, los mayores de 60 años, que hoy representan 7.6% de la población, serán casi la tercera parte del total para mediados del presente siglo. El proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno del estilo de vida y de las enfermedades. Se ha considerado el edentulismo como una causa dependiente del envejecimiento, sin embargo, este no debe ser considerado como una condición normal.^{2, 28}

La terapia habitual para el edentulismo, es la confección de prótesis totales y/o parciales removibles, las que de acuerdo a diferentes estudios demuestran no obtener todos los resultados esperados ya sea por un mal diseño de prótesis, falta de información por parte de los educadores de la salud oral o por malos hábitos y conocimientos de los pacientes con respecto al cuidado de sus prótesis, por tal motivo se ha presentado la necesidad de desarrollar programas de salud e intervenciones así como herramientas para educar y promover la salud oral que puedan cambiar y mejorar los hábitos y conocimientos de los pacientes portadores de prótesis mucosoportada en una acción futura.^{4, 8,9}

Este estudio va encaminado a transmitir los conocimientos de usos y cuidados de las prótesis mucosoportadas parciales y/o totales y a la asimilación de dichos conocimientos por parte de los pacientes portadores de las mismas. Por lo que en este estudio se evaluará el impacto de un video educativo dirigido a pacientes portadores de prótesis mucosoportada total y parcial y se comparará el impacto en los conocimientos y cuidados de dichos pacientes.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Importancia de la promoción y educación para salud

La educación y la salud se desarrollaron durante mucho tiempo como dos disciplinas paralelas pero aisladas, adoptando distintas formas y prácticas como producto de los requerimientos del desarrollo histórico de una sociedad. Durante el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, sobrepasando las barreras de los espíritus malignos de las culturas primitivas,¹ sin embargo, el desarrollo de las ciencias de aquella época no permitía la integración de estos conocimientos con los que provenían de la actividad económica, social y psicológica para entender su papel en el condicionamiento de la salud y la enfermedad. A finales del siglo XVIII, se aceptaron los factores externos vinculados a las actividades cotidianas del hombre, tales como las características del trabajo y modo de vida (Ramacini, 1700), la calidad del agua de consumo (John Snow, 1836), las características de la vivienda en los barrios pobres (John Ferriar, 1792), la fábrica como productora de enfermedad (Thomas Percival, 1784), las condiciones de vida miserables (Informe Chadwick al Parlamento inglés, 1842), el hambre y la mala higiene (R. Virchow, 1848) y a las desigualdades económicas, jurídicas y sociales de los trabajadores.⁸ El avance en el conocimiento fue decisivo para el surgimiento de un nuevo paradigma en las Ciencias Médicas, el modelo médico-social, que fue facilitando el nacimiento de la Epidemiología alrededor del estudio de la historia natural de la enfermedad, lo que en breve tiempo originó a su vez el nacimiento de la Higiene Social, la Medicina Social y la Salud Pública. La Educación para la Salud como ciencia, como campo de acción y como doctrina, constituye la orientación básica en lo conceptual y en lo práctico de la relación e interacción de las Ciencias de la Educación y la Salud. Las necesidades prioritarias de salud de una comunidad y distinguir factores internos que predisponen al individuo (percepciones, experiencias, conocimientos, actitudes y prácticas), factores que lo hacen posible (medio ambiente) y los factores de refuerzo (recompensa o



castigo) que influye en el comportamiento que se pretende adquirir o incorporar. Señala que deben tenerse en cuenta los recursos de que se dispone para ello. Este diagnóstico da lugar a una serie de objetivos educacionales que en el supuesto de lograrse tienen impacto en los objetivos del comportamiento.⁸

Las intervenciones en promoción de la salud han sido variadas en cada uno de los países, así como al interior de los mismos. En Gran Bretaña y Canadá, los gobiernos se apropiaron del concepto holístico de salud y algunos abordajes en promoción de la salud fueron modificados. Así, en esos países se desarrollaron intervenciones sociopolíticas multisectoriales que trascendieron el sector salud. Sin embargo, en América Latina los programas y proyectos en promoción de la salud no han logrado poner en práctica intervenciones innovadoras, el problema central es que a pesar de definirse la salud en términos de bienestar, las prácticas continúan organizándose alrededor de conceptos de enfermedad. Así, la mayoría de los programas implementados en promoción de la salud son en realidad intervenciones de tipo preventivo.⁹

La promoción de salud puede interpretarse como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos. Para algunos, es un nuevo enfoque, cualitativamente superior al tradicional de la salud pública, es incluso un nuevo paradigma. Para OMS/OPS es indistintamente “una estrategia” o una “función esencial” de la salud pública. No obstante y a pesar de las diferentes acepciones asumidas, existe consenso en que involucra a gobiernos, organizaciones sociales e individuos, en la construcción social de la salud. Su aparición puede ubicarse en los países industrializados, donde se han obtenido avances significativos, tanto en el plano teórico como en la práctica. En América Latina, el desarrollo ha sido más lento en algunos casos, con limitaciones severas en otros, donde no ha sido suficientemente atendida desde el espacio genoestructural, aunque, en general, se observan avances. Los problemas de salud acumulados por la población mundial son cada vez más numerosos y



diversos, pero algo está claro para los entendidos: hasta el momento, la mejor alternativa para solucionarlos es justamente la promoción y la educación para la salud. La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Con frecuencia cada vez mayor se reconoce que la promoción es un elemento indispensable para el mejoramiento de la salud. Se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer un mayor control sobre la salud y aumentarla.¹⁰

2.2 Generalidades del envejecimiento

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. La esperanza media de vida ha mejorado en el último siglo. Actualmente, alrededor del 7 % de la población mundial es de 65 años y más edad. En los países desarrollados, este porcentaje es aún mayor (15 %) y continúa creciendo. Actualmente, el aumento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad y el descenso de la fecundidad ya han desencadenado un rápido proceso de envejecimiento de la población en México; el número de niños menores de cinco años se está reduciendo desde 1995, mientras que la población de 60 años y más está creciendo a una tasa anual de 3.5%, lo que implica una duplicación de este grupo cada 20 años. Así, los mayores de 60 años, que hoy representan 7.6% de la población, serán casi la tercera parte del total para mediados del presente siglo.²⁸ El envejecimiento en los seres humanos se asocia con una pérdida de la función neuromuscular y del rendimiento, en parte relacionadas con la reducción de la fuerza y la potencia muscular, causada por una pérdida de la masa de los músculos esqueléticos y los cambios en la arquitectura muscular.²⁸

Esta disminución en la fuerza y la potencia muscular, junto con otros factores como el envejecimiento del sistema nervioso somatosensorial y motor, tiene implicaciones funcionales, tales como disminución en la velocidad al caminar, aumento del riesgo de caídas, y una reducción de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Todo esto contribuye a una pérdida de la independencia y a una reducción en la calidad de vida de las personas. La inactividad física es un importante



factor de riesgo para muchas condiciones y problemas crónicos de salud, tales como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la obesidad, la osteoporosis, la diabetes mellitus y de salud mental. Se ha considerado que el envejecimiento es un proceso multifactorial, (biológico, psicoespiritual, social), pero fundamentalmente biológico. El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida, tales cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. El proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí. El envejecimiento produce alteraciones sistémicas cuando la mayoría de los órganos y tejidos van disminuyendo su actividad. Estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. ¹

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples.²

Algunos cambios morfológicos y fundamentales asociados al envejecimiento son:

	CAMBIOS MORFOLÓGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
Cardiovascular	-Aumento de matriz colágena en túnica media -Pérdida de fibras de elastina	- Rigidez vascular y cardíaca - Mayor disfunción endotelial - Volumen expulsivo



	-hipertrofia cardiaca	conservado - Mayor riesgo de arritmias
Renal	-Adelgazamiento de la corteza renal esclerosis arterial glomerular	-Menor capacidad para concentrar orina -Menores niveles de renina y aldosterona -Menor hidroxidación de vitamina D
Nervioso central	-Menos masa cerebral -Aumento de líquido cefalorraquídeo -Mínima pérdida neuronal focalizada -Cambios no generalizados de arborización neuronal	-Menor focalización de actividad neuronal -Menor velocidad de procesamiento -Disminución de memoria de trabajo -Menos destreza motora
Muscular	-Pérdida de masa muscular - infiltración de grasa	- Disminución de fuerza - Caídas - Fragilidad
Metabolismo y glucosa	-Aumento de grasa visceral -Infiltración de grasa de tejidos -Menor masa de células beta	-Mayor producción adipokinas y factores inflamatorios -Mayor resistencia de insulina y diabetes.
Aparato gastrointestinal	Boca: disminución de la producción de saliva - Erosión de dentina y	-Pérdida de piezas dentarias -Tránsito esofágico



	<p>del esmalte</p> <ul style="list-style-type: none">- Reabsorción de la raíz y migración apical de estructuras de soporte del diente-Esófago: disminución de peristaltismo-Estómago e intestino: disminución de la secreción de ácido y enzimas-Colon y recto: disminución de peristaltismo	<p>prolongado</p> <ul style="list-style-type: none">-Reflujo esofágicodisfagia-Polipósis gástrica y metaplasia intestinal-Constipación y diverticulosisincontinencia fecal
Aparato locomotor	<p>Huesos: los huesos largos conservan su longitud</p> <ul style="list-style-type: none">-Pérdida universal de masa ósea-Articulaciones: disminución de la elasticidad articular-degeneración fibrilar del cartílago articular, con atrofia y denudación de la superficie.	<ul style="list-style-type: none">-Osteoporosis-limitación articular-Pérdida de fuerza muscular progresiva-Disminución de la eficacia mecánica del músculo

Tabla realizada a través de ^{1,2}

Estos cambios también comprenden afectaciones en la función cognitiva en sus diferentes áreas intelectuales como son: pensamiento, memoria, la



percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. ¹

2.3 Salud oral en la vejez

La salud oral es un elemento importante de la salud general y la calidad de vida de los individuos, algunas condiciones de salud sistémicas tienen manifestaciones bucales que aumentan el riesgo para enfermedades de la boca y que, a su vez, son factores de riesgo para algunas condiciones sistémicas. Aunque se cuenta con evidencia sobre la relación entre la salud bucal y la salud general, la mayor correlación entre varias condiciones bucales y enfermedades crónicas no transmisibles es principalmente resultado de factores de riesgo comunes. A grandes rasgos, la salud oral deficiente de los adultos mayores generalmente está acompañada por una mala salud general, reconociendo que la salud bucal entre las personas mayores es esencial para su calidad de vida. La salud bucal, a pesar de ser parte de la salud general de los individuos frecuentemente es excluida por las mismas personas pero está relacionada con las condiciones de vida, así como con la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de atención dental. ³

Las condiciones de salud oral de los adultos mayores en México no son muy distintas a las condiciones a nivel mundial. Dos estudios transversales realizados en México en población abierta reportan una prevalencia de edentulismo similar y una media de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de 16.5 y 16.3, respectivamente; en ambos el componente principal del CPOD fue el de dientes perdidos. La prevalencia de caries radicular fue de 40.2% y en promedio había 2.7 superficies afectadas por caries radicular; 50% de la población presentaba bolsas periodontales. Otras investigaciones en la Ciudad de México mostraron que la prevalencia de edentulismo en pacientes de 60 años y más que solicitaron atención dental en una escuela de Odontología fue 7.5%, mientras que en ancianos de una casa hogar fue 65%. Por último, una encuesta reciente (2008) realizada en una población representativa de adultos mayores de 70 salud oral en los adultos mayores y su impacto



en la calidad de vida instituto de geriatría 266 años en la delegación Coyoacán, Distrito Federal, encontró una prevalencia de edentulismo de 21%. Se observó que 22.4% de las personas tenían de 1 a 9 dientes presentes en boca, 28% de 10-19 dientes y 28% 20 a 32 dientes.³

La terapia habitual para el desdentado total, es la confección de prótesis completas removibles, las que de acuerdo a diferentes estudios demuestran no obtener todos los resultados esperados.

Psicosocialmente estos pacientes sufren debido a una constante inestabilidad de sus prótesis durante los movimientos mandibulares comunes. Estos pacientes no sólo se presentan problemas estéticos evidentes, sino también una muy baja autoestima, con grandes dificultades para relacionarse en su ámbito familiar y social; elementos que asociados con su problemática nutricional, dan como resultado una disminuida calidad de vida.⁴

2.3.1 Edentulismo

Se considera a la pérdida dental como la pérdida de un órgano dentario relacionada con cualquier causa, ya sea infección posterior a caries, extracción por fines terapéuticos o accidentes. Los factores de riesgo más importantes para la pérdida dental son: hábitos de higiene inadecuados, enfermedad periodontal, caries dental, trauma, tratamientos deficientemente ejecutados.

Como resultado de la pérdida dental se requiere de rehabilitaciones protésicas extensas, desarrollo de interferencias oclusales, aumento de riesgo de uso de prótesis, y/o desarrollo de lesiones en mucosas y edentulismo total. Aún hay muchas personas que consideran el edentulismo (pérdida de todos los dientes) como una consecuencia del envejecimiento, sin embargo, la pérdida dental está más íntimamente relacionada con experiencias de procesos infecciosos (no atendidos o atendidos de manera deficiente) y falta de higiene. Es necesario reconocer que el envejecimiento es, por un lado, la acumulación de experiencias de todo tipo, entre las cuales figura la salud, sobre todo



cuando se trata de eventos adversos. La higiene inadecuada puede favorecer la aparición de caries dental y enfermedad periodontal que, si no son tratadas de manera oportuna, pueden ser el origen de pérdida dental; si ésta no es tratada de manera adecuada; la aparición de caries radicular o la migración del tejido de soporte puede favorecer a que los órganos dentarios adyacentes a la pieza perdida migren o se extruyan, creando espacios de difícil acceso para la higiene, así como superficies propicias para el desarrollo de caries coronal y/o radicular. La migración dental, además de ofrecer superficies donde se puede desarrollar caries, también promueve que se generen puntos de contacto inadecuados durante la oclusión los cuales se convertirán en interferencias oclusales, que, combinadas con la mala función pueden favorecer que la pérdida de tejidos de soporte se presente de manera acelerada, lo cual terminará en la pérdida de un mayor número de órganos dentarios. El edentulismo no es el punto final del deterioro de la cavidad bucal, pero puede ser el punto de partida de otra espiral o circuito de deterioro que incluirá el uso de prótesis mal ajustadas (lo que puede dar lugar a lesiones en la mucosa bucal, si la presencia de zonas de irritación es combinada con el consumo de alcohol y el tabaquismo) y un mayor riesgo de que estas lesiones de los tejidos blandos se malignicen y se desarrolle algún tipo de cáncer en la cavidad bucal. Alrededor del mundo, la salud bucal de los adultos mayores es en general deficiente, destacando la pérdida dental, la presencia de caries dental, la alta prevalencia de enfermedad periodontal, la xerostomía y lesiones de la mucosa bucal. Actualmente no es raro encontrar personas de 65 años en adelante que consideran que la salud de su boca es ajena a su salud general; algunas de ellas incluso comentan que se hicieron quitar todos los “dientes” a temprana edad porque no querían tener “problemas” con ellos.³

2.4. Evaluación de programas de salud

La OMS define la evaluación de programas de salud como “...un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el



fomento de una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa entre distintas posibilidades de acción futura” Según Saraceno y Levav⁷ “evaluar implica hacer una comparación entre la realidad y lo que se tendría que hacer y lograr según las especificaciones de la misión y los programas desarrollados...”.⁷

A nivel internacional hay un creciente reconocimiento de la importancia de la evaluación de determinados programas aplicados como medida para comprobar la eficacia, efectividad, utilidad, eficiencia y seguridad, así como el costo-beneficio de una nueva y/o mejorada tecnología o servicio de salud, además del impacto que llevan implícito en la calidad de los servicios, la satisfacción y el bienestar de los usuarios, cada vez mejor informados, que demandan mejores resultados. Históricamente la evaluación, como disciplina y como práctica, ha evolucionado en pos de abarcar la solución de los problemas sociales. Se entiende por evaluación de impacto, el análisis que tiene como objetivo determinar de manera más general si un programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención del programa. La evaluación comprende de factores como: valoración cualitativa y cuantitativa de los efectos de la aplicación de un proyecto o programa en grupos poblacionales específicos, que indaga en las consecuencias, tanto buscadas, como otras derivadas de la apreciación integral de pertinencia, efectividad, eficiencia, eficacia, sostenibilidad y calidad de los mismos.⁵

Según estos criterios estas definiciones permiten comprender los puntos esenciales, y necesarios de toda evaluación, recoger información de objetivos y frecuencias, valorar la información obtenida con respecto a las necesidades iniciales, para tomar una decisión de manera que haya mejora en el desarrollo de las intervenciones, vistas estas como acciones dirigidas a modificar hábitos, actitudes, o condiciones medio ambientales que constituyen factores de riesgos para la salud, en individuos o poblaciones, a partir de la aplicación de un programa. Las intervenciones con un impacto real en la salud de las poblaciones deben tener un



enfoque global y ser de nivel estructural, los responsables de ponerlas en marcha deben implicarse en el proceso de toma de decisiones y en la posterior evaluación de su efectividad. Una de las particularidades de la evaluación de impacto es precisamente reflejar el resultado que han tenido los programas antes, durante o luego de su implementación y que debe cumplir entre otras características, con las siguientes: ser multidisciplinar, intersectorial, utilizar variedad de métodos diversos, manejar información cuantitativa y cualitativa, priorizar grupos de riesgos y ser participativa.⁵

Al evaluar una política, plan o programa de salud pública, el escenario es de tal complejidad que requiere la adaptación de estrategias y procedimientos múltiples.⁶

Es de vital importancia la construcción de un modelo para la evaluación de programas en salud por la significación en el plano teórico, y como guía para la implementación práctica del mismo a partir del análisis del conocimiento sistematizado en el campo de la evaluación que sirven como base para plantear los fundamentos teóricos-metodológicos en el estudio.

El procedimiento a seguir para la determinación de indicadores es el siguiente:

Partir del concepto general del objeto que se desea evaluar y dividirlo en sus variables; si estos no son medibles directamente, deben de ser representados por indicadores, los cuales son seleccionados en base a posible hipótesis sobre sus relaciones, principalmente de causa y efecto con la variable que representa. Una vez establecido el nuevo concepto general, los datos serán recogidos para darles un nuevo valor a los indicadores.

El proceso de aplicación práctica de evaluación se produce por fases, durante las cuales se lleva a cabo el diseño y establecimiento de cada uno de sus elementos. Cada una ellas está conformada por etapas, y estas últimas, por acciones.⁵



Fase I: Estado actual de la evaluación de impacto en salud.

Fase II : Diseño de la metodología de evaluación impacto.

Fase III: Puesta en práctica del sistema de indicadores diseñado.

Fase IV: Evaluación de impacto general.

Etapas de la Fase I:

1- Diseño de instrumentos evaluativos.

2- Puesta en práctica de los instrumentos elaborados.

3-Determinación de las principales necesidades para evaluar impacto.

Acciones de la etapa I

Primera: Precisión del alcance de los objetivos.

Segunda: Precisar el contenido donde van implicados los indicadores que posibiliten medir el impacto.

Tercera: Determinación de los principales métodos y técnica para obtener la información.

Con el propósito de lograr la mayor información posible en correspondencia con los objetivos precisados en el diagnóstico se utilizan las siguientes vías:

a) Revisión de la documentación relacionada con el objeto de estudio

b) Realización de entrevistas y encuestas a: Profesionales de la salud, estudiantes en formación y/o pacientes.

Con la información lograda a partir de la implementación de la tercera acción se determinan las necesidades fundamentales y se precisarán los siguientes procedimientos:

- Tratamiento crítico a la información adquirida.
- Valoración cualitativa y cuantitativa de los resultados alcanzados durante el procesamiento de la información.



En la primera etapa de la Fase II se valora la pertinencia de la metodología propuesta a partir del análisis planteado en las metodologías usadas en la actualidad para evaluar impacto en correspondencia con sus características.⁵

c) Creación del Equipo de Trabajo para la evaluación de impacto.

d) Selección de los componentes a evaluar, escogidos como variables.

e) Preparación de la propuesta:

- Análisis de la información cualitativa obtenida sobre la evaluación de impacto de los componentes propuestos.

f) Aprobación de la metodología para la evaluación de impacto en salud.

g) Evaluación de impacto cuantitativo de los programas: Medición de los indicadores, propuesta de medidas correctoras al proyecto de ser necesaria, elaboración de informe final, presentación, análisis y discusión de los resultados.⁵

Un aporte importante en cuanto a diseños, es el de Campbell y Stanley,⁶ cuya propuesta aunque no es específicamente para programas de salud, puede tener utilidad al diseñar una evaluación de estos programas.

Estudio de casos: Se basa en que se escoge un grupo de personas a las cuales se les aplica el programa y luego se evalúan los resultados del programa. Su limitación está en el hecho de que no se pueden generalizar los resultados. Sin embargo puede ser utilizado cuando se está comenzando a aplicar el programa como proyecto piloto a los fines de hacer los ajustes iniciales necesarios.⁶

Pre test- post test: Consiste en escoger un grupo de personas a las que no se les haya ejecutado el programa y se les sensibiliza para que accedan al programa. Evaluándose antes y después de administrar el programa los aspectos que interesan. Su limitación es que los resultados



obtenidos en la evaluación pueden contener sesgos producto de la reciente introducción del programa.⁶

Comparación de grupos: En este caso se seleccionan dos grupos de personas uno que haya accedido al programa y otro que no tenga acceso al mismo comparándose los resultados que se esperan obtener con el programa en ambos grupos. Siendo el acceso al programa la variable de control. La limitación principal es que los resultados pueden estar afectados por la variable de control que se establece entre los dos grupos.⁶

Pre test- post test con grupo control: Se trata de seleccionar en forma aleatoria dos grupos que estén en condiciones de acceder al programa y se les aplica un pre test. Posteriormente al primer grupo se le suministra información sobre el programa y se aplica un post test. La principal limitación es que se puede encontrar un incremento del uso del programa por parte de ambos grupos motivados por la aplicación del pre test.⁶

Evaluación basada en indicadores

Una posibilidad, que no excluye la anterior, es la evaluación mediante indicadores. Dentro de las posibilidades de evaluación por indicadores, puede utilizarse la opción de indicadores trazadores. Este tipo de evaluación no se basa en investigaciones sino en sistemas de información que suministran datos. Un indicador es una expresión matemática o estadística (total, promedio, proporción, tasa o cualquier otro) que sirve para dar cuenta del comportamiento de un evento. Un indicador trazador, es un indicador seleccionado por considerarse que es el que mejor expresa el comportamiento de un evento. Seleccionar indicadores trazadores es favorable en tanto hace más eficiente el proceso mismo de evaluación, puesto que ésta se concentra en menos variables. Matemáticamente, la mejor manera de escoger indicadores trazadores sería el cálculo de factores, componentes principales o índices ya que estos sintetizarían el comportamiento de varios indicadores. Una



condición de la evaluación de impacto por indicadores es que el programa defina con claridad en cuáles indicadores se esperaría ver sus efectos. Los indicadores para evaluación de impacto en salud, suelen ser de tipo epidemiológico en la medida en que dan cuenta del seguimiento a enfermedades y factores protectores o de riesgo. Sin embargo, el campo de la promoción de la salud y del trabajo con la comunidad demanda la creación de indicadores diferentes, como los «indicadores ambientales», los cuales cumplen dos funciones en la evaluación: sirven para medir las actitudes compartidas y los comportamientos colectivos; además, captan las características medioambientales que podrían integrarse a un modelo con los cambios en salud y las acciones de las políticas, planes o programas. Otro aspecto de la evaluación por indicadores es que se puede tener una mejor visión de los cambios sociales en su conjunto. La inversión social no debería estar dirigida a corregir tal o cual problema específico. Particularmente en los países en vías de desarrollo, la inversión social debería dirigirse a fomentar el desarrollo social integral, aumentando la equidad. Por lo tanto, los indicadores sociales son un termómetro necesario para evaluar los resultados de las políticas. Adicionalmente, conviene estudiar la utilización de indicadores de desarrollo que dan cuenta de los procesos sociales. También es frecuente que los datos requieran ajustes antes de presentarlos como representación de la realidad social o en el caso de requerirse comparaciones entre áreas geográficas, es necesario aplicar técnicas para evitar sesgos por las diferencias en las estructuras de población. Al evaluar por indicadores no se aíslan los efectos puros de la intervención de los demás factores del ambiente que afectan los resultados. Sin embargo, si hay suficiente evidencia acerca de los efectos de las intervenciones, si hay control acerca de la evolución de las intervenciones, habrá un sustento adecuado para atribuir los cambios a las intervenciones.⁷



3. ANTECEDENTES

En la actualidad, alrededor del 7% de la población mundial se encuentra dentro del grupo de los adultos mayores (65 años y más). En los países desarrollados, este porcentaje es aún mayor con un 15 %.² Si bien es cierto que el edentulismo no es un padecimiento específico para las personas de éstas edades, el número de dientes perdidos, entre los adultos mayores está fuertemente asociado con la edad. La pérdida de los dientes refleja la acumulación del daño de las dos principales enfermedades orales así como la falta de tratamiento oportuno.¹⁶

En un estudio realizado por la SIVEPAB en el 2012 del total de pacientes examinados el 0.4% era desdentado. En los pacientes entre 20 a 59 años el porcentaje de edentulismo total fue cero por ciento, y para el grupo de 65 a 69 años el 1.81 % de los pacientes habían perdido todos sus dientes, entre las personas mayores de 79 años la cifra fue de 8.47%,¹⁶ tomando en cuenta que éste estudio solo contempla a las personas que tienen acceso a servicios de salud de seguridad social.

Por tal motivo, la odontología rehabilitadora se especializa en que devuelvan la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales ya sean prótesis fijas, removibles y/o totales.¹⁷

Estos pacientes requieren de información sobre el cuidado y uso de sus prótesis; una de las fases más importantes en el cuidado de las prótesis removible reside en los propios hábitos de higiene oral del paciente. Este debe practicar un programa de limpieza que incluye tanto a los dientes remanentes como a la prótesis removible. La vida útil de una prótesis se verá seriamente acortada por la mala higiene bucal, esta originará en el paciente desdentado parcial caries en los dientes y alteraciones de la mucosa oral en los lugares de asiento, involucrando también en este sentido a los pacientes con edentulismo total. Los pacientes pueden recibir instrucciones personales para la remoción de la placa, lo que debe cumplirse sobre una base de controles regulares. Dentro de la



importancia de la educación que debe darse al paciente está el enseñar hábitos de higiene, usos y cuidados que deben de tenerse con las prótesis, y el autoexamen bucal buscando posibles lesiones, por lo menos hasta cerciorarse de que la información ha sido comprendida.¹¹

En este sentido la Facultad de Odontología dentro del Seminario de Titulación de Odontología Comunitaria ha trabajado en relación al uso y cuidado que los adultos deben tener con las prótesis mucosoportadas.

Un primer estudio realizado por Maciel Legorreta¹⁴ titulado “Conocimientos y hábitos en pacientes portadores de prótesis total que acuden a la clínica de prostodoncia total de la facultad de odontología”, se encontró que el 69.5% de los pacientes no tienen información acerca de la duración de las prótesis totales, el 81.1% desconocen la frecuencia con la que tienen que acudir al odontólogo después de empezar a utilizar sus prótesis y el 53.7% no fueron instruidos por el odontólogo sobre como asear sus prótesis dentales.¹⁴

Un segundo estudio realizado por Aguilar Estrada¹⁵ titulado “Conocimientos de los pasantes de la carrera de cirujano dentista sobre los cuidados de prostodoncias totales mucosoportadas en pacientes de la FO, UNAM”, se encuestó a 100 pasantes de la carrera de cirujano dentista de la Facultad de Odontología inscritos en los diferentes seminarios de titulación de la LIV promoción respecto a sus conocimientos que adquirieron dentro de su formación académica en relación a las indicaciones y cuidados que dan a los pacientes portadores de prostodoncias totales mucosoportadas y se encontró que la mayoría de los pasantes conocen el tiempo y la funcionalidad de vida de una prótesis, sin embargo las deficiencias se ven reflejadas en que solo el 36% de los pasantes indican a sus pacientes el retirarse las prótesis para el descanso de los tejidos,¹⁵ el 39% indica que deben asearse las prótesis después de ingerir alimentos,¹⁵ el 43% indica a sus pacientes asear su boca de 3 a 4 veces con una gasa húmeda.¹⁵



Un tercer estudio basado en la falta de conocimientos tanto de los pasantes de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología y de los pacientes que acuden a ella; Agilar Nicolás desarrolló un video educativo dirigido a pacientes portadores de prótesis mucosoportadas parciales y totales en donde se proporciona información concisa y detallada sobre el cuidado de sus prótesis.³¹

Dentro de las herramientas para educar y promover la salud se encuentra el video como un medio educativo. La expansión progresiva de la imagen electrónica en sus distintas modalidades y captación de señales ha revolucionado los espacios audiovisuales del mundo. La era tecnológica ha generado una dinámica especial en las ciencias sociales en lo que respecta a la delimitación de su objeto tradicional de estudio y a su competencia para hacer análisis macro o micro sociales en forma independiente del aporte y complementación de las otras ciencias.

A diferencia de lo ocurrido en Estados Unidos y en Europa donde inicialmente el video fue el medio de expresión artística de músicos, escultores, pintores y poetas, en América Latina su uso no es sólo producto de la fascinación tecnológica, sino más bien de las necesidades de promoción de nuestros pueblos en sus diversas dimensiones.

Es así como en América Latina predomina el uso educativo y cultural del video como herramienta social de los grupos de población. En la década de los sesentas se expanden progresivamente los usos del video en los centros educativos formales con un carácter eminentemente didáctico.¹³

El vídeo es uno de los medios didácticos que, adecuadamente empleado, sirve para facilitar la transmisión de conocimientos y la asimilación de éstos. Podemos definir un vídeo educativo como aquel que cumple un objetivo didáctico previamente formulado¹³ que propone potenciar la enseñanza-aprendizaje con miras al incremento de conocimientos y al desarrollo de habilidades y destrezas en diversos aspectos de la promoción humana.¹² Que en este caso va encaminado a transmitir los conocimientos de usos y cuidados de las prótesis mucosoportadas



parciales y totales y a la asimilación de dichos conocimientos por parte de los pacientes portadores de las misma.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los principales padecimientos en la población adulta mayor es el edentulismo parcial o total, por tanto la Odontología ha realizado diversos estudios, avances y tratamientos para devolver la funcionalidad de la cavidad oral como la masticación, fonética y estética de la misma como son las prótesis mucosoportadas parciales y totales.

El uso de este tipo de aparatología conlleva una serie de usos y cuidados de los mismos, así como, el uso de información detallada sobre las posibles causas y efectos de un mal uso y cuidado de la aparatología protésica. Estudios recientes han comprobado que los pacientes portadores de prótesis mucosoportada total y parcial carecen de dicha información ya sea por falta de asesoría por parte de los trabajadores de la salud o por falta de conocimiento y entendimiento de la información por parte de los pacientes. Por lo tanto se han desarrollado diversos programas de salud encaminados a mejorar las condiciones de salud de los pacientes así como herramientas de enseñanza y aprendizaje, como material didáctico y videos educativos que en este caso se utilizan para incrementar el conocimiento sobre el óptimo uso y cuidado de la aparatología en pacientes portadores de prótesis mucosoportadas totales y parciales.

Es por eso que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Puede un video educativo incrementar los conocimientos en los pacientes sobre el uso y cuidado de sus prótesis mucosoportadas parciales y totales?



5. JUSTIFICACIÓN

El video es una herramienta didáctica audiovisual que contribuye a facilitar la transmisión de conocimientos por parte del transmisor y la asimilación de éstos por parte del receptor, puede potencializar la enseñanza y el aprendizaje de información en diversos aspectos si se utiliza de una manera adecuada.

La evaluación de programas de salud y/o material didáctico audiovisual es un medio sistemático de aprendizaje empírico para posteriormente utilizar las lecciones aprendidas de una manera adecuada para el mejoramiento y el fomento de la educación para la salud.

Es de gran importancia la evaluación de dichos programas y/o materiales didácticos para comprobar el efecto, utilidad, seguridad y sobre todo la eficacia y en conjunto el beneficio que ofrecen dichos programas al desarrollo y mejoramiento de la salud oral a la población dirigida.

La evaluación del video realizado por Aguilar Nicolás proporcionará información sobre la utilidad y eficacia de este material audiovisual, de igual manera aportará información sobre el aumento y el resultado en el conocimiento adquirido por los pacientes portadores de prótesis mucosoportada después de haber sido aplicado dicho video.

Se podrá también comparar las diferencias del conocimiento entre los pacientes a los que se les presenta dicho material educativo y los que no tuvieron acceso a él. Comprobando así el efecto beneficio que puede ofrecer un material audiovisual educativo hacia los pacientes a los que va dirigido.



6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Evaluar el impacto de un video educativo dirigido a pacientes portadores de prótesis mucosoportada total y parcial.

6.2 Objetivos específicos

Comparar el impacto en los conocimientos y cuidados en dos grupos de pacientes portadores de prótesis mucosoportada total y parcial.

7. HIPÓTESIS

Ha. Los pacientes del grupo de intervención tendrán un mejor conocimiento sobre el hábito y cuidado de las prótesis mucosoportadas totales y/o parciales después de haber sido aplicado el video comparado con los pacientes del grupo control.

Ho. Los pacientes del grupo de intervención tendrán el mismo conocimiento sobre el hábito y cuidado de las prótesis mucosoportadas totales y/o parciales después de haber sido aplicado el video comparado con los pacientes del grupo control.

8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1 Tipo de estudio.

Ensayo comunitario

8.2 Universo de estudio y tamaño de muestra.

Pacientes portadores de prótesis mucosoportada total y parcial de las clínicas periféricas Padierna y la Águilas de ambos turnos. Se realizó una muestra por conveniencia la cual incluyó a todos los usuarios de prótesis mucosoportada.

8.3. Criterios de selección

8.3.1 Criterios de inclusión:

Pacientes que tengan experiencia con el uso de prótesis mucosoportada.



8.3.2 Criterios de exclusión:

Pacientes adscritos a las clínicas periféricas Padierna y las Águilas que no deseen participar.

8.4 Definición operacional y escala de medición de las variables.

Sexo. Género que identifica al sujeto. La información se obtuvo de manera directa a través del cuestionario. Se registró como femenino o masculino.

Edad. Años cumplidos hasta la fecha de la encuesta. La información se obtuvo de forma directa. Se registró en años.

Tiempo de uso de prótesis total. Es el periodo transcurrido a partir de la rehabilitación de la prótesis total. La información se obtuvo de manera directa a través del cuestionario. Se registró en años.

Hábitos de higiene oral. Son las actividades que realizan los pacientes relacionados con los métodos y frecuencia de limpieza de la prótesis total y de su boca. La información se obtuvo de forma directa mediante el cuestionario.

Conocimientos. Es el nivel del discernimiento y diferenciación de los pacientes con respecto a tiempo de vida de la prótesis, uso y cuidado de las prótesis mucosoportadas e higiene oral. La información se obtuvo de manera directa por medio de una encuesta mediante las siguientes preguntas:

Con respecto al tiempo de vida de las prótesis mucosoportadas: ¿Cuánto tiempo lleva utilizando prótesis/dentaduras? ¿Cuánto tiempo considera usted que deben durar sus prótesis/dentaduras actuales?

Con respecto al uso de las prótesis mucosoportadas: ¿Qué prótesis/dentaduras utiliza? ¿Duerme con sus dentaduras? ¿Cuántas horas al día utiliza sus prótesis/dentaduras? ¿Necesita de algún material adhesivo para mantener ajustadas sus prótesis/dentaduras?

Con respecto al cuidado de las prótesis mucosoportadas: ¿Conoce las razones para retirar sus prótesis/dentaduras de su boca? ¿En qué lugar



coloca sus prótesis/dentaduras cuando las retira de su boca? ¿Sabe por qué colocar sus prótesis/dentaduras en un vaso de agua? ¿Con qué frecuencia considera usted que debe asistir al dentista para revisar sus prótesis/dentaduras?

Con respecto a la higiene de las dentaduras mucosoportadas se formularon las siguientes preguntas: Cuando limpia sus prótesis/dentaduras utiliza : a) agua b)pasta c)jabón d)cepillo de dientes e)solución química. ¿Cuántas veces al día lava sus dentaduras? ¿Ha tenido alguna dificultad para lavar sus prótesis/dentaduras? ¿Usa alguna sustancia desinfectante para ayudar a limpiar sus prótesis/dentaduras? ¿Su dentista le ha informado como limpiar su prótesis/dentadura?

Con respecto a la higiene oral del paciente se formularon las siguientes preguntas: ¿Asea su boca? ¿Qué usa para asearla? ¿Cómo asea su boca? ¿Ha tenido enfermedades por portar prótesis/dentaduras? ¿Cree que es necesario que alguien que no tiene dientes deba aseo su boca?

8.5 Método de recolección de la información

Previa autorización de los coordinadores, se aplicó un cuestionario exprofeso para el estudio (anexo 1) a pacientes portadores de prótesis removibles totales y/o parciales sobre el hábito y cuidados de éstas, el cuestionario se aplicó para los pacientes del grupo control en la clínica periférica Águilas y para los pacientes del grupo de intervención se realizaron en la clínica periférica Padierna.

8.6 Análisis estadístico

La información fue capturada en una base de datos para su posterior análisis en el paquete estadístico SPSS 20. Con la finalidad de identificar las diferencias entre los conocimientos adquiridos del grupo control (Águilas) y del grupo experimental (Padierna).

8.7 Consideraciones éticas

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinki vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud, se contó con el consentimiento



informado de manera verbal de los sujetos a estudiar. Para seleccionarlos se utilizaron los criterios descritos, considerando que ésta investigación se encuentra estipulado en el Título Segundo Capítulo: 1 Artículo: 17; inciso 1 Investigación sin riesgo, ya que sólo se aplicó un cuestionario.

Este trabajo cuenta con las consideraciones éticas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-13) del Sector Salud con relación al respeto de la dignidad humana, y los principios éticos de la justicia, beneficencia, no maleficencia, solidaridad y respeto por la autonomía, teniendo en cuenta el consentimiento informado verbal, el compromiso voluntario y consciente de los participantes, la transferencia de conocimientos de la Universidad, el manejo confidencial de la información y la utilización de la misma para los fines exclusivos del proyecto y la devolución de los resultados a los participantes del estudio.

8.8 Recursos

Humanos: un tesista y un tutor.

Materiales: Materiales impresos, lápices, computadora.

Económicos: Por recursos propios.

9. RESULTADOS

Se encuestó a un total de 56 adultos portadores de prótesis mucosoportadas divididos en grupos iguales con 28 sujetos respectivamente para cada grupo. El 58.9% de los sujetos pertenecieron al sexo femenino y el 41.1% fueron hombres. El promedio de edad general fue de 64.89 ± 9.63 años. En cuanto a la distribución por sexo y edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grupo. (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de distribución de la población por sexo y edad.

	grupo					
	intervención		control		total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo*						
Femenino	20	71.4	13	46.4	33	58.9
masculino	8	28.6	15	53.6	23	41.1
	Media	D E	Media	D E	Media	D E
Edad**	60.93	9.06	68.86	8.62	64.89	9.63

Fuente: directa

* $X^2 = 3.61$, $p=0.057$

**U de Mann-Whitney, $p=0.61$

En la tabla 2 se puede observar la frecuencia y distribución del tiempo de uso de la prótesis y el tipo de dentadura que actualmente usan los pacientes. El 44.6% de ellos mencionó tener una experiencia de hasta 5 años, sin embargo el 50% del grupo control tiene más de 5 años de experiencia (algunos de ellos hasta 10 años de experiencia 37%) en comparación con el 46.4% del grupo experimental que solo tiene de 1 a 5 años de experiencia ($X^2=5.97$, $p=0.05$).

El 58.9% de los pacientes encuestados es desdentado y utiliza ambas prótesis. No se observaron diferencias por grupo ($X^2=0.45$, $p=0.79$).

Tabla 2. Frecuencia y distribución de tiempo de uso de la prótesis y tipo de dentadura por grupo.

	grupo					
	intervención		control		total	
	n	%	n	%	n	%
Tiempo de uso de prótesis *						
hasta 1 año	8	28.6	2	7.1	10	17.9
de 1 a 5 años	13	46.4	12	42.9	25	44.6
más de 5 años	7	25.0	14	50.0	21	37.5
Tipo de dentadura						
superior	5	17.9	6	21.4	11	19.6
inferior	7	25.0	5	17.9	12	21.4
ambas	16	57.1	17	60.7	33	58.9

Fuente: directa

* X^2 , $p < 0.05$

En la tabla 3 se puede observar la frecuencia y distribución de los conocimientos de los pacientes con respecto a sus prótesis. El 67% de los pacientes considera que la prótesis debe durar hasta 5 años, sin embargo 60.7% de los pacientes del grupo control consideran que la prótesis debe durar hasta más de 5 años. ($X^2=20.95$, $p=0.00$)

El 58.9% de los pacientes conoce las razones para retirar sus prótesis, sin embargo es en el grupo de intervención donde la mayoría de los pacientes (96%) tienen dicho conocimiento. ($X^2=8.92$, $p=0.003$)

El 60.7% de los pacientes considera que debe asistir al dentista por lo menos cada seis meses, sin embargo, el mayor porcentaje se obtiene con el grupo de intervención donde el 85.7% considera éste dato como el correcto para asistir con el dentista a revisión periódica. ($X^2=18.01$, $p=0.000$)

El 76.8% de los pacientes sabe porque colocar sus prótesis en agua, sin embargo, es en el grupo de intervención donde el 92.9% de los pacientes conoce esta información. ($X^2=8.14$, $p=0.04$)

Al 39.3% de los pacientes del grupo control su dentista no les ha informado el cuidado y mantenimiento de las prótesis, sin embargo al 76.8% del total de pacientes les han otorgado dicha información. ($X^2=4.30$, $p=.038$)

La mayoría de los pacientes, tanto del grupo control (75%) como el de intervención (96.4%) considera necesario el aseo oral ante la ausencia total de los órganos dentarios. ($X^2=5.25$, $p=0.22$)

Tabla 3. Frecuencia y distribución de los conocimientos en relación a uso y cuidados de las prótesis mucosoportadas.

	Grupo					
	intervención		control		total	
Tiempo que considera que debe durar la dentadura*	n	%	n	%	n	%
hasta 5 años	27	96.4	11	39.3	38	67.9
más de 5 años	1	3.6	17	60.7	18	32.1
Razones para retirar la prótesis *						
si	22	78.6	11	39.3	33	58.9
no	6	21.4	17	60.7	23	41.1
Frecuencia para asistir al dentista*						
Hasta 6 meses	24	85.7	10	35.7	34	60.7
Cada año	1	3.6	15	53.6	16	28.6
Cuando duele	3	10.7	3	10.7	6	10.7
¿Conoce las razones para colocar su prótesis en agua?*						
si	26	92.9	17	60.7	43	76.8
no	2	7.1	11	39.3	13	23.2
¿Su dentista le ha informado el						

cuidado de sus prótesis?*						
si	26	92.9	17	60.7	43	76.8
no	2	7.1	11	39.3	13	23.2
¿Considera que una persona sin dientes debe asear su boca?						
si	27	96.4	21	75.0	48	85.7
no	1	3.6	7	25.0	8	14.3

Fuente: directa

* X^2 , $p < 0.05$

En la tabla 4 se puede observar la frecuencia y distribución de los hábitos y cuidados de los pacientes con respecto a sus prótesis. Se observa que el 73.2% de los pacientes no duerme con sus prótesis. ($X^2=4.54$, $p=.101$)

El 75% de los pacientes utiliza sus prótesis solo por el día para retirarlas por las noches, sin embargo, el 25% del total de pacientes utiliza sus prótesis por más de 20 horas. ($X^2=6.09$, $p=0.14$)

La mayoría de los pacientes (75%) coloca sus prótesis en un vaso con agua, en el grupo control el 32.1% coloca sus prótesis en otro recipiente sin agua. ($X^2=6.31$, $p=0.43$)

Se observa que el 60.7% del grupo de intervención tiene un conocimiento correcto sobre el hábito de la limpieza de sus prótesis, en contraste con el 78.6% de los pacientes del grupo control que no asean correctamente las prótesis. El 58.9% del total de pacientes realiza la limpieza de su prótesis de una manera correcta, lo que incluiría el uso de cepillos, jabón, agua y sustancias desinfectantes. ($X^2=8.92$, $p=0.003$)

El 66.1% de los pacientes lava sus dentaduras 3 veces al días después de cada comida. ($X^2=9.1$, $p=0.4$)

Solo el 8.9% de los pacientes ha tenido alguna dificultad para lavar sus prótesis, ya sea por falta de información correcta o por falta de aditamentos para la higiene de sus dentaduras. ($X^2=.22$, $p=.639$)

El 98.2% del total de pacientes, menciona que siempre realiza la higiene oral; en el grupo de intervención se observa que el 100% de los pacientes



realiza el aseo bucal ($X^2=1.01$, $p=.313$), sin embargo, solo el 48.2% del total de pacientes tiene un conocimiento correcto de cómo y con qué realizar la higiene bucal, lo que incluiría el uso de cepillos, pasta dental, gasas, agua y enjuague bucal. En el grupo de intervención se observa que el 64.3% de los pacientes cuenta con el conocimiento correcto del aseo bucal. ($X^2=5.79$, $p=0.16$)

Solo el 3.6% del total de los pacientes ha tenido enfermedades por el uso de prótesis, de las cuales solo se menciona la aparición de aftas. En el grupo de intervención el 100% de los pacientes afirma no haber desarrollado enfermedades por el uso de sus prótesis.

Tabla 4. Frecuencia y distribución de los hábitos en relación a uso y cuidados de las prótesis mucosoportadas.

	grupo					
	intervención		control		total	
¿Duerme con sus dentaduras?						
si	3	10.7	7	25.0	10	17.9
no	24	85.7	17	60.7	41	73.2
a veces	1	3.6	4	14.3	5	8.9
¿Cuantas horas utiliza sus dentaduras?						
todo el día y la noche	3	10.7	11	39.3	14	25.0
solo por el día y me las retiro en la noche	25	89.3	17	60.7	42	75.0
¿Dónde coloca sus prótesis?						
vaso con agua	25	89.3	17	60.7	42	75.0
vaso sin agua	1	3.6	2	7.1	3	5.4
otro recipiente	2	7.1	9	32.1	11	19.6
¿Con que limpia sus dentaduras?*						
conocimiento incorrecto	11	39.3	22	78.6	33	58.9



conocimiento correcto	17	60.7	6	21.4	23	41.1
¿Cuántas veces al día lava su prótesis?						
0	0	0.0	1	3.6	1	1.8
1	2	7.1	2	7.1	4	7.1
2	2	7.1	9	32.1	11	19.6
3	21	75.0	16	57.1	37	66.1
4	3	10.7	0	0.0	3	5.4
¿Ha tenido dificultades para lavar su prótesis?						
Si	2	7.1	3	10.7	5	8.9
no	26	92.9	25	89.3	51	91.1
¿Asea su boca?						
si	28	100	27	96.4	55	98.2
a veces	0	0.0	1	3.6	1	1.8
¿Que usa para asearla?*						
conocimiento incorrecto	10	35.7	19	67.9	29	51.8
conocimiento correcto	18	64.3	9	32.1	27	48.2
¿Ha tenido enfermedades por usar prótesis?						
si	0	0.0	2	7.1	2	3.6
no	28	100	26	92.9	54	96.4

Fuente: directa

* X^2 , $p < 0.05$



10. DISCUSIÓN

Es importante tomar con cautela los resultados de este estudio ya que la muestra utilizada no es representativa de la población adulta mayor.

De acuerdo con la literatura para poder evaluar un programa de salud existen diferentes métodos. La evaluación comprende de factores como: valoración cualitativa y cuantitativa de un proyecto o programa en grupos poblacionales específicos buscando la eficacia, eficiencia y calidad de dicho programa.⁵

Uno de los métodos para la evaluación de programas es el de comparación de grupos que consiste en seleccionar dos grupos de personas, uno que haya accedido al programa y otro que no tenga acceso al mismo, comparando los resultados que se esperan obtener con el programa en ambos grupos. Siendo el acceso al programa la variable de control.⁶

El presente estudio se basó en éste tipo de evaluación, ya que se seleccionaron dos grupos, el grupo control (pacientes de clínica águilas) y el grupo de intervención (pacientes de clínica Padierna). Se evaluaron los efectos que tuvo la aplicación de un video ya que es uno de los medios didácticos que, adecuadamente empleado, sirve para facilitar la transmisión de conocimientos y la asimilación de éstos.¹³ En cuestión de los conocimientos y hábitos antes y después de la intervención de este video, así como los conocimientos y hábitos que tienen los pacientes del grupo control que no fueron intervenidos.

En este sentido, en este estudio se utilizó un grupo control en el cual los individuos de este grupo son los que no reciben la intervención, así pues el grupo de intervención es en quienes se compararán los efectos observados. Cabe destacar que una característica fundamental de los diseños evaluativos es su validez interna, definida como la capacidad del estudio para descartar posibles sesgos que puedan enmascarar explicaciones alternativas a los resultados observados, en el cual podemos tener la certeza de haber obtenido dos grupos iguales que sólo



se diferencien (salvo por efecto del azar) en que uno de ellos ha sido sometido a la intervención y el otro no.²³

Es muy importante tomar en cuenta que el resultado de los pacientes que fueron sometidos a la intervención se realizó inmediatamente después de haber aplicado el video, por tanto en las variables de conocimiento es en donde se hace más notorio el cambio ya que como lo menciona el Dr. Wael,³⁰ el tiempo sugerido para evaluar éstos cambios son de 6 meses a 1 año, por lo que los cambios a corto plazo se ven reflejados en el conocimiento y en el comportamiento, y los cambios a largo plazo se observan en la actitud.³⁰

La media de edad del total de pacientes tanto del grupo control como los de intervención fue de 64.8 por lo que cabe destacar como lo menciona Mansilla,¹⁸ pertenecen a la tercera edad ya que la edad adulta posterior o tercera edad comienza a partir de los 60 años. Es importante señalar que las personas comienzan a perder células cerebrales, en pocos números a la vez, al cumplir veinte años, su cuerpo también comienza a fabricar menos sustancias químicas de las que sus células cerebrales necesitan para funcionar. Mientras más edad, más afectan estos cambios a la memoria.¹⁹ El envejecimiento puede afectar la memoria cambiando la forma de como el cerebro almacena la información, haciendo más difícil recordarla.

La memoria a corto plazo y la memoria remota usualmente no son afectadas por el envejecimiento, como lo mencionan Arenas y Luna,¹⁹ por tanto éste es un factor importante que interfiere en el conocimiento y hábitos de los pacientes de ambos grupos, por las condiciones de su edad. Dado que a mayor edad se va haciendo más difícil la comprensión de la información.¹⁹ El video propone potenciar la enseñanza-aprendizaje con miras al incremento de conocimientos y al desarrollo de habilidades y destrezas en diversos aspectos de la promoción del uso y cuidados de las prótesis mucosoportadas.

El uso correcto de las prótesis incluye la información necesaria, hábitos y prácticas adecuadas para su correcta función. Entre ellos está que el



paciente esté informado de la duración y cuidado de sus dentaduras, la importancia de asear su boca y la frecuencia del uso de servicios dentales. Entre los hábitos y prácticas, el dentista debe hacer hincapié al paciente de ser constante al seguir las instrucciones. De esta manera, se pueden prevenir lesiones o enfermedades bucales y mantener la dentadura en buen estado.²⁰

En cuanto al tiempo de uso de las prótesis el 44.6% del total de pacientes lleva de 1 a 5 años utilizando sus prótesis, el 17.9% menos de un año y el 37.5% más de 5 años, con lo cual coincide con el estudio realizado por Ortiz y Moreno que estudió una muestra de adultos mayores de 50 años que acudieron a consulta externa de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),²¹ en donde el promedio de tiempo usando prótesis fue de ocho años, pero difiere con el rango del tiempo que fue desde un mes a 50 años,²¹ mientras que en éste estudio el rango fue de tres meses hasta 15 años.

En cuanto al tipo de prótesis se observó que el 58.9% del total de la muestra es desdentado total ya que usa ambas dentaduras, lo que coincide con el estudio de Cooper y Cols.,²² donde se menciona que a pesar de la disminución del edentulismo en algunos países, éste sigue siendo un problema vigente, se estimó que más de 10 millones de nuevos casos de edéntulos se presentarían en la década actual. Lo anterior, aunado al aumento en la esperanza de vida de la población, incrementa a su vez la necesidad de tratamientos bucodentales y por ende la necesidad de la enseñanza del uso y cuidados de las prótesis totales mucosoportadas.²²

En cuanto a los conocimientos con la duración y el cuidado de las prótesis, hubo una diferencia significativa en el conocimiento del tiempo que debe durar la prótesis, ya que el 60.7% de los pacientes del grupo control tienen un conocimiento incorrecto pues consideran que esta debe durar más de 5 años y/o hasta 10 años en un promedio, lo que coincide con estudios que reportan que los usuarios de prótesis desconocen el tiempo adecuado o aconsejable de uso. Castellucci Barbosa²³ menciona



que la mayoría de los pacientes creen que la dentadura puede ser utilizada por más de 10 años,²³ mientras que la mayoría (96.4%) de los pacientes del grupo de intervención en este estudio asimilaron que el tiempo máximo para utilizar una prótesis es de 5 años, tiempo que algunos autores aconsejan como tiempo ideal de uso.²¹ La reabsorción alveolar es un indicativo importante para el cambio de prótesis, pero debemos tomar en cuenta que la duración de la prótesis va a depender de la calidad del material con que fueron hechas, el cuidado y hábitos que el paciente tenga con ellas.²⁴

El 78.6% de los pacientes del grupo de intervención conocen las razones para retirar sus prótesis, ya que éstas se mencionan y se explican en el video, mientras que en el grupo control solo el 39.3% de los pacientes conocen dichas razones. La literatura menciona que los pacientes deben retirar las dentaduras durante la noche o por lo menos por un período de 3 horas durante el día. Algunos pacientes experimentan fatiga como resultado de tenerlas fuera de la boca toda la noche, mientras que otros descansan retirándoselas. El contacto constante de un material extraño con los tejidos bucales de algunos individuos, produce cambios que en ocasiones puede llegar a lesionar la mucosa. La mucosa oral puede reaccionar negativamente a la inserción de la prótesis ya que esta puede provocar una reacción alérgica, irritaciones y úlceras por el roce, o bien acumulación de placa. En el contacto que se establece entre la mucosa y la dentadura, la acumulación de placa bacteriana puede provocar un importante efecto negativo y dañino. La superficie de las dentaduras, con sus irregularidades y microporosidades puede promover la acumulación de placa al aumentar la superficie expuesta. Pero la acumulación de placa está influenciada por otros factores como el diseño de las prótesis, la salud de los tejidos orales, el índice de segregación salivar del paciente, la composición de la saliva, la higiene oral y los hábitos de uso.^{25, 27}

El 85.7% de los pacientes después de haber sido sometidos a la intervención tienen el conocimiento correcto sobre la frecuencia de asistencia al dentista que es cada 6 meses, en comparación con los del



grupo control, que consideran que debe ser cada año o más (53.6%). Solo el 10.7% del total de la muestra menciona que acude al dentista cuando tiene molestias, lo que difiere del estudio realizado por Menéndez donde menciona que el 84.7% de los pacientes acude al odontólogo cuando tiene molestias, mientras que solo el 2% acude con frecuencia.²⁵

En México el Sistema Nacional de Salud no está en condiciones de responder totalmente a las demandas y necesidades de servicios de salud de la población, ni de alcanzar la universalidad de los servicios de salud con la efectividad que se requiere, el enfoque preventivo no ha sido suficiente para responder a los retos que resultan de la transición epidemiológica que afecta actualmente a la población mexicana. La asistencia a los servicios de salud incluyendo al servicio dental de manera general es escaso, no existe la cultura de prevención. En algunas afecciones, tales como las caries dentales, las periodontopatías, las maloclusiones, entre otras propias de la estomatología, la función del individuo es determinante, pero solo estará en condiciones de enfrentar la problemática de salud si tiene una cultura sanitaria que le permita practicar el autocuidado y la autorresponsabilidad. Estomatólogos generales integrales han realizado investigaciones relacionadas con la promoción y la prevención a fin de elaborar el análisis de la situación de salud de la comunidad, pero según los resultados, con las acciones sanitarias tradicionalmente desplegadas aún no es suficiente, ya que se cree que es a través del estudio y la transformación de la cultura en salud es como se puede revertir la situación actual para obtener así mejores indicadores de salud bucal.^{28, 29}

Se observa que el 92.9% del grupo de intervención conoce las razones por las cuales debe colocar sus prótesis en un vaso con agua, mientras que el 60.7% del grupo control no las conoce, sin embargo, el 89.3% de los pacientes intervenidos mencionan que colocan sus prótesis en un vaso con agua y solo el 7.1% las coloca en otro recipiente sin agua, mientras que el 32.1% del grupo control menciona que deja sus prótesis



en un recipiente sin agua (cajas de cartón, cajas plásticas o en papel). La literatura menciona que es conveniente conservar la prótesis en un medio húmedo con algún antiséptico. Un medio adecuado (para prótesis completas y removibles de resina, pero no para esqueléticos de metal) sería el hipoclorito sódico al 1% o 2%. A esta solución se puede añadir algún agente descalcificante para que se disuelvan los depósitos que hayan iniciado su calcificación,²⁶ o bien sumergirlas en una solución desinfectante tipo Clorhexidina al 0.2%, o en agua con una pastilla de inmersión.²⁷

También se observa una diferencia significativa en cuanto que al 39.3% del grupo control no le ha informado su dentista sobre el cuidado de sus prótesis, en comparación con el grupo de intervención en donde el 92.9% menciona que ya le han informado. La literatura menciona que una de las obligaciones del equipo que trabaja en la educación del paciente es tomarse el tiempo para enseñar hábitos de higiene, usos y cuidados que deben de tenerse con las prótesis y la autoexploración bucal buscando posibles lesiones producidas por las prótesis. En cuanto a los hábitos se observó que el 73% del total de pacientes no duerme con sus dentaduras, pero el mayor porcentaje se observa entre los pacientes que fueron intervenidos con un 85.7%, dato que difiere con el estudio de Menéndez, en donde el 69.4% no se retira la prótesis a ninguna hora y solo el 28.6% tiene el hábito de retirársela en el horario nocturno. Se ha observado que muchas reacciones hiperplásicas de los tejidos bajo dentaduras ocurren en pacientes que las usan de forma continua de día y de noche.²⁵

El 89.3% de los pacientes intervenidos considera que debe descansar de sus prótesis un promedio de 6 horas, mientras que en el grupo control solo el 60.7% consideran este dato. La literatura menciona que los pacientes deben retirar las dentaduras durante la noche o por lo menos por un período de 3 horas durante el día para el descanso de los tejidos de la boca.^{25, 27}



El 78.6% de los pacientes del grupo control tienen el conocimiento correcto sobre la limpieza de las dentaduras comparado con los del grupo de intervención que arroja un resultado del 60.7% de los pacientes que tienen el conocimiento correcto sobre el cuidado de sus prótesis que incluye la limpieza con cepillo dental, jabón, agua y sustancias desinfectantes. Las prótesis deben ser cepilladas con cepillos con curvatura bien adaptada a las necesidades y penachos de cerdas centrales más cortas, así como cepillos eléctricos que dan mejores resultados en la remoción de placa en comparación con los cepillos convencionales, se aconseja el uso de cepillos especiales para prótesis o cepillos convencionales pequeños como los usados para higiene de las uñas con jabón sin colorantes ni perfumantes. Se aconseja llenar el lavabo con una pequeña cantidad de agua, para que en caso de caída de la prótesis esta no se pueda golpear y fracturar, enjuagarla al chorro del agua no es suficiente.²⁶⁻²⁷

El 80.7% de los pacientes del grupo de intervención tienen el hábito correcto del número de veces en que deben lavar sus dentaduras que oscila entre 3 y 4 veces al día, lo que coincide con el estudio de Menéndez el cual menciona que el 82.7 % de estos manifestó cepillarla 3 veces al día. Así mismo, la literatura menciona que las prótesis deben cepillarse 3 veces al día o después de cada comida como medida para evitar que restos de alimentos y bacterias colonicen las prótesis.^{25,27}

El 98.2% del total de pacientes menciona que debe asear su boca, sin embargo solo el 48.2% del total de pacientes tiene el conocimiento correcto del aseo bucal, siendo en el grupo de intervención con el 64.3% donde se observa el mayor porcentaje de pacientes que poseen el conocimiento correcto. La literatura menciona que una vez que una persona lleva una prótesis (ya sea completa o parcial), la higiene dental, tanto de los dientes naturales remanentes como de los repuestos, continúa teniendo tanta importancia o tal vez más aún que cuando esta persona tenía sólo dientes naturales, que los ha perdido total o parcialmente. Por todo ello, debemos considerar que nunca es tarde para



realizar una adecuada prevención mediante un correcto control de placa bacteriana, tanto mecánico como químico y que el hecho de ser anciano, portar una prótesis parcial o completa no es excluyente de estos objetivos. Otro tema a tratar será el que estas personas puedan llevar a cabo por sí mismos esta higiene o precisen la ayuda de un familiar o de personal auxiliar. La mucosa que queda en contacto con la dentadura también debería ser cepillada con un cepillo suave o en su defecto una gasa o trapo húmedo. La importancia de estos procedimientos está probada clínicamente, y demuestran que un control adecuado de la placa que se forma en la dentadura y la mucosa resulta en una clara mejoría de la salud de la mucosa oral.^{26, 27}

La literatura menciona que la colocación de una prótesis removible en la cavidad oral siempre produce un cambio que en ocasiones puede llegar a lesionar la mucosa. La mucosa oral puede reaccionar negativamente a la inserción de la prótesis ya que esta puede provocar una reacción alérgica, irritaciones y úlceras por el roce, o bien acumulación de placa por lo que los pacientes deben mantener una correcta higiene de sus dentaduras removibles ya que si no se puede promover infección o irritación de la mucosa, aparición de caries en los dientes pilares y/o remanentes, contribuir a la enfermedad periodontal de los dientes pilares y/o remanentes de sobredentaduras, perimplantitis, y la degradación química o corrosiva de los materiales de la prótesis³⁰, sin embargo, la mayoría de la muestra (96.4%) menciona que no ha tenido ninguna enfermedad por el uso de prótesis, mientras que el 3.6% menciona haber padecido solo de aftas en la cavidad oral.

La mayoría de los pacientes, tanto del grupo control (75%) como el de intervención (96.4%) considera necesario el aseo oral ante la ausencia total de los órganos dentarios, por supuesto que si no existen dientes en boca, difícilmente se podrán adherir las proteínas de la saliva a su superficie y después ser colonizadas por las bacterias, pero debemos de considerar situaciones muy concretas y que son las que realmente nos importarán en el paciente geriátrico. Aquellas personas portadoras de



prótesis completas, donde también se adhieren las proteínas salivares y posteriormente se ven colonizadas por bacterias y levaduras, formándose la placa bacteriana sobre la prótesis. Esta flora bacteriana produce toxinas y puede crear irritación de tejidos blandos, siendo lo que conocemos como palatitis o estomatitis protésica.²⁶



11. CONCLUSIONES

1. Es importante considerar un tiempo más amplio para observar cambios en la actitud de los pacientes, ya que recabar la información de manera inmediata no es una opción válida para la evaluación de los resultados.
2. Al tratarse de un video cómico y abordar un lenguaje sencillo, el video es ameno y entendible, por lo que tiene bastante aceptación por parte de los pacientes.
3. El video ejerce un cambio en el conocimiento de los pacientes en lo que respecta a hábitos adecuados de higiene de las dentaduras, años aconsejables que debe durar una dentadura y aditamentos que deben usarse para la correcta higiene de ésta.
4. El video educativo dirigido a los pacientes portadores de prótesis mucosoportada ayuda y facilita la comprensión de los hábitos y cuidados de las prótesis mucosoportadas.
5. El video es una opción adecuada de transmisión de la información hacia los pacientes portadores de prótesis mucosoportadas, que con el tiempo puede lograr una mejoría en cuanto a conocimientos y hábitos para el mantenimiento de las prótesis.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Landinez Parra Nancy Stella, Contreras Valencia Katherine, Castro Villamil Ángel. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev. cub. salud pública [Internet]. 2012 Dic. [accesado 2016 Abr 07]; 38(4): 562-580. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662012000400008>.
- ² Salech MF, Jara LR, Michea AL, Cambios Fisiológicos Asociados Al Envejecimiento. Revista Medica Clínica Condes. 2012; 23(1):19-29.
- ³ Castrejón PR. Salud Bucal en los Adultos Mayores y su Impacto en la Calidade Vida. Instituto de Geriatria. Noviembre 2015(1):258-270.
- ⁴ Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2010 Abr [accesado 2016 Abr 08]; 3(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000100005>.
- ⁵ Mirabal Nápoles Marjoris, Rodríguez Sánchez Joaquín, Guerrero Ramírez Marina, Álvarez Muñoz Maira. Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de Salud Pública. Rev Hum Med [Internet]. 2012 Ago [citado 2016 Abr 07]; 12(2): 167-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200002&lng=es.
- ⁶ Naranjo María. Evaluación de programas de salud. Comunidad y Salud [Internet]. 2006 Dic [citado 2016 Abr 08]; 4(2): 34-37. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005&lng=es.
- ⁷ Reyes Obediente Fidela M, Espeso Nápoles Nelia, Hernández Suárez Alicia. Promoción de salud bucal en la Tercera edad en un Centro Comunitario de Salud Mental. AMC [Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Abr 07]; 13(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000300002&lng=es.
- ⁸ Valadez Figueroa, Villaseñor Farías, Alfaro Alfaro Educación para la Salud: la importancia del concepto, Revista de Educación y Desarrollo. Guadalajara, México 2004; disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf
- ⁹ Wald Gabriela. Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa N° 15 de la Ciudad de Buenos Aires. Salud colectiva [Internet]. 2009 Dic [citado 2016 Abr 06]; 5(3): 345-362. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300004&lng=es.
- ¹⁰ Álvarez Estupiñán Miriam. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. CCM [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Abr 07]; 17(1): 79-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100013&lng=es.
- ¹¹ menendez Vazquez L.La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de prótesis estomatológica 2003; 40(2): Disponible en :



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200008&Ing=es.

¹² Bravo RJ. ¿Qué es el Video Educativo?[monografía en internet]. España ,2000: Universidad Politécnica de Madrid;[accesado el 20 de Enero 2016]. Disponible en: <http://www.ice.upm.es/wps/jlbr/Documentacion/QueEsVid.pdf>

¹³ Daza HG. Historia y Perspectivas del video educativo y cultural de América Latina.[monografía en internet]. Chile 2002: Universidad Santa María de Valparaíso y CEDAL:[accesado el 4de Febrero 2016]. Disponible en: <http://dialogosfelafacs.net/wp-content/uploads/2012/01/37-revista-dialogos-video-educativo-y-cultural-en-america-latina.pdf>

¹⁴ Maciel LH. Conocimientos y hábitos en pacientes portadores de Prótesis total que acuden a la clínica de prostodoncia total en la Facultad e Odontología, Unam (2013-2014).[tesina]. México D.F:UNAM; 2014.

¹⁵ Aguilar EA. Conocimiento de los pasantes de la carrera de Cirujano Dentista sobre las indicaciones y cuidado de prstodoncias totales mucosoportadas en pacientes de FO. UNAM.[tesina].México D.F: UNAM;2013.

¹⁶ Mejía GA, González FM, Lomelí BG. Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (SIVEPAB) 2012. Primera Edición, México 2013.[accesado 10 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_sivepab/SIVEPAB-2012.pdf

¹⁷ Gutierrez VV, León MR, Castillo AD. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatológica Herediana;2015 Jul;25(3):179-86

¹⁸ . Mansilla AM. Etapas del desarrollo Humano. Revista de investigación en Psicología. 2000; 2(3);106-116.

¹⁹ Peres AX, Luna PG. Memoria a corto plazo en personas de la tercera edad. AJAYU.2010 MAY.8(1):125-150. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/LRI%202014/Memeoria%20a%20corto%20plazo%20persona%203a%20edad%20%20Bolivia.pdf>.

²⁰ Nebot M, López M, Ariza C, Villalví J, García A. Evaluación de la efectividad en salud pública: Fundamentos conceptuales y metodológicos.Gaceta Sanitaria.2011; 25(1):3-8.

²¹ Diaz Martell, Y. Martel Forte, I.D. L.C., Y Zamora díaz, J.D. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista cubana de Estomatología 2007; 44(3): disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=arttext&pidS0034-75072007000300002&ing=es>.

²² Cooper L. The current and future tretment of edentulism. Journal of Prosthodontics 2009;18: 116-22. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1039860&pid=S0213-1285201400040000300005&Ing=es



- ²³ De Castelluci Barbosa L. Ferreira MR, De Carvalbo Calabrich CF, Viana AC, De Lemos MC, Lauria RA. Edentulous Patients knowledge of dental hygiene and care of prostheses. *Gerodontology* 2008;25:99-106
- ²⁴ Corona Carpio Marcia Hortensia, Rey Prado Blanca, Arias Arañó Zulema, Núñez Antúnez Leonardo. Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales. *Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2007 Dic [citado 2016 Abr 08]; 44(4):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400013&lng=es.
- ²⁵ Menéndez L. L aconsejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de prótesis estomatológica. *Revista Cubana de Estomatología*. 2003 May-Ago; 40(2).
- ²⁶ Caballero FJ, Cabalero JC, Ortolá JC. Higiene de las prótesis dentales removibles en el anciano. *Revista de Especialidades Geriátricas y Gerontológicas*. 2008. 33(2):25-31.
- ²⁷ Blanco L, López J, Gómez P. Hábitos en el mantenimiento de higiene de las prótesis removibles: Estudio comparativo entre dos sistemas de limpieza. *Revista Gaceta Dental: Industria y Profesiones*. 2011 Sep 22.(192); 162-169.
- ²⁸ Juan Mercedes, Moguel Ancheita Alba, Valdés Olmedo Cuauhtémoc, González Pier Eduardo, Martínez González Gabriel, Barraza Llorens Mariana et al. Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud pública Méx [Internet]*. 2013 [citado 2016 Abr 08]; 55(spe.): 1-64. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es.
- ²⁹ Lugo Angulo Ercilia, García Cabrera Lizet, Gross Fernández Caridad, Casas Gross Sandra, Sotomayor Lugo Francisco. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *MEDISAN [Internet]*. 2013 Abr [citado 2016 Abr 08]; 17(4): 677-685. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015&lng=es.
- ³⁰ Wael S. Planeación y evaluación de programas de Salud Oral. Congreso Nacional e Internacional de Salud Pública Bucal 2016. México D.F. Facultad de Odontología Unam.
- ³¹ Aguilar NA. elaboración de un video educativo dirigido a pacientes de prótesis mucosportada. [tesina] Mexico, D.F: UNAM; 2015.

13. Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



INSTRUCCIONES: Como parte del proyecto de investigación "EVALUACIÓN DE UN VIDEO EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL Y PARCIAL", solicitamos responda los siguientes cuestionamientos. ¡GRACIAS!

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: Femenino

Masculino

1.- ¿Cuánto tiempo lleva utilizando prótesis/dentaduras?

2.- ¿Cuánto tiempo considera usted que deben durar sus prótesis/dentaduras actuales?

3.- ¿Qué prótesis/dentaduras utiliza?

Superior

Inferior

Ambas

4.- ¿Duerme con sus dentaduras?

Sí

No

A veces

5.- ¿Cuántas horas al día utiliza sus prótesis/dentaduras?

6.- ¿Conoce las razones para retirar sus prótesis/dentaduras de su boca?

Sí

No

(Sí) Explique las razones.

7.- ¿En qué lugar coloca sus prótesis/dentaduras cuando las retira de su boca?

8.- cuando limpia sus prótesis/dentaduras utiliza :

Agua

Pasta

Jabón

Cepillo de dientes

Solución química Otros _____
9.- ¿Cuántas veces al día lava sus dentaduras?

10.- ¿Ha tenido alguna dificultad para lavar sus prótesis/dentaduras?

Sí. Explique: _____ No

11.- ¿Usa alguna sustancia desinfectante para ayudar a limpiar sus prótesis/dentaduras?

Sí ¿cuál? _____ No

12.- ¿Necesita de algún material adhesivo para mantener ajustadas sus prótesis/dentaduras?

Sí ¿cuál? _____ No

13.- ¿Asea su boca?

Sí No A veces

14.- ¿Qué usa para asearla?

Cepillo Gasas Solo agua Otro (especifique) _____

15.- ¿Cómo asea su boca?

16.- ¿Ha tenido enfermedades por portar prótesis/dentaduras?

Sí ¿cuáles? _____ No

17.- ¿Con qué frecuencia considera usted que debe asistir al dentista para revisar sus prótesis/dentaduras?

18.- ¿Sabe por qué colocar sus prótesis/dentaduras en un vaso de agua?

Sí. Explique la razón _____ No

19.- ¿Su dentista le ha informado como limpiar su prótesis/dentadura?

Sí No

20.- ¿Cree que es necesario que alguien que no tiene dientes deba asear su boca?

Sí No ¿Por qué? _____

