



01421
244

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

ACTITUD DEL ADULTO EN PLENITUD HACIA EL
ODONTÓLOGO (ESTUDIO DE CASO EN JUCHITEPEC
ESTADO DE MÉXICO)

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

LUZ MARÍA OSORIO LEÓN

Concepción Ramírez Soberón

DIRECTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN
ASESORA: C.D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA



MÉXICO D. F.

MAYO 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Dra. María Concepción Ramírez Soberón.

Dra. Nancy Antonieta Jacques Medina

Por su apoyo para llegar al término de un ciclo más en mi preparación, por sus esfuerzos para hacer de mí un profesionalista y por toda la dedicación que siempre recibí, por lo que no se hubiera logrado sin su ayuda. Con gratitud y especial cariño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*Doy gracias a Dios por permitirme
culminar uno de mis grandes anhelos, como
la realización de mi carrera profesional.*

*A mis padres, hermanos y amigos por la
comprensión, ayuda y sobre todo por el gran
apoyo brindado, que fueron muy
importantes para alcanzar este objetivo,
mismo que agradeceré toda mi vida.*

gracias

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C

INDICE

Introducción

1. -Marco teórico.....	1
1.1 Definiciones.....	1
1.2 Cambios fisiológicos en la vejez.....	2
1.2.1 Cambios psicológicos en la vejez.....	3
1.2.2 Reacciones de ansiedad en la vejez.....	4
1.2.3 Neurosis depresiva.....	5
1.2.4 Síntomas fóbicos en la vejez.....	5
1.2.5 Demencia.....	6
1.2.6 Auto abandono.....	7
1.2.7 Alucinaciones.....	7
1.2.8 Actitud	7
1.3 Cambios biológicos.....	8
1.4 Cambios socioculturales.....	9
1.5 Motivación-educación directa al paciente.....	10
1.6 Patología bucal del anciano.....	12
1.6.1 Caries radicular.....	12
1.6.2 Enfermedad periodontal.....	13
1.6.3 Xerostomía.....	14
1.6.4 Abrasión.....	14
1.6.5 Erosión.....	15
1.6.6 Neoplasias.....	15
1.7 Medidas preventivas bucodentales del adulto mayor.....	17
1.8 Escalamiento tipo Likert.....	18
2. - Monografía de Juchitepec Estado de México.....	19
2.1 Denominación.....	19
2.2 Toponimia.....	19

0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3	Localización geográfica.....	20
2.4	Topografía.....	21
2.5	Geología.....	21
2.6	Orografía.....	22
2.7	Hidrología.....	22
2.8	Clima.....	22
2.9	Flora y fauna.....	23
2.10	Población.....	24
2.11	Salubridad.....	25
2.12	Educación.....	27
2.13	Iglesias y templos religiosos.....	29
2.14	Vías de comunicación.....	31
2.15	Agricultura.....	31
2.16	Ganadería.....	32
2.17	Comercio.....	33
2.18	Industria.....	33
2.19	Vivienda.....	33
3.	Planteamiento del problema.....	35
4.	Justificación.....	36
5.	Hipótesis.....	37
6.	Objetivos.....	38
6.1	Objetivos general.....	38
6.2	Objetivos específico.....	38
7.	Metodología.....	39
7.1	Material y métodos.....	39
7.2	Tipo de estudio.....	39
7.3	Población de estudio.....	39
7.4	Muestra.....	40
7.5	Variables de estudio.....	40
7.6	Criterios.....	41

E

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.6.1 Criterios de inclusión.....	41
7.6.2 Criterios de exclusión.....	41
7.7 Técnica de recolección de datos y análisis de datos.....	41
8 - Implementación del programa.....	42
8.1 Selección de contenidos.....	42
8.2 Límites.....	42
8.2.1 De espacio.....	42
8.2.2 De tiempo.....	42
8.2.3 Universo de trabajo.....	42
8.3 Especificación de actividades.....	42
8.4 Recursos.....	44
8.5 Cronograma de actividades.....	45
8.6 Evaluación del programa.....	46
9 - Resultados.....	47
10. - Conclusiones.....	56
11. - Bibliografía.....	58
12. - Anexos.....	60

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso de vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. El envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como la capacidad de adaptación del individuo.

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno.

La proporción de ancianos de 60 años y más está aumentando rápidamente. Actualmente se estima que la población anciana es de aproximadamente 1 por cada 10 personas en el mundo. Asimismo se ha registrado que las mujeres viven más que los hombres y que la porción de mujeres ancianas va en aumento. En 1995, en los países desarrollados el número estimado de mujeres de 60 años y más constituyó más del 20% del total de la población femenina, mientras que la porción de hombres ancianos era de 15%.

Para el año 2025, el porcentaje de mujeres ancianas en países desarrollados alcanzará el 27% de la población, mientras que el de los hombres ancianos llegará a 22%.

En la población mexicana la proporción de ancianos aumentó 129% del año 1964 a 1995.

Se ha encontrado que una gran proporción de personas retiene sus dientes naturales por más tiempo, asimismo en varios estudios en países desarrollados se ha encontrado que la caries coronal en los ancianos es la principal causa de extracción dental, reportando un índice CPOD (cariado, perdido u obturado) alto.

La caries dental en el anciano generalmente involucra las superficies radiculares o se presenta como una lesión secundaria alrededor de

G

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

restauraciones previas. Como consecuencia de recesión gingival, las superficies radiculares son más susceptibles a la destrucción mecánica que el esmalte debido a la estructura y composición química de la dentina y el cemento.

Es necesario que se conozcan las condiciones dentales de otros grupos de ancianos y que se empiecen a planificar programas de prevención, educación para la salud y rehabilitación para este creciente grupo de edad y así se modifiquen actitudes de la sociedad ante la vejez.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. - MARCO TEÓRICO

El sistema estomatognático es definido como el grupo anatómico-fisiológico de órganos y estructuras que realizan la función de masticación, deglución y fonación. Está conformado por músculos, huesos y demás estructuras de cabeza y cuello. Pueden destacarse tres funciones sustantivas del sistema estomatognático: habla, alimentación y defensa. Debemos tomar en cuenta siempre el componente psicológico que acompañará las funciones de esta región toda la vida.¹

1.1 DEFINICIONES:

LA GERODONTOLOGÍA

Es la rama de la medicina que se ocupa de la salud bucodental del anciano. Uno de sus principales objetivos es sensibilizar a los profesionales de la salud para que los ancianos modifiquen su actitud respecto a la atención dental con el fin de procurarles una mejor calidad de vida.²

LA GERONTOLOGIA

Proviene del griego (gerón: anciano; logos: tratado) y designa a la ciencia que estudia el proceso del envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos, funcionales, psicológicos y sociales.

EL ENVEJECIMIENTO

Es un proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona. Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo.

EL ANCIANO O ADULTO MAYOR

Es la persona de 60 años o más.

GERIATRÍA

Es la rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presentan en la vejez.³

1.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA VEJEZ

Aunque los cambios en la síntesis de proteínas declinan la calidad de saliva, la cantidad de producción se preserva. En realidad con gran frecuencia la hipo salivación es principalmente de etiología medicamentosa, ya que existen más de 450 fármacos con este efecto indeseable. Es importante recordar que la fase inicial de degradación de los hidratos de carbono se realiza en la cavidad bucal por la saliva; su falta de calidad o de cantidad ocasiona una deglución inadecuada por la consistencia del bolo alimenticio.

Otro problema que involucra a la síntesis de proteínas es la disminución del grosor de la mucosa bucal, que sufre cambios muy parecidos a los de la piel por una disminución en la microvasculatura. La disposición celular cambia, lo que debilita la mucosa, y esto representa un factor de riesgo para infecciones, desgarros, lesiones precancerosas y cancerosas de la cavidad bucal.

Los pacientes geriátricos pierden también movilidad en la mandíbula, lo que dificulta su masticación y movimientos linguales, principalmente por trastornos en la unidad neuromuscular del aparato masticatorio. Los dientes pierden sensibilidad debido a la producción de dentina reparativa, disminuyendo el espacio para las fibrillas de Tomes, (prolongaciones axónicas de los nervios del diente) y continúa su calcificación, curiosamente contrario a lo que sucede en los tejidos óseos. La retracción de la pulpa

dental (paquete neurovascular) por producción de dentina secundaria, disminuye la sensibilidad al dolor, por lo que a pesar de las condiciones deplorables de la cavidad bucal el paciente puede no reportar dolor.

La placa dentobacteriana aumenta el número de bacterias gramnegativas, lo que pone en mayor riesgo al paciente para desarrollar padecimientos de vías respiratorias y digestivas.

La pérdida del gusto que manifiestan muchos ancianos se debe más a una pérdida del olfato y a la obturación de los receptores de textura, temperatura y gusto del paladar, con frecuencia agravadas o condicionadas por los diseños de las prótesis dentales. Las papilas gustativas no muestran una disminución con respecto a la edad, sólo hay un ligero aumento en el tiempo de producción, probablemente por una falta de estimulación. Si bien el estado de salud bucal no influye en el estado nutricional de manera directa, sí interviene en la selección del tipo de alimentos esencial para la estimulación de todos los receptores mencionados, y de esta forma (indirecta) puede ser un factor de desnutrición.⁴

1.2.1 CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA VEJEZ

En la vejez se producen modificaciones psicológicas que tienen componentes cognoscitivos, afectivos y psicomotores. Sin embargo el envejecimiento biológico, psicológico y social no necesariamente ocurre de manera simultánea, puesto que los cambios psicológicos pueden preceder a las modificaciones biológicas y sociales.

La función cognoscitiva se refiere a la capacidad de orientación del individuo hacia las personas, lugares o periodos, es decir, a la adquisición de información que, a su vez, regulan el comportamiento o conducta.

Las funciones cognoscitivas tienden a disminuir con el paso de los años y su afección se ha resumido en esta frase: "no se conoce, no se recuerda, hay confusión".

Varios estudios han demostrado una baja en pruebas de inteligencia, habilidad para entender, memoria a corto plazo y velocidad de reacción en personas de edad avanzada.¹

Al parecer el sueño se deteriora en muchas formas conforme se va envejeciendo, entre las más importantes podemos mencionar las molestias por insomnio aumentan, el tiempo en cama aumenta, el tiempo realmente dormido disminuye, el número y duración de las veces que se despierta, aumenta, la fase de movimiento ocular rápido (MOR) disminuye. Las molestias más frecuentes por insomnio son: angustia, depresión, dolor, molestias debidas a estreñimiento, nicturia, piernas inquietas, calambres, siestas, tos nocturna, etc.⁴

1.2.2 REACCIONES DE ANSIEDAD EN LA VEJEZ

En el anciano existe una tendencia marcada a la somatización de la angustia, acompañada con frecuencia de síntomas depresivos a tal grado que no es raro que éstos permanezcan encubiertos por múltiples quejas físicas. Las manifestaciones clínicas a través de los síntomas son acentuadas por la ansiedad que el estado de enfermedad (pérdida de la salud) provoca en el paciente.

Las quejas malhumoradas, irritabilidad e incluso conductas francamente agresivas podrán expresar otra forma de angustia.

Las reacciones de ansiedad del anciano se caracterizan por sentimientos anticipatorios de miedo y aprensión, frecuentemente asociados con diversos síntomas físicos. La ansiedad puede ser "flotante", generalizada y persistente acompañada de manifestaciones neurovegetativas y de tensión muscular. Esto puede desencadenar temblores, mialgias, fatiga y sobresaltos. Otras manifestaciones somáticas podrían ser sudoración, palpitaciones, sequedad de boca, vértigos, parestesias, hiperpnea, náusea, diarrea, poliuria y sensación de opresión precordial o esofágica.

Los sentimientos anticipatorios consisten en la expectativa ansiosa de un acontecimiento catastrófico, que a veces se refiere a la propia muerte (por infarto de miocardio) o al temor de perder el control o a perder el conocimiento. El paciente se queja con frecuencia de dificultades en la memoria y la concentración, así como de insomnio y cansancio.

1.2.3 NEUROSIS DEPRESIVA

Es la neurosis más frecuente en la senectud y en realidad se parece más a una reacción de pérdida que a una depresión neurótica. Es más frecuente en el sexo femenino. Se relaciona habitualmente con una situación previa de stress con más frecuencia asociada al alejamiento de los hijos o la muerte del cónyuge. Su aparición, así como su intensidad, parece estar condicionadas por las pautas previas de adaptación del sujeto.

En cuanto al cuadro clínico, debe tenerse en mente que cualquier síndrome depresivo del anciano puede permanecer encubierto por quejas y signos somáticos o una auténtica enfermedad orgánica. Los principales síntomas son: tristeza, pesimismo, falta de ánimo, pérdida del interés por el entorno, sentimiento de autodesprecio y de soledad, irritabilidad, fatiga, anorexia, insomnio y quejas referentes a dificultades para el pensamiento, la concentración y la memoria.

1.2.4 SÍNTOMAS FÓBICOS EN LA VEJEZ

En el anciano se presenta a veces fobias al salir a la calle, entrar en las tiendas o lugares públicos, sufrir caídas, etc. Estas fobias pueden limitar en forma importante las actividades del sujeto y a menudo permanecen enmascaradas por quejas referentes a limitaciones físicas. De esta manera, sucede que el miedo de salir a la calle y a la consiguiente conducta de evitación se atribuye a una dificultad en la marcha. Lo que refiere entonces el

paciente no es el temor de salir, sino las limitaciones derivadas de la merma de la agudeza visual o auditiva y de otros achaques o enfermedades, así como la falta de dinero, de ropa apropiada, etc.

1.2.5 DEMENCIA

La demencia es un deterioro global del intelecto, memoria y personalidad sin alteración de la conciencia.

Aproximadamente el 2% de la población entre los 65 y 75 años y 20% de los mayores de 80 años padecen demencia importante.

Las demencias se dividen en demencia senil tipo Alzheimer (DSTA o simplemente DA) (55%), demencia por infartos múltiples (15%), demencia mixta (20-25%) y la comparativa rara demencia secundaria a las siguientes enfermedades orgánicas:

Drogas: alcohol, barbitúricos

Traumatismos: hematoma subdural

Deficiencia de B₁₂: locura megaloblástica

Hipotiroidismo: locura mixedematosa

Sífilis

Hidrocefalia normotensa (tríada de demencia, ataxia, incontinencia).

Enfermedad maligna: no metastásica

Lesión intracraneal que ocupa espacio (LIOE).

Es común la depresión en su inicio, deterioro progresivo de la capacidad de pensamiento abstracto, disminución de la capacidad de aprendizaje, pérdida de la iniciativa, pérdida de la concentración e interés, falta de propósitos, deterioro de la memoria, comportamiento desinhibido, escandaloso, antisocial o agresivo, deterioro de las normas de higiene, inquietud, deseos de vagar, confusión, desorientación, incontinencia, apatía, incapacidad para mantener la atención o conversar, embotamiento emocional, movimientos o palabras repetitivos, disfagia, dependencia física, etc.

1.2.6 AUTOABANDONO

No pocas veces se encuentra que los ancianos viven en condiciones de extrema degradación con una falta total de higiene y cuidados. Un subgrupo de este "síndrome del anciano mugroso" es el integrado por personas que no tienen demencias y que atesoran grandes cantidades de desechos, a esto se le llama síndrome de Diógenes, que puede llevar a hipotermia, desnutrición e infecciones, se le asocia a varios factores de riesgo como demencia, depresión, abandono, aislamiento, pobreza, incapacidad, alcoholismo, trastorno psiquiátrico previo, deficiencia mental y trastornos de la personalidad de toda la vida.

1.2.7 ALUCINACIONES

En la vejez son comunes las alucinaciones y su significado es incierto. Algunas causas probables son patología ocular, abandono, depresión, síndrome cerebral agudo (incluyendo drogas), demencia y otros trastornos como alcohol y esquizofrenia crónica y en algunos casos no existe causa aparente.⁵

1.2.8 ACTITUD

Tiene dos significados uno amplio y otro estrecho, es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa.⁶

Denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico.⁷

Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos. * Así los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos o símbolos.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a los que se hace referencia. Tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición. Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: el método de escalamiento Likert, el diferencial semántico y la escala de Guttman.⁸

Mientras muchas personas pueden basar sus actitudes genuinas hacia su salud dental sobre consideraciones racionales, muchas más fundamentan sus actitudes en emociones, sentimientos sobre dinero, temores, nivel social, lo que perciben como sus necesidades u objetivos, sus sensaciones sobre la inevitabilidad de las pérdidas dentarias, etc.

Las actitudes de salud se basan en gustos y disgustos personales más que en lo que el razonamiento puede sugerir como lo mejor para ello.⁹

1.3 CAMBIOS BIOLÓGICOS

Las alteraciones senso perceptivas propias del envejecimiento, como la agudeza visual y auditiva y la sensibilidad propioceptiva y exteroceptiva, producen un empobrecimiento en relación con el medio físico, ya que a través de la percepción sensorial, el estímulo físico se transforma en información psicológica.

⁸Fishbein y Ajzen, 1975; Oskamp, 1977

Esta situación de privación favorece la desconexión con el mundo externo y, por tanto, con la realidad; aparece la tendencia al aislamiento y a la introversión.

Los trastornos amnésicos más notorios en el anciano se comprometen a la memoria secundaria, altamente organizada y ligada a contenidos semánticos. Además de las consideraciones puramente anatómicas patológicas que pueden hacerse en torno de estas alteraciones, como la destrucción de neuronas, aparición de placas seniles, degeneraciones neurofibrilares y depósito de lipofucsina que podrían intervenir en ellos, hay que decir que no son globales y más bien podría hablarse de retardamiento de algunos parámetros y de conservación de otros, lo cual permite un buen funcionamiento global gracias a los fenómenos de suplencia.¹

1.4 CAMBIOS SOCIOCULTURALES

En las sociedades industrializadas el envejecimiento progresivo está relacionado con la disminución de la natalidad y el alargamiento de la esperanza de vida.

En las relaciones interfamiliares, el paso de la familia patriarcal o matriarcal a la nuclear, formada exclusivamente por padres e hijos, ha traído consigo un desdibujamiento de la participación del anciano en tareas que en la actualidad son asumidas por los miembros de la familia nuclear.

En nuestro medio social, la transición de un ambiente rural o un urbano ha producido una importante desinserción del anciano respecto a su entorno, que se encuentra sin contacto afectivo con el hábitat con frecuencia agresivo y sin la infraestructura adecuada, con una situación de total dependencia de los hijos, sin lugares de reunión apropiados y sin suficiente espacio en las casas, todo lo cual acentúa la sensación de inutilidad y las discrepancias intergeneracionales.

La jubilación supone para el individuo el paso abrupto de una situación activa y productiva a otra pasiva e improductiva, produciéndose un desequilibrio entre el declive de facultades que es lento y progresivo y el cese brusco de la actividad laboral, sin posibilidad de adaptación progresiva a esta nueva situación.

El envejecimiento corresponde a un periodo vulnerable de la vida. Los ancianos constituyen el grupo de edad expuesto a mayores riesgos. El enfrentamiento con un medio hostil durante toda la vida y el ritmo más lento o irregular del reloj biológico hacen al anciano más frágil, razón por la cual requiere una amplia gama de cuidados preventivos curativos y de rehabilitación, además de presentar necesidades especiales en materia de nutrición, higiene, ejercicio físico e inmunización. Esto incluye también adaptar sus propias necesidades de vivienda y los medios de transporte, así como proporcionarles mayor protección personal.¹

1.5 MOTIVACIÓN-EDUCACIÓN DIRECTA AL PACIENTE

Incuestionablemente, el contacto directo, cara a cara, entre el odontólogo y los pacientes ofrece las condiciones más fructíferas para la educación del paciente. Los científicos que estudian la conducta creen que el comportamiento no se transmite sino que se aprende. Puede aprenderse de otras personas y como afirma Yacovone el conocimiento por parte del educador no trae como resultado automáticamente un cambio en la conducta o en la actitud por parte del educando.

Probablemente la importancia del profesional de la salud es crear un ambiente donde los pacientes puedan descubrir por sí mismos las consecuencias de su conducta.

Los odontólogos y los auxiliares están en una posición excelente para crear un medio que lleve al cambio de la conducta: no solo el contacto de persona

a persona que predomina en el consultorio odontológico es el más favorable para este fin, sino también la frecuencia de las visitas de un tratamiento determinado permite supervisión y refuerzo frecuentes.

La educación del paciente depende de la comunicación efectiva entre el dentista y el paciente. Sin comunicación no puede haber aprendizaje. Los factores que proveen el ambiente continuamente cambiante en el que se produce el aprendizaje (o no se produce) se denominan factores ambientales.

El primer grupo de factores ambientales se refiere a aquellos inherentes al paciente, particularmente la edad, el desarrollo físico, mental, emocional, social y también el potencial de aprendizaje. Es importante reconocer estos factores y tomarlos en consideración "porque la mayoría de los hábitos de la salud están profundamente arraigados dentro de una cultura, y la gente por lo general reacciona en términos de su cultura".

Los pacientes pertenecientes a ciertas características culturales consideran la conservación de sus dientes carente de importancia y aún pueden preferir las dentaduras artificiales. Por otra parte aquello que forma parte de un grupo cultural que valora una buena salud general y también un buen aspecto, mantendrán una actitud más favorable hacia su salud bucal.

Otro factor que afecta el aprendizaje es la experiencia pasada. Esta también determina actitudes, interés, reacciones y hábitos. En sus actividades motivacionales los auxiliares tienden a proveer (a menudo a abrumar) a los pacientes con la información sobre los hechos concernientes a la salud bucal y como mantenerla, suponiendo que cuando los pacientes sepan los hechos, tomarán las medidas necesarias para corregir los problemas existentes.

Aceptando los propios puntos de vista del paciente (por lo menos inicialmente), y reconociendo que las actitudes irracionales hacia la salud existen, no nos sentiremos compelidos a presionar sobre el paciente nuestros propios valores "racionales", o a reaccionar emocionalmente cuando el paciente actúa o reacciona de forma que carecería de fundamento

racional. Mantener la calma al enfrentarse a este tipo de situación es, por cierto, un paso importante para poder establecer un fructífero nivel de comprensión y comunicación con nuestros pacientes.⁹

El dentista puede realizar una valoración geriátrica básica en su consulta: el comportamiento del paciente, su capacidad de lenguaje e higiene personal puede orientarnos acerca de su capacidad mental; la destreza manual, agudeza visual y capacidad de ambulación puede orientarnos sobre su estado funcional o autonomía para su auto cuidado (higiene dental, manejo de prótesis, cumplimiento del plan de cuidados programados); es conveniente que el dentista revise de forma sistemática la medicación que consume el paciente; finalmente, es recomendable se controlen las constantes vitales del paciente de manera sistemática en cada consulta odontológica.¹⁰

Las enfermedades dentales tienen una importante repercusión en la salud. Asimismo la salud dental aumenta la calidad de vida del anciano, mejorando su estado nutricional, la capacidad de lenguaje y autoestima.⁹

1.6 PATOLOGÍA BUCAL DEL ANCIANO

1.6.1 CARIES RADICULAR

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica de la misma. Se le considera como un padecimiento endémico en la era contemporánea que afecta a personas tanto del sexo femenino como del masculino, sin respetar origen, estrato socioeconómico y grupos cronológicos.¹

Una de las principales patologías del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. La de mayor prevalencia es la caries aguda

radicular, seguida de la caries coronal, llamadas así por la distribución anatómica con respecto al diente.¹¹

Los ancianos generalmente presentan caries en zonas cervicales, contornos y bordes de obturaciones o restauraciones antiguas y áreas fracturadas o desgastadas. Sin embargo, a medida que avanza la resorción ósea y la retracción gingival, queda expuesto el cemento de la superficie de la raíz y es posible que tales zonas se vean afectadas.²

1.6.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La mayoría de las pérdidas dentarias en el adulto mayor se deben a la enfermedad periodontal. El periodonto es la unidad biológica formada por cuatro tejidos dos duros (hueso alveolar y cemento radicular) y dos blandos (encía y ligamento periodontal) que rodean al diente y lo mantienen en su alveolo. Presenta un surco entre el diente y la encía que va de 0 a 1.5 mm, por donde corre un fluido llamado fluido crevicular, conformado por inmunoglobulinas y otros químicos bacteriostáticos, que junto con un cepillado adecuado, logra controlar las bacterias en esta zona. La degeneración del aparato de sostén del diente provoca una pérdida del hueso alveolar y la destrucción del ligamento periodontal. Clínicamente, esto puede asociarse a una recesión gingival.

La enfermedad periodontal es producida por la placa bacteriana que se acumula y adhiere a los dientes, causando inflamación y tiende a progresar lentamente al principio provocando sangrado y edema (gingivitis), más tarde la destrucción de hueso alveolar y ligamento periodontal (periodontitis) ocasionando la pérdida del sostén del diente.¹²

1.6.3 XEROSTOMIA

Una molestia frecuente en la senectud es la xerostomía o estado de sequedad bucal debido a una secreción salival disminuida (hiposialia) o ausente (asialia).

La xerostomía o sequedad anormal de la mucosa oral se debe a una atrofia gradual de todos sus componentes:

- El parénquima se esclerosa
- Las células secretoras de los acinos y de los canaliculos se atrofian.
- Los acinos glandulares disminuyen en números y padecen degeneración de grasa y acumulación de tejido linfoide.

La xerostomía puede obedecer a numerosos factores locales o generales. Entre los primeros figura el abuso de alcohol o tabaco, la aplasia de glándulas salivales o neoplasias de la cavidad bucal, entre las enfermedades generales destacan la diabetes, el síndrome de Sjögren u otras colagenosis (lúes, esclerodermia y dermatomiositis), irradiación de cabeza o cuello.¹

Muchos fármacos pueden producir efectos adversos buco dentales. La xerostomía, frecuente en ancianos por la hipofunción salivar asociada al envejecimiento, puede ser potenciada por el uso de ciertos fármacos: diuréticos, betabloqueantes, digoxina, AINE'S (antiinflamatorios no esteroides) benzodiacepinas, antidepresivos, neurolépticos, antiparkinsonianos, miorelajantes y anticolinérgicos. La nifedipina y la hidantoína pueden provocar hiperplasia gingival. La nitroglicerina, la digoxina y los antidepresivos pueden causar disgeusia.¹⁰

1.6.4 ABRASIÓN

Es el desgaste patológico de la sustancia dental a causa de un proceso mecánico anormal como el cepillado defectuoso. Este defecto se manifiesta clínicamente por escotaduras en forma de "V" en los bordes cervicales de los

dientes. Aparece cerca de la unión amelocementaria (esmalte y cemento) y su desarrollo es bastante rápido.

El agente puede depender de un hábito (bruxismo) o de una agrupación específica, puede afectar otras superficies del diente como la oclusal, incisal o proximal.

1.6.5 EROSIÓN

Es la pérdida de sustancia dental por un proceso químico que no incluye la acción bacteriana conocida. Consisten en depresiones de forma característica (de "V", de "L" y otras), con límites precisos, lisas y pulidas que incluyen las superficies vestibulares de los dientes; se observa con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años de edad.

1.6.6 NEOPLASIAS

Las neoplasias orales malignas conforman hasta el 10% de las neoplasias totales, de las cuales el 50% son detectadas cuando es demasiado tarde para el paciente, a pesar del fácil acceso para su exploración física. Se ha visto que existen neoplasias que llegan a desarrollarse incluso a los 92 años como el cementoma benigno (neoplasia de cemento dental) y el ameloblastoma (neoformación de tejido del esmalte de capacidad variable de cancerización.) La capacidad de malignizarse, depende de la edad entre más años, más susceptible de malignización.

La patología dolorosa de cabeza y cuello compete al odontólogo, neurólogo, otorrinolaringólogo, traumatólogo y cirujano maxilofacial, siendo uno de los rubros importantes de la odontogeriatría. Con respecto a esta rama lo más común en ancianos son las patologías artrósicas generales que afectan todas las articulaciones, incluyendo la articulación témporo-mandibular (ATM)

como osteoartritis degenerativa, artrosis y la osteoporosis, en la cual se pierde hueso de la mandíbula y maxila. Debido a la pérdida de tejido mineral óseo pueden llegar a fracturarse sin que el paciente sienta movilidad o pérdida de la continuación del tejido óseo, sin embargo presentan dolor, que es el único síntoma (cefalea de origen indeterminado.)

Las pulpitis por caries dental o irritación dental, no pocas veces son confundidas con migrañas, dolores de espalda, cefalea tensional, postraumática, postural, etcétera.

La ATM une el cráneo con la mandíbula por una estrecha relación que depende en gran medida también de los dientes, y es extremadamente compleja, no sólo por sus movimientos sino porque es la única articulación que produce cartilago de reparación como una forma de adaptación a las modificaciones dentales, si bien esta capacidad no es suficiente para compensar la pérdida de los dientes masivamente y descompensa la integridad funcional de la ATM. Por esto, el Síndrome de Disfunción Articulación Témpero-mandibular (SDATM) es muy frecuente en los pacientes geriátricos, se refiere dolor en la zona peri auricular, dolor a la masticación, bruxismo (rechinar los dientes), bricomania (apretar los dientes), etcétera.

La afracción dental es una patología donde los dientes en la porción del cuello se fracturan por las cargas excesivas de las fuerzas masticatorias. Las fracturas y micro fracturas del esmalte que siguen el eje longitudinal del diente o los ángulos de los mismos pueden ser visibles en el caso de las fracturas y en el caso de las micro fracturas se observan en la exploración clínica del odontólogo cuando se proyecta luz a través del diente ya sea por el espejo o con una linterna de exploración.

Una alteración no rara pero curiosa por sus manifestaciones clínicas, es la patología por dientes retenidos, que debido a un estímulo mecánico como la

utilización de prótesis mal diseñadas o sin estudio radiográfico previo, producen una erupción espontánea de los mismos, o en los casos más graves han demostrado que cerca del 2% de los abscesos cerebrales son de etiología por retención dental y 5% por patología dental.

Es común en pacientes geriátricos la disfagia (dificultad para pasar alimento), si bien no se han determinado los índices de prevalencia, y los tratamientos no están establecidos.

Los nuevos tratamientos en odontología permiten a los pacientes geriátricos conservar por más tiempo los dientes y con ello su función masticatoria.¹¹

1.7 MEDIDAS PREVENTIVAS BUCODENTALES EN EL ADULTO MAYOR

Como resultado de la fluoración general de los suministros de agua y de las consultas odontológicas más regulares y frecuentes, hoy día la mayoría de los ancianos conservan aún sus dientes. Por consiguiente, debe hacerse hincapié en el mantenimiento de una higiene oral adecuada, que incluya exámenes dentarios preventivos y regulares, corrección precoz de los problemas e higiene dentaria individual por lo menos 2 veces al día. El buen estado de la cavidad bucal y de los dientes es esencial para conseguir una nutrición adecuada, un buen aspecto externo y el disfrute general de la vida.¹²

CUIDADO DE SU PRÓTESIS

Se le indica quitarse las prótesis después de las comidas y lavarlas con cepillo blando, utilizando un detergente líquido y agua.

Una vez por semana se les dejará en un vaso con agua que contenga una pequeña cantidad de hipoclorito de sodio o en su caso vinagre. Así mismo se deberá asearse su boca con una gasa, los procesos y cepillarse la lengua con un cepillo suave y utilizar un enjuague bucal.²

1.8 ESCALAMIENTO TIPO LIKERT

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, negaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exteriorice su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una reacción lógica, además es muy recomendable que no excedan de aproximadamente 20 palabras.⁸

2. - MONOGRAFÍA DE JUCHITEPEC ESTADO **MÉXICO**

2.1 DENOMINACIÓN

El nombre original del pueblo de Juchitepec de Mariano Riva Palacio, fue Xochiltépec, que en el idioma náhuatl o mexica significa xóchitl, flor; tépetl, cerro, es decir Xochiltépetl, "Cerro de las flores".

2.2 TOPONIMIA

Existen dos jeroglíficos del municipio. El primero se encuentra en los libros del arzobispado de México, del siglo XVI; su estudio jeroglífico se hizo a partir de la matrícula de tributos del código mendocino por Antonio Peñafiel en 1885.

La parte baja significa el asiento geográfico, la figura pequeña, una especie de pera; un cerro simbólico gráfico de Tépetl. En la parte superior hay un pistilo y dos estambres de manera erguida significando flor o xóchitl.

El segundo glifo se localiza en el libro de los topónimos del estado de México. De acuerdo a su significado es más completa su simbología, ya que expresa: asiento en los círculos alargados de la parte baja; la figura de pera, cerro; la parte superior, flor, pero con estambres dispersos o separados, determinando tres secciones. En el centro del cerro hay una flor no muy común a la que se le llamo en la época prehispánica xochizilozontle, flor de cabeza de elote

2.3 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA



UBICACIÓN

La comunidad se localiza geográficamente bajo las siguientes coordenadas.

Longitud: mínima $98^{\circ} 48' 42''$

máxima $98^{\circ} 58' 46''$

Latitud: mínima $19^{\circ} 01' 22''$

máxima $19^{\circ} 10' 28''$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LIMITES

Los límites geográficos de la comunidad son los siguientes: por el norte, con Chalco, Tenango del Aire y Ayapango. Al sur, con el estado de Morelos y Tepetlixpa. Al este, con el municipio de Amecameca, Ozumba, Tepetlixpa y Ayapango. Al oeste, con Chalco y el Distrito federal.

EXTENSIONES

La extensión actual es de 149.56 kilómetros cuadrados.

2.4 TOPOGRAFÍA

ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR

El nivel del terreno de la comunidad varía de acuerdo a sus cimas, de 1 600 a 3 000 msnm. De acuerdo con los datos estadísticos la altura promedio del municipio de Juchitepec es de 2 540 metros sobre el nivel del mar.

2.5 GEOLOGÍA

Al estar comprendido el territorio del municipio en la región sureste de la cuenca de México, es una región de terrenos volcánicos y aluviales del plioceno al reciente.

En la parte meridional de la cuenca de México esta rodeada de una serie de elevaciones cuyo origen es micénico en el caso del Iztlacihuatl hasta pleistocénico para el volcán Popocatepetl.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6 OROGRAFÍA

Cadenas montañosas, sierras, cerros volcanes, mesetas y valles. La orografía de la comunidad es variable. Existen cerros y barrancas con diversos niveles y que son de importancia en el terreno de estudio. El terreno es un plano inclinado de mayor proporción de oeste a este, en la parte más baja el límite con el municipio de Ayapango de Gabriel Ramos Millán.

2.7 HIDROLOGÍA

Dentro del municipio no hay corrientes de agua constantes o estancadas, tales como ríos, lagos y lagunas.

Existen en cambio conductos de temporal comúnmente llamados barrancas, que en épocas de lluvia llevan toda el agua corriente del poblado y que es irradiada en algunos terrenos de labor o es conducida a través de la corteza terrestre hasta Xico y pueden mencionarse las barrancas de Arena Prieta, La Corona y Tizaltenco.

Los manantiales que aún existen, que en la comunidad se les llama ameyales son: el manantial de Mayocalco, Ameyal de Tulapa.

2.8 CLIMA

La región de Juchitepec presenta un clima templado subhúmedo, clasificado con lluvias en verano. Para la agricultura esta considerado un buen temporal, porque presenta un buen intervalo de lluvias de mediados de marzo hasta octubre. Las más abundantes ocurren en junio, julio, agosto y septiembre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.9 FLORA Y FAUNA

FLORA

Ésta se determina por los aspectos geográficos de la localidad. Se encuentra con pastos, arbustos y árboles. El bosque es de tipo mixto, su superficie no se ha determinado, pero cada vez es mayor por las reforestaciones realizadas, porque se ha evitado la tala inmoderada. Se contaba con 2 000 hectáreas de bosque entre porciones chicas y grandes, algunos temocholes, linderos y parcelas abandonadas.

Los árboles más frecuentes son huejote, zahuilisca, pirú, madroño, palo amargo, roble, trueno, encino, ocote y oyamel. En la zona urbana encontramos árboles frutales: tejocote, capulín, pera, ciruelo, nuez de castilla, aguacate, manzano; maderables como eucalipto y cedro. Entre los arbustos hay jara, chayotillo, chicalote, acahual, nabo, jaramau, zacatón, saúco, nopales y magueyes, además de la floricultura

FAUNA

Respecto a la fauna podemos diferenciar entre la silvestre y la doméstica. En la actualidad se encuentra esporádicamente venado, coyote, gato montés, armadillo y tejón como caza mayor; en la menor, tlacuache, cacomiztle, hurones, teporingo, conejo, zorrillo ardilla, motorillo, tuza y ratón de campo.

En cuanto a reptiles existen víboras de cascabel, culebras, masacuates, diversas lagartijas, escorpión, camaleón, techincoyote e istaboncillo.

Las aves son diversas, aunque con los cambios ecológicos ha mermado su número. Antes se podía ver en grandes cantidades pájaro macho, azulejo,

carpintero, salta pared, cenizote; en cambio hoy escasean. Hay una alta población de gorrion azulejo verdines, maicero tórtolas, tecolote, lechuza, gallina de campo, correcaminos, aguillita, calandria, cardenal, codorniz, gavián, golondrina, jilguero, primavera y chochoyota.

Los animales domésticos son vacas, cerdos, gallinas, patos, gatos, perros aves trinadoras, ovejas, asnos, y mulas.

2.10 POBLACIÓN

Durante la colonia la mezcla del español peninsular, español castizo indígena y negro dio origen al mestizaje que predomina en el país.

En Juchitepec la mayoría de la población es de tez morena clara, pelo negro o castaño oscuro, con ligeras ondulaciones, ojos color café oscuro de forma semioblicua, nariz recta y semidelgada, boca delgada.

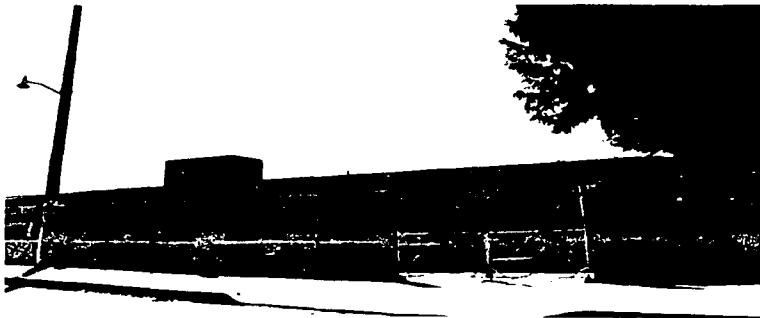
La población total se comprende de 28 448 personas

Población por sexo:

Hombres	14,070	49.46%
Mujeres	14,378	50.54%
Total	28,448	100.00%

2.11 SALUBRIDAD

De acuerdo a la población, debiera existir de nivel superior al que se tiene. En la actualidad hay dos centros de salud, uno dependiente del ISEM, donde se prestan los primeros auxilios. Éste está equipado para partos, que es lo que más requiere el médico comunal.



A mediados de 1999 se reinauguró el mismo centro, rehabilitado con servicio de 24 horas, dos médicos generales un ginecólogo y un odontólogo, un servicio que la comunidad reclamaba.

El otro nosocomio es la clínica rural dependiente del IMSS que da servicio a derechohabientes de esa institución y atiende casos de urgencia del público en general, de manera esencial a los estudiantes, atendiéndolos en casos de accidentes escolares

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

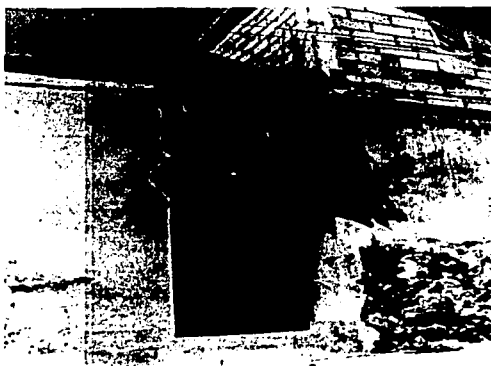


Los médicos que radican en el municipio son 12 y sus servicios no son suficientes para la comunidad.

Su servicio no es constante, porque en casos de urgencias a veces no se encuentra a ninguno. Además hay cuatro odontólogos. Para adquirir medicamentos existen nueve farmacias y una botica.

Cada año se realizan campañas de vacunación por parte del IMSS y el ISEM, lo que ayuda a prevenir e inmunizar a la población en especial en la infantil, de enfermedades como viruela, sarampión, poliomielitis, tuberculosis y tifoidea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

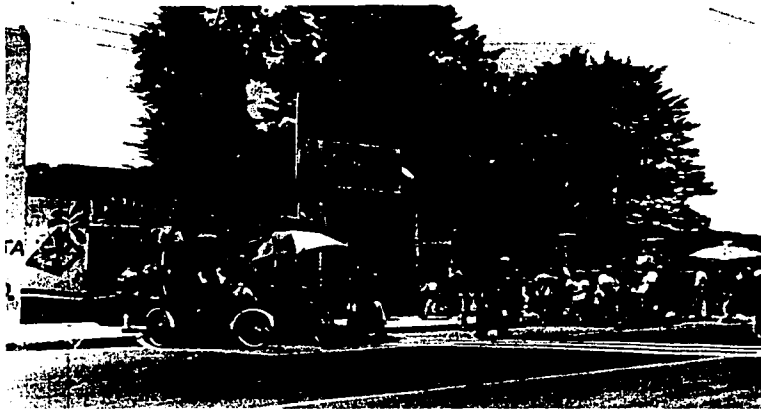


2.12 EDUCACIÓN

En la comunidad hay sin embargo, pocos analfabetas. El mayor porcentaje es de gente de edad avanzada, quienes no han aceptado asistir a los cursos, argumentando ser ya viejos.

Se instala la primera escuela primaria en 1949 con el nombre de "Amado Nervo", posteriormente cambia a "Adolfo Ruiz Cortines", reinaugurándose en 1958. Pronto se hace necesaria otra escuela, la cual se construye con el apoyo del pueblo y gobierno, llamándose "Gabino Barreda", fundada en 1961, en ambas escuelas se abren también turnos vespertinos. Pero la población aumenta y con ello la demanda educativa. Se erige otro plantel, ahora con el nombre de "Josefa Ortiz de Domínguez" en 1978.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



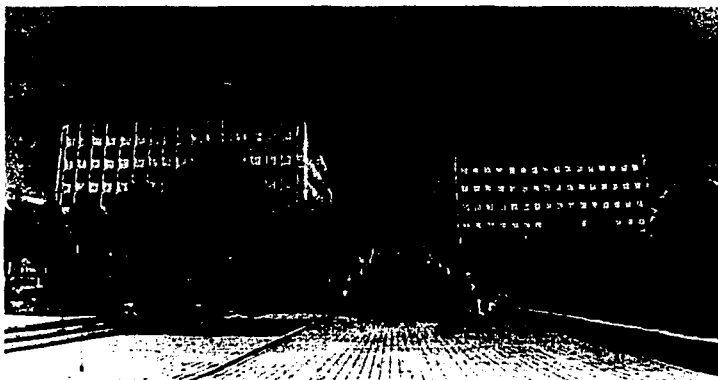
Escuela primaria "Adolfo Ruiz Cortines"

El municipio cuenta en la actualidad con ocho escuelas primarias, siete instituciones de educación preescolar.

En 1965 se fundo una escuela secundaria por cooperación dependiente del gobierno del estado de México de Juan Fernández Albarrán, luego de varias generaciones de alumnos se suple este colegio con una nueva institución del sistema federal con actividades agropecuarias, llamándose "Jorge Jiménez Cantú".

La comunidad cuenta ahora con un centro de nivel medio superior clasificado como CBT "Carlos Sosa Moss" y un centro interdisciplinario de ciencias de la salud (CICS), que depende del Instituto Politécnico Nacional con carreras de servicio social, odontología optometría y medicina general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



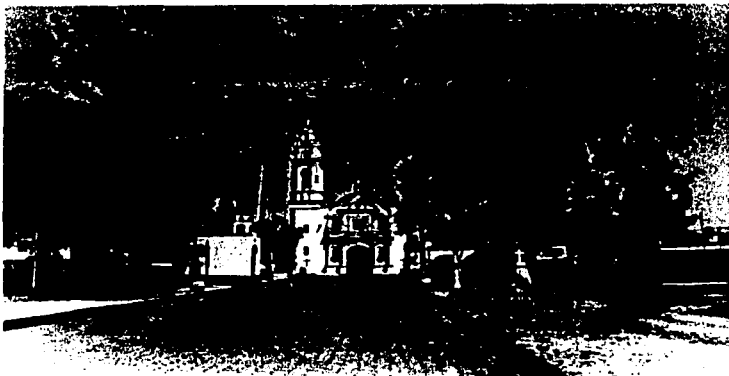
CICS

El gobierno y en especial el DIF han realizado un programa de actividades ocupacionales para la gente de la tercera edad. Con agrado se puede constatar que los ancianos acuden a ellas, sintiéndose útiles y activos nuevamente.

2.13 IGLESIAS Y TEMPLOS RELIGIOSOS

El templo cristiano católico en Juchitepec es el edificio que da cierto renombre a la comunidad, por ser barroco. Fue iniciado por los franciscanos en 1531, después paso a los dominicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Su santo patrono es Santo Domingo de Guzmán

Esta localidad tuvo un convento franciscano del siglo XVI, probablemente comenzado a construir cerca de la fecha de iniciación de Tlalmanalco (1531); pero hay noticias que sitúan su terminación en 1580, la portada ostenta la fecha de 1553, como la fecha de culminación de esta obra parcial.

De lo que fue el convento queda bien poco: el conjunto ruinoso de la portería; las arcadas, no menos deterioradas, de los claustros que definieran el patio central y sólo vestigios de las plantas altas entre los cuales destacan un par de ventanas de trazo gotizante que contrasta con los arcos de medio punto que constituyen todos los elementos ya anotados, sobre lo que deben haber sido las dependencias del convento, en las plantas altas hacia el sur y en el este del patio, se ha acondicionado una de las más irrespetuosas casas cürales que puedan encontrarse en el Estado de México.

El templo propiamente dicho se ha conservado en buen estado gracias ha que ha sido objeto de múltiples obras de consolidación, remodelación y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

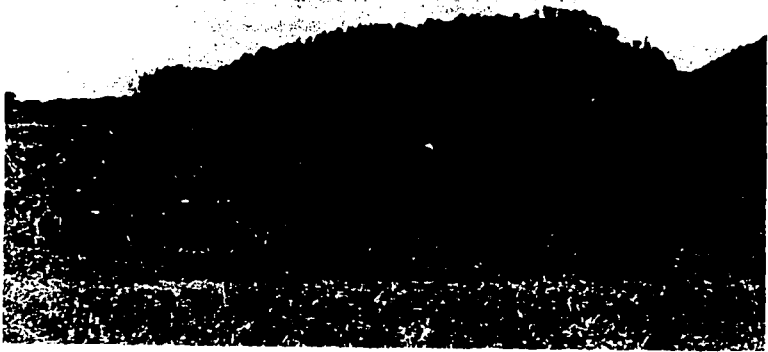
limpieza. Tiene formas barrocas que los constructores incluyeron, a pesar de la presencia de soluciones francamente renacentistas y neoclásicas. La milagrosa imagen del Señor de las Agonias, tan venerada y querida del pueblo de Juchitepec, debió ser traída de España por encargo de los padres dominicos hacia la mitad del siglo XVII. El convento de Juchitepec a parece por primera vez en las crónicas de dichos padres el año de 1606. La bella escultura representa con trágico realismo los últimos momentos de la vida terrena del Redentor, cuando en medio de los indecibles tormentos de la cruz dirige al cielo su mirada suplicante, ya casi turbia y con los labios resecos ora a su eterno Padre con aquel salmo profético que comienza: "¡Dios mío!, ¿Por qué me has desamparado?"

2.14 VÍAS DE COMUNICACIÓN

Periódicos, revistas, correo, teléfono y telégrafo, radio, televisión, fax e Internet.

2.15 AGRICULTURA

El municipio produce aproximadamente 20,000 toneladas anuales de productos del campo como cereales (maíz, trigo, avena, cebada), papa, zanahoria, evo, haba, lechuga, col.



2.16 GANADERIA

GANADO:

Bovino (productor de leche y productor de carne)

Ovinos

Caprino

Porcino

Equino (caballar, mular, asnal)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aves (gallo, gallina y pollo)

Guajolotes

2.17 COMERCIO

Entre los comercios establecidos se encuentran (28) carnicerías, expendios de cereales, (11) expendios de pan, venta de carbón natural, (5) ropa en general, (16) papelerías, dulcerías, (6) cantinas, pulquerías, centro de diversiones electrónicas, (9) estéticas, (51) de abarrotes, (10) tortilladoras, (7) tlapalerías, (5) molinos de nixtamal, (12) de frutas y legumbres, (2) autoservicios, (2) refaccionarias, (10) pollerías, (5) videoclubes, (11) farmacias, (2) CONASUPOS, (5) de material de construcción, (7) zapaterías, (1) mueblería y (18) expendios de comida.

2.18 INDUSTRIA

El censo indica que hay ocho herrerías; siete talleres de artículos de plástico inyectado; talleres de vestido, cuatro fábricas de tabicón; una fábrica de granito; dos fábricas de paletas y helados; tres fábricas de suéteres, seis carpinterías cinco amasijos de pan 15 industrias de transformación de alimentos, una fábrica de juegos y tubulares; nueve talleres de costura; seis reparadoras de calzado; un molino forrajero y de semillas; una embutidora de carne; tres comercializadoras de granos y fertilizantes y un rastro de pollos.

2.19 VIVIENDA

El material predominante de construcción para los muros de las casas es el tabicón con 50%; adobe 40% y ladrillo, 10%. En los techos 60% son de concreto, 30% de teja y 1 lámina de cartón. Respecto a los pisos, 10% son de tierra y el resto van desde cemento hasta mármol.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adulto en plenitud demuestra una conducta indiferente hacia su salud bucodental por falta de conocimiento, motivación y recursos necesarios para contrarrestar este problema, por lo tanto nos corresponde estimularlos para cambiar esa actitud y puedan gozar de salud bucodental, proporcionando el cuidado necesario a su boca y así prevenir cualquier tipo de enfermedad.

4. - JUSTIFICACIÓN

La actitud del adulto en plenitud hacia la enfermedad bucodental se basa en la creencia que se debe esperar una deficiente salud bucal con el envejecimiento y que nada puede hacerse al respecto. En consecuencia, no buscan el cuidado dental preventivo o restaurativo tanto como los individuos jóvenes, aunque lo más importante es resaltar el poco acceso económico a servicios de práctica privada ya que solo en este ámbito puede llevarse a cabo la rehabilitación bucal.

Así mismo el adulto en plenitud también se aleja de los servicios odontológicos, por qué teme al dolor, los desembolsos y en algunos casos por la dificultad en el traslado para procurarse tales servicios.

Muchos llegan a la edad de jubilación y se sienten todavía en plenitud para la realización de sus trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, llenas de iniciativas y planes de trabajo.

Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres amas de casa, etc., aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a la vejez, sienten sin embargo que su mente sigue lúcida y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalterables.

Por todo lo anterior es de vital importancia implementar programas de salud bucodental en este grupo poblacional tan olvidado por la sociedad, estimularlos a mantener en buenas condiciones la cavidad bucal así como los aparatos protésicos, para que logren conservar su función masticatoria, fonética y estética lo mejor posible ofreciéndoles nuestro tiempo con calidad y sobre todo con calidez.

5. – HIPÓTESIS

Hi Mientras más se motive, explique y enseñe al adulto en plenitud sobre los cuidados de la salud bucodental, éste le dará más importancia a su boca y así modificará su comportamiento hacia el odontólogo.

Ho Mientras menos se motive, explique y enseñe al adulto en plenitud sobre los cuidados de la salud bucodental, éste no le dará importancia a su boca y así no modificará su comportamiento hacia el odontólogo.

6. - OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Modificar la actitud de los adultos en plenitud hacia su salud bucodental en la comunidad del DIF Municipal de Juchitepec Estado de México.

6.2 ESPECÍFICO

- Determinar la actitud que toma cada adulto en plenitud hacia el cuidado de su boca.
- Fomentar la enseñanza y capacitación sobre la salud bucodental del adulto en plenitud.
- Motivar al paciente para que dé un valor positivo a su salud bucodental y acuda periódicamente a citas de revisión.

7. - METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se realizó en el INSEN del DIF Municipal de Juchitepec Estado de México con la participación de personas adultas mayores de 60 y menores de 90. años del sexo masculino y femenino.

En la institución se presentó una solicitud de permiso (anexo 1) por parte de la coordinadora del seminario de titulación de odontología comunitaria.

Se elaboró una encuesta de 23 preguntas especialmente diseñadas para conocer las actitudes que esta población tiene acerca de la salud bucal. Las preguntas sobre actitud se realizaron utilizando la escala de Likert teniendo tres opciones de respuestas: muy de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y muy en desacuerdo. La aplicación se realizó por medio de la entrevista directa.

Se implementó un programa de educación para la salud bucal con enfoque al adulto en plenitud, así mismo se realizó una evaluación pre y post instruccional.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue de intervención comunitaria.

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población de estudio adultos mayores en plenitud de género masculino y femenino, pertenecientes al INSEN del DIF Municipal de Juchitepec Estado de México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.4 MUESTRA DE LA POBLACIÓN

Estuvo constituida por 43 personas adultas en plenitud de género masculino y femenino de 60 a 90 años de edad.

7.5 VARIABLES DE ESTUDIO

1. Edad
2. Sexo
3. Nivel de estudio
4. Estado civil
5. Ocupación
6. Seguro social
7. Recursos para vivir
8. Actitud del adulto en plenitud hacia el odontólogo.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Nivel de conocimiento sobre salud bucal
- Actitud frente a la salud bucal

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Contenido del programa de educación para la salud
- Variables sociodemográficas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7.6 CRITERIOS

7.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personas adultas mayores de sexo femenino y masculino con una edad que oscilaba entre 60 a 90 años, siendo el mayor de 86 años de edad del DIF Municipal de Juchitepec Estado de México.

7.6.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personas menores de 60 años de edad de ambos sexos que no pertenezcan al DIF Municipal de Juchitepec Estado de México.

7.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Se diseñó especialmente un cuestionario con las variables de estudio (anexo 2) tanto sociodemográficas, como las realizadas con la escala de Likert, la aplicación se llevó a cabo a través de entrevista directa. El análisis se realizó con el paquete estadístico en hojas electrónicas de Excel.

8.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

8.1 SELECCIÓN DE CONTENIDOS

- Patologías más frecuentes en el adulto en plenitud: caries radicular, enfermedad periodontal, abrasión, erosión, neoplasias, xerostomía.
- Medidas preventivas en el adulto en plenitud: técnica de cepillado, aseo de cavidad bucal en paciente edéntulo, mantenimiento e higiene de placas dentales.

8.2 LÍMITES

8.2.1 DE ESPACIO

El programa se aplicó en el DIF perteneciente al Municipio de Juchitepec Estado de México.

8.2.2 DE TIEMPO

La investigación se realizó del 4 de marzo al 1 de abril de 2003.

8.2.3 UNIVERSO DE TRABAJO

Adultos en plenitud del DIF Municipal de Juchitepec Estado de México.

8.3 ESPECIFICACIÓN DE ACTIVIDAD

Se realizaron actividades de información, educación y de prevención.

1ra. Sesión

Presentación con el universo de trabajo y explicación del estudio que se pretendía realizar.

2da. Sesión

Aplicación de 43 encuestas por medio de la entrevista directa, para evaluar su actitud a cerca de su salud bucodental (evaluación diagnóstica).

3ra. Sesión

Se realizó una charla sobre como realizar el aseo bucal, tanto en pacientes edéntulos como en pacientes con órganos dentarios.

A través de la Demostración, apoyándose con un macrotipodonto se les enseñó la técnica de cepillado y como utilizar el hilo dental. De igual manera se les capacitó en el aseo y mantenimiento de prótesis parciales y totales.

4ta. Sesión

Sé le entregó a cada uno de los asistentes una pastilla reveladora con el objeto de que pudieran detectar la presencia de placa bacteriana y de esta manera se pudo iniciar una platica, explicando lo que era la placa bacteriana, gingivitis, periodontitis, así como sus factores de riesgo.

5ta. Sesión

Se dedicó a la explicación de las patologías bucales más frecuentes: caries, abrasión, erosión, xerostomía y algunas neoplasias.

6ta. Sesión

Se realizó una evaluación de cada uno de ellos sobre técnica de cepillado, uso de hilo dental, limpieza de prótesis. Previamente se les pidió que llevaran su cepillo para que pudieran realizar esta sesión.

Así mismo se les preguntó sobre los contenidos educativos del programa y se aprovecho para aclarar dudas.

Se les aplicó nuevamente el cuestionario (evaluación post-instruccional) y se les obsequió a cada uno de ellos cepillo y pasta dental, agradeciéndoles su participación en este estudio.

8.4 RECURSOS

RECURSO MATERIAL

- 100 encuestas impresas
- Material didáctico: esquemas, carteles, macrotipodonto.
- Pastillas reveladoras
- 60 cepillos y pastas
- Material de oficina.
- Computadora
- Impresora
- Internet
- Cámara digital y de video para fotografías

RECURSOS HUMANOS

- Adultos en plenitud pertenecientes al INSEN del DIF Municipal de Juchitepec Estado de México.
- Un pasante cirujana dentista
- Un tutor cirujana dentista
- Un asesor cirujana dentista

RECURSOS FÍSICOS

- La presidencia municipal de Juchitepec Estado de México
- DIF Municipal de Juchitepec Estado de México.
- UNAM Facultad de Odontología

RECURSOS FINANCIEROS

Para la realización de esta investigación se necesitó aproximadamente \$2,323.00

8.5 CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES

La ejecución del programa en adultos en plenitud pertenecientes al DIF Municipal de Juchitepec Estado de México, comprende los días 4, 12, 14, 19, 26 y 1° de abril de 2003.

DÍA	HORA	ACTIVIDAD
04-03-03	11:30 a 12:00 hrs.	Presentación con loa adultos en plenitud.
12-03-03	11:00 a 2:00 hrs.	Aplicación de encuesta a 43 adultos mayores (evaluación diagnóstica).
14-03-03	11:30 a 1:00 hrs.	Demostración de técnica de cepillado y como utilizar el hilo dental así como el aseo y mantenimiento de prótesis parciales y totales.
19-03-03	11:00 a 12:30 hrs.	Detección de placa dentobacteriana, platica sobre gingivitis, periodontitis, placa dental.
26-03-03	11:30 a 12:30 hrs.	Charla sobre patologías bucales más frecuentes.
01-03-03	10:30 a 2:00 hrs.	Evaluación de técnica de cepillado y uso de hilo dental, aseo de prótesis. Entrega de obsequio y evaluación post-instruccional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.6 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Se les hizo preguntas a los adultos en plenitud sobre los contenidos del programa al azar y a otros se les pidió que explicaran a sus compañeros sobre las charlas, con el fin de verificar si habían entendido correctamente y tener la oportunidad de aclarar las presentes.

Se comprobó la realización de cada uno de ellos de la técnica de cepillado, uso de hilo dental y limpieza de aparatos protésicos.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. – RESULTADO

Los 43 pacientes fueron divididos en grupos etáreos, el primer grupo representaba a los pacientes de 61 a 70 años, el segundo de 71 a 80 años y el tercero de 81 a 90 años por lo que el rango fue de 29 años, de 61 a 90 años. (gráfica 1)

El primer grupo conforma el 35 %, el segundo 56 % y el tercero 9 %. En cuanto a género de los 43 pacientes el 74 % (32 femenino) y 26 % (11 masculino) (gráfica 2)

El nivel de estudio que con mayor frecuencia se presentó fue primero de primaria lo que representa un 70 %, seguido del analfabeta con un 28 % y secundaria con un 2 % (gráfica 3)

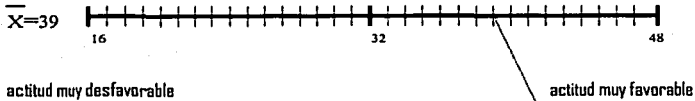
Con referencia del estado civil, se registró 47 % viudo (más mujeres que hombres), 39 % casado, 7 % en unión libre, 2 % divorciado y el 5 % madre soltera (gráfica 4)

La ocupación más frecuente fue la de ama de casa representada con un 84 %, le sigue el campesino con 12 % y el artesano junto con el pensionado o jubilado con un 2% (grafica 5)

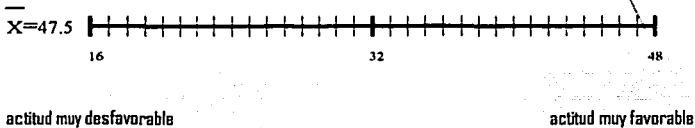
En relación con la seguridad social, se registró que el 53 % no tiene tal, el 40 % pertenece al IMSS, el 5 % al ISSTE, 2 % posee otro grupo de seguridad social (militar o privada) (gráfica 6)

Con referencia a los recursos con los que cuentan para vivir, el 44 % vive con sus familiares, el 30 % depende de su esposo o de ellos mismos, el 19 % vive solo y sus hijos le dan una mensualidad y el 7 % es pensionado (gráfica 7)

ENCUESTA PRE INSTRUCCIONAL



ENCUESTA POST INSTRUCCIONAL



DIFERENCIA ENTRE 1ª Y 2ª ENCUESTA = 8.5 PUNTOS

La primera encuesta (evaluación diagnóstica o pre-instruccional) mostró un promedio grupal de 39 puntos. La segunda (post-instruccional) presentó un promedio grupal de 47.5, lo cual demuestra una diferencia de 8.5 puntos, que se traducen en aprendizaje adquirido por la población de estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación a las preguntas realizadas por la escala de Likert en la pre-evaluación como en la post-evaluación el 100% estuvo muy de acuerdo en que "el aseo de su boca es importante para la salud bucal".

Así mismo se les preguntó que "el cepillarse los dientes previene la caries dental", en la pre-evaluación el 93 % estuvo muy de acuerdo, el 5 % ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 2 % muy en desacuerdo. En la post-evaluación el 100 % estuvo muy de acuerdo.

Al mencionarles que si "el cepillado dental debe hacerse por lo menos tres veces al día", en la pre-evaluación el 96 % respondió estar muy de acuerdo, el 2 % ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 2 % muy en desacuerdo. En la post-evaluación el 100 % estuvo muy de acuerdo.

Respecto a que "si nos cepillamos la lengua se puede lastimar" en la pre-evaluación el 70 % estuvo muy de acuerdo y el 30 % muy en desacuerdo, mientras que en la post-evaluación se obtuvo el 100 % que se encontraba muy en desacuerdo.

En la pre-evaluación el 7 % contestó que estaba muy de acuerdo en que "no debería lavar sus placas porque no son sus dientes", el 93 % estuvo muy en desacuerdo y en la post-evaluación el 100 % refirió estar muy en desacuerdo.

Se les pregunto que si "las placas y puentes dentales se deben de lavar con agua y jabón" respondiendo en la pre-evaluación el 84 % muy de acuerdo, un 4 % ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 12 % muy en desacuerdo, mientras que en la post-evaluación hubo un 100 % que opinó estar muy de acuerdo.

Se encontró en la pre-evaluación que un 65 % respondió estar muy de acuerdo en que "es normal que a su edad ya no tenga dientes" y un 35 % muy en desacuerdo, mientras que en la post-evaluación un 5 % respondió estar muy de acuerdo y un 95 % estar muy en desacuerdo.

En relación a la pregunta de que si "los dientes perdidos no deben ser reemplazados" en la pre-evaluación el 12 % respondió muy de acuerdo, el 88 % muy en desacuerdo mientras que en la post-evaluación el 100 % estar muy en desacuerdo.

El 72 % respondió en la pre-evaluación muy de acuerdo en que "el comer dulces entre comidas, no es bueno para mis dientes", un 7 % ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 21 % muy en desacuerdo. En la post-evaluación el 95 % estuvo muy de acuerdo, el 5 % ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Se encontró que en la pre-evaluación referente a la pregunta "el no tener dientes no afecta su alimentación y digestión" un 32 % estuvo muy de acuerdo y un 68 % muy en desacuerdo, mientras que en la post-evaluación respondieron un 100 % muy en desacuerdo.

Se les preguntó que si "después de los 60 años no es importante conservar sus dientes" en la pre-evaluación un 21 % respondió estar muy de acuerdo, 79 % muy en desacuerdo y en la post-evaluación 100 % muy en desacuerdo.

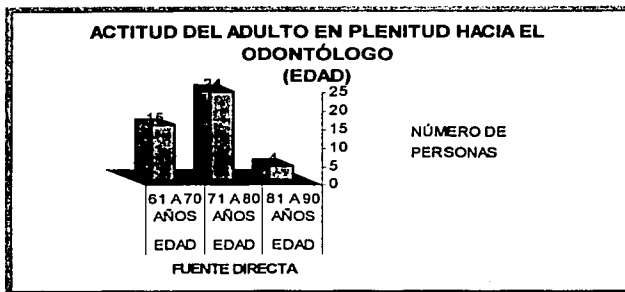
En la pregunta de que "solo debe de ir al dentista cuando tenga dolor o molestia" en la pre-evaluación un 67 % mencionó estar muy de acuerdo, un 33 % estar muy en desacuerdo mientras que en la post-evaluación un 9 % respondió estar muy de acuerdo y un 91 % muy en desacuerdo.

Respecto a la pregunta de que "no le preocupa la apariencia de su boca" en la pre-evaluación el 16 % respondió muy de acuerdo, un 84 % estar muy en desacuerdo y en la post-evaluación un 100 % respondió estar muy en desacuerdo.

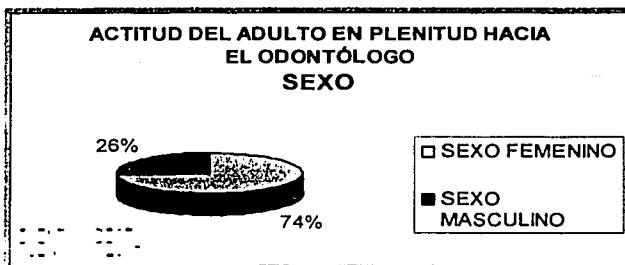
En la pre-evaluación respondieron a la pregunta que si "es importante que acuda a revisiones dentales cada seis meses o una vez al año" un 98 % opinó estar muy de acuerdo y un 2 % muy en desacuerdo. En la post-evaluación se obtuvo un 100 % estar muy de acuerdo.

En relación a la pregunta "si no tengo dientes no debo de ir al dentista" en la pre-evaluación el 49 % estuvieron muy de acuerdo y un 51 % muy en desacuerdo y en la post-evaluación un 100 % dijo estar muy en desacuerdo.

Se encontró que en la pre-evaluación de la pregunta "las personas adulto mayor (adulto en plenitud) no les interesa conocer como cuidada su boca" el 63 % respondió estar muy de acuerdo, el 2 % ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 35 % muy en desacuerdo mientras que en la post-evaluación el 9 % respondió estar muy de acuerdo y un 91 % estar muy en desacuerdo.

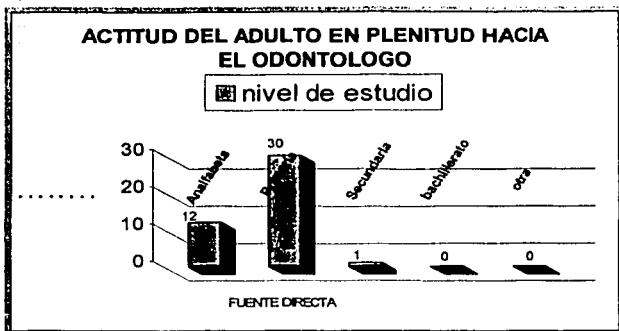


(Gráfica 1)

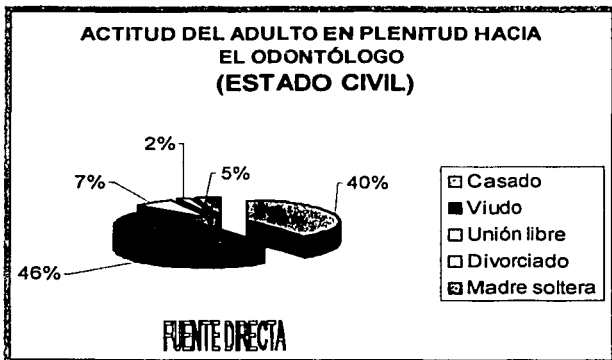


(Gráfica 2)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



(Gráfica 3)



(Gráfica 4)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

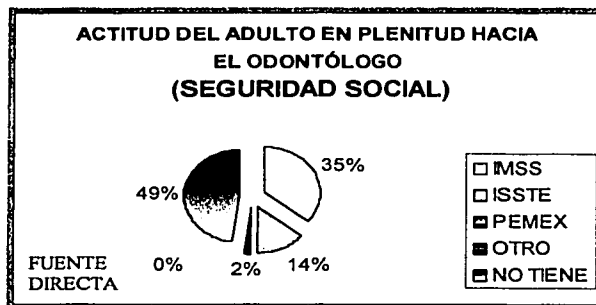
ACTITUD DEL ADULTO EN PLENITUD HACIA EL ODONTÓLOGO

OCUPACIÓN	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Empleado	0	0 %
Campesino	5	12 %
Artesano	1	2 %
Comerciante	0	0 %
Pensionado o Jubilado	1	2 %
Otro	36	84 %
Total	43	100 %

FUENTE DIRECTA

(Gráfica 5)

ACTITUD DEL ADULTO EN PLENITUD HACIA EL ODONTÓLOGO (SEGURIDAD SOCIAL)



(Gráfica 6)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ACTITUD DEL ADULTO EN PLENITUD HACIA EL ODONTÓLOGO

RECURSOS QUE CUENTA PARA VIVIR	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Pensionado	3	7 %
Vive con sus familiares	19	44 %
Vive solo, sus hijos le dan una mensualidad	8	19 %
Otro	13	30 %
Total	43	100 %
FUENTE DIRECTA		

(Gráfica 7)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

10. - CONCLUSIONES

Un aspecto importante del grupo de personas del INSEN del DIF Municipal de Juchitepec Estado de México es la gran participación para la realización de esta investigación.

Es importante mencionar que del grupo (adulto en plenitud) el porcentaje es mayor en mujeres que en hombres.

Se puede observar que en la pre-evaluación, hubo una menor puntuación de acuerdo a las preguntas realizadas y en la post-evaluación aumentó notablemente la puntuación hasta casi un 100%.

A la mayoría de este grupo poblacional le afecta la economía para un adecuado tratamiento ya que casi todos dependen económicamente de otras personas para vivir (familiares).

Algunos de los encuestados no realizan un adecuado aseo bucal (70%) y tienen la creencia que a su edad es natural la ausencia de dientes, cabe mencionar que a un porcentaje alto no le interesa el cuidado bucal; así como un total desconocimiento de como mantener y asear sus prótesis, ni cuando debe ser reemplazada.

Este grupo de personas (adulto en plenitud) requiere de conocimiento y educación para la realización de un adecuado tratamiento odontológico así como de una gran motivación, por lo tanto nos toca a nosotros crear una conciencia para tratar al adulto en plenitud y una gran paciencia para entenderlo y saberlo sensibilizar sin herir susceptibilidades.

Debemos hacerles comprender cuan importantes son para nuestra sociedad y evitar que se sientan inútiles o fuera de lugar o tiempo; debemos crear en ellos aunque parezca difícil de aceptar a su edad la conciencia de la prevención. Si logramos tocar las fibras sensibles serán capaces de cambiar esa actitud pasiva y a veces apática en cuanto al cuidado de la boca se refiere ya que en el poco tiempo que conviví con ellos pude percatarme que nunca es tarde y que todavía son capaces de aprender y lo más importante, son capaces de aceptar el cambio y lograrlo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. - BIBLIOGRAFÍA

1. - Osawa Deguchi, José Y., *Estomatología Geriátrica*, editorial Trillas, primera edición, junio 1994.
2. - Caballero JF, Caballero JC. *El anciano en la estomatología*, Revista Española, Geriatric Gerontol. 1998; 33: 3-7.
3. - Elías Anzola Pérez, *Enfermería Gerontológica conceptos para la práctica*, Organización Panamericana, OMS, 1993.
4. - *Revista Electrónica de Geriatría*, A:\ Geriatrianet htm Gerontología, una perspectiva clínica.
5. - Ronald E. Smit Irwin G. Sarason, Barbara R. Sarason. *Psicología fronteras de la conducta*, editorial Harla, México, segunda edición, 1984.
6. - A. Young Kimball, *Psicología de la Actitudes*, Buenos Aires Argentina, editorial Paidós, 1967.
7. - Reich Ben, *Valores, actitudes y cambio de conducta*, editorial Continental, 1990.
8. - Roberto Hernández Sampieri; Carlos Hernández Collado; Pilar Baptista Lucio, *Metodología de la Investigación*, editorial McGraw-Hill, 2° Edición.
9. - Simon Katz; James L. Mc Donald; George K. Stookey, *Odontología Preventiva en Acción*, 3° edición, editorial Medica Panamericana, 2000.
10. - Paunovich ED, Sadwsky JM, Carter P. *The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment*. De Clin North Am 1997; 41:699-726.
11. - Echeverría García Javier et-al: *Patología quirúrgica oral y maxilofacial*.- En: El manual de Odontología, editoria-JGH-Madrid-España-1997;Tomo III-441.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. – William B. Abrams, M.D., y Robert Berkow, M.D., *El Manual Merck de Geriátria*, Ediciones Doyma 1992.

13. – Cailliet-Rene: *Síndromes dolorosos de cabeza y cara*, Editorial, el manual moderno; México,-1995;235.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

12. - ANEXOS



MERCEDES NAVA SAL
AZUETA
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO
DE TITULACIÓN

**C. MERCEDES LINARES NAVA
PRESIDENTA DEL D. I. F. MUNICIPAL
JUCHITEPEC, ESTADO DE MÉXICO**

Solicito muy atentamente su autorización para que el paciente OSORIO LEÓN LUZ MARÍA No. de cuenta 9439355-4, realice su investigación para elaborar la tesis: Actividad del adulto en plenitud hacia el odontólogo (Estudio de caso en Juchitpec, Estado de México), en la institución que usted tan dignamente dirige.

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, D. F., a 6 de marzo de 2003

LA COORDINADORA

DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

RECEPCIÓN CIVIL
14 DE MARZO 2003

M.C. EMMA DANIELA
D. E. L. T. C. E. A.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE TITULACIÓN "ODONTOLOGÍA COMUNITARIA"

TÍTULO: "ACTITUD DEL ADULTO EN PLENITUD HACIA EL ODONTÓLOGO".

- 1.- Edad.....
- 1.- 60 – 70 años
- 2.- 70 – 80 años
- 3.- 80 – 90 años
- 2.- Sexo.....
- 1.- Masculino
- 2.- Femenino
- 3.- Nivel de estudio.....
- 1.- Analfabeta
- 2.- Primaria
- 3.- Secundaria.
- 4.- Bachillerato
- 5.- Otra, especifique
- 4.- Estado civil.....
- 1.- Casado
- 2.- Viudo
- 3.- Unión libre
- 4.- Divorciado
- 5.- Madre soltera
- 5.- Ocupación.....
- 1.- Empleado
- 2.- Campesino
- 3.- Artesano
- 4.- Comerciante
- 5.- Pensionado o jubilado
- 6.- Otro
- 6.- Tiene seguro social.....
- 1.- IMSS
- 2.- ISSTE
- 3.- PEMEX
- 4.- Otro, especifique
- 5.- No tengo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.- Con que recursos cuenta para vivir.....

- 1.- Pensionado
- 2.- Vivo con mis familiares
- 3.- Vivo solo, mis hijos me dan una mensualidad
- 4.- Otro, especifique

8.-El aseo de mi boca es importante para la salud bucal

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

9.- El cepillarse los dientes previene la caries dental

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

10.- El cepillado dental debe hacerse por lo menos tres veces al día

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

11.- Si nos cepillamos la lengua se puede lastimar

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

12.- No debo lavar mis placas porque no son mis dientes

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

13.- Las placas y puentes dentales se deben lavar con agua y jabón

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

14.- Es normal que a mi edad ya no tenga dientes

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

15.- Los dientes perdidos no deben ser reemplazados

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

16.- El comer dulces entre comidas, no es bueno para mis dientes.

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

17.- El no tener dientes no afecta mi alimentación y digestión.

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

18.- Después de los 60 años no es importante conservar mis dientes

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

19.- Solo debo ir al dentista cuando tengo dolor o molestia

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

20.- No me preocupa la apariencia de mi boca

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

21.- Es importante que acuda a revisiones dentales cada 6 meses o 1 vez al año

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

22.- Si no tengo dientes no debo ir al dentista

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

23.- Las personas adulto mayor (adulto en plenitud) no les interesa conocer como cuidar su boca.

- a) Muy de acuerdo
- b) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo