



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BUCAL EN ADULTOS MAYORES DE LA
FUNDACIÓN "VIDA PLENA". 2005**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

DARLENE AGLAÉ SÁNCHEZ TORRES

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mirella Feingold Steiner'.

**DIRECTORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER
ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME**

A DIOS

Por darme la oportunidad de llegar a este momento tan importante de mi vida, por todas las cosas maravillosas que me has brindado, te doy las gracias DIOS.

A LOS PROFESORES

Que con su paciencia y conocimientos, me dieron las bases para poder realizarme como profesionalista, en especial a todos los Doctores de este seminario por su tutoría dentro de la realización de mi tesina, sobre todo por compartir sus conocimientos, que sabré valorar muchas gracias.

A MI MAMÁ: ALICIA

A quien me ha heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo, el amor; a quien sin escatimar esfuerzo alguno ha sacrificado gran parte de su vida que me ha formado y educado, pero sobre todo por darme la oportunidad de sentir el orgullo de ser tu hija, Gracias.

A TI AMOR: PEDRO

A ti te doy las gracias por estar a mi lado incondicionalmente en los buenos y malos momentos, por el amor, apoyo y comprensión que siempre me has dado, por alentarme a ser mejor cada día y por ser parte esencial de mi vida Te Amo.

A MI HERMANO: CARLOS

Por el apoyo y cariño que me has demostrado a lo largo de nuestras vidas, por que se que cuento contigo en cualquier momento, aunque muchas veces no demuestro lo que siento Te Quiero Mucho Carlos

A MIS AMIGOS: DANIEL Y GABY

Por haberme brindado su amistad, comprensión y consejos, por su apoyo incondicional, sinceramente agradezco su amistad y espero sea para siempre Gracias.

CONTENIDO

Página

Introducción

1. Antecedentes.....	1
1.1 Definiciones.....	5
1.2 Teorías del envejecimiento.....	6
1.3 Características del adulto mayor.....	8
1.3.1 Cambios biológicos.....	8
1.3.2 Cambios psicológicos.....	9
1.3.3 Cambios sociales.....	10
1.3.4 Cambios bucales.....	11
1.4 Principales problemas que presentan los pacientes en relación con el mantenimiento de la salud bucodental.....	14
1.4.1 Destreza.....	15
1.4.2 Falta de conocimiento.....	16
1.5 Patología Bucal del adulto mayor.....	17
1.5.1 Caries radicular.....	17
1.5.2 Enfermedad periodontal.....	17
1.5.3 Xerostomía.....	18
1.5.4 Candida albicans.....	18
1.5.5 Várices linguales.....	18
1.5.6 Estomatopatía protésica.....	19
1.6 Medidas preventivas bucodentales en el adulto mayor.....	22
1.6.1 Elección del cepillo dental.....	22
1.6.2 Cepillado con movimiento rotatorio.....	23
1.6.3 Método de Stillman modificado.....	23
1.6.4 Método de Bass.....	24
1.6.5 Limpieza interproximal.....	24

1.6.6	Tira de gasa.....	24
1.6.7	Cepillo interproximal.....	25
1.6.8	Limpieza de las dentaduras.....	25
1.6.9	Escalamiento tipo Likert.....	26
2.	Planteamiento del problema.....	27
3.	Justificación.....	28
4.	Hipótesis.....	28
5.	Objetivos.....	29
5.1	Objetivo general.....	29
5.2	Objetivos específicos.....	29
6.	Metodología.....	29
6.1	Material y método.....	29
6.2	Tipo de estudio.....	31
6.3	Población de estudio.....	31
6.4	Tamaño de muestra.....	31
6.5	Criterios.....	31
6.5.1	Criterios de inclusión.....	31
6.5.2	Criterios de exclusión.....	31
6.6	Variables.....	32
6.6.1	Variables dependientes.....	32
6.6.2	Variables independientes.....	32
6.7	Recolección de información y análisis estadístico.....	33
6.8	Recursos.....	33
6.8.1	Humanos.....	33
6.8.2	Materiales.....	33
6.8.3	Financieros.....	33
7.	Cronograma de actividades.....	34
8.	Resultados.....	35
9.	Conclusiones.....	46
10.	Referencias bibliográficas.....	48
11.	Anexos.....	50

INTRODUCCIÓN

En el terreno demográfico, México experimenta procesos de enorme trascendencia. Uno de ellos es una disminución de la mortalidad en general lo que en combinación con el descenso acelerado de la fecundidad, ha producido el envejecimiento de la población, es decir, en el aumento de personas de mayor edad en la estructura poblacional.

Se ha reconocido que se busca un aumento en “años de vida saludables” a través de la Promoción de la Salud Bucal y su impacto en la calidad de vida como componentes del bienestar del ser humano.

Se espera que para el tercer milenio el perfil epidemiológico bucal se caracterice por una elevada incidencia de caries dental y periodontopatías, por lo que las necesidades de atención en este grupo de personas aumentará considerablemente.

Llegar a la tercera edad con todos los dientes o con los pocos que queden en buen estado, requiere de una adecuada prevención y atención dental, y es aquí, donde nosotros como promotores de la salud debemos intervenir educando a los pacientes de todas las edades en el cuidado de su salud dental teniendo en cuenta que nunca es tarde para prevenir ni para conocer y adoptar hábitos que conlleven a mejorar la calidad de vida.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el impacto del curso de promoción y educación para la salud sobre el autocuidado y conocimientos de salud buco-dental en las personas de la tercera edad que asisten a la Fundación Vida Plena durante el periodo del 10 de febrero al 28 de marzo del 2005.

1. ANTECEDENTES

En la actualidad los estudios referentes a las personas de 60 años o más, han cobrado una mayor importancia, esto se refleja en lo que algunos autores han sugerido en denominar como "transición demográfica"¹, ya que se ha reducido la natalidad y la esperanza de vida ha aumentado con un consiguiente incremento de este tipo de población en las últimas décadas. En México, la esperanza de vida según datos oficiales es de 69.5 años para los hombres y 75.6 para las mujeres². Lo que nos sugiere que en las próximas décadas la población de la tercera edad aumentará y que consumirá gran parte de los recursos nacionales destinados a la salud, lo que hace necesario el tener mejor conocimiento de los principales problemas de estas personas para planificar estrategias adecuadas y efectivas que resultarán en una optimización de los programas de salud.^{2,3}

Para comprender las necesidades de ésta población, es necesario advertir que estas personas comenzaron su relación con la odontología a principios del siglo pasado, lo que es un factor determinante, ya que desde entonces la ciencia y la tecnología han evolucionado aceleradamente y con ello también la odontología. Por lo que las prácticas, conocimientos y actitudes relacionadas con la salud bucal las han adquirido desde la infancia y llevado a cabo durante toda su vida.⁴

Estas son algunas razones por las que se han aplicado pocos programas de educación para la salud bucal en poblaciones de adultos mayores.

En 1995, la Coordinación de Salud Pública Bucal diseñó e implementó un programa de Educación para la Salud Bucal en un grupo de ancianos no residentes, que acudían a realizar actividades recreativas al asilo "Arturo Mundet" (DIF). Éste programa consistió de 9 sesiones de una hora de duración en las que se revisaban diferentes temas sobre higiene bucal, enfermedades bucales, cuidado de prótesis, dentaduras y autocuidado, entre otros. Se llevó a cabo una evaluación del impacto del programa inmediatamente después de su finalización en 1996 y a los 10 meses. Se aplicó un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas referentes a la salud bucal.

Locker⁵, ha mencionado que no se han desarrollado suficientes programas para las personas de la tercera edad, ya que ésta población es en su mayoría edéntula, son las personas que tienen más miedo de acudir al dentista y las que menos utilizan los servicios dentales. Todo esto puede ser consecuencia de experiencias dolorosas en la niñez y que resultan en una aversión a la atención dental. Lidell⁶, reporta que las mujeres son las que presentan mayor ansiedad dando lugar al miedo. Estos investigadores identificaron al miedo como una de las barreras para no asistir a consulta dental. McCord⁶, además del miedo también identificó como barreras a: la edad, nivel socioeconómico y lugar de residencia.

En otro estudio, Locker⁷, identificó otros factores como son: lugar de nacimiento, educación, estado civil, estado de salud en general, estrés, uso de servicios dentales. indicó que la relación de todas estas variables puede ser un indicador del estado de salud bucal.

Kawamura⁸, sugiere que para obtener mejores resultados en la promoción y educación para la salud de las personas de la tercera edad, se debe dar un enfoque más preventivo que restaurador a la odontología.

Se ha demostrado que los pacientes que tienen un mayor número de dientes presentes en la cavidad oral, también tienen mejores conocimientos y prácticas referentes a la salud bucal, como lo reportan Rossum y Lee⁸ quienes resaltan la necesidad del uso de la tecnología para mejorar los servicios dentales y la integración de los métodos preventivos, pero que los beneficios de la tecnología, sólo ayudan a quien tiene contacto con ella, afirmación con la que coincide Mojon.⁹ El factor cultural se convierte en un problema al entender la educación para la salud bucal, se debe de reconceptualizar el proceso de salud enfermedad, debido a la gran influencia de la cultura en algunas civilizaciones o comunidades.

Lee⁸ propone que para obtener mayores resultados se debe evitar el enfoque mágico y cultural de la salud, buscando una explicación médica razonable para obtener resultados duraderos. Asimismo, Kwan señala que el factor cultural se puede convertir en una barrera, encuentra en los problemas de comunicación la principal dificultad para establecer conceptos, creencias y valores culturales, actitudes, conocimientos y expectativas.

En programas de largo plazo se ha demostrado que los resultados pueden diferir debido a ciertas variables que deben ser tomadas en cuenta en la elaboración de estos programas, según Locker⁹, en un programa de educación para la salud en personas de 60 años de edad; que se llevó a cabo durante un periodo de 3 años se encontró que el 20% de los participantes consideró que empeoró su salud dental, el 68.5% consideró que se mantuvo en el mismo nivel y sólo el 10.5% mejoró.

Una evaluación realizada por Davison¹⁰ después de un programa cuyo objetivo fue resaltar la importancia del cepillado y el uso del hilo dental como las principales prácticas preventivas, así como también el uso de pastas fluoradas para la reducción de caries. Encontró que el 40% de la población usaba hilo dental, otro punto importante es que las mujeres tienen mejores hábitos de limpieza. Se encontró que las mujeres y las personas con mejor nivel socioeconómico eran las que mostraron mejores conocimientos y una mejor actitud. También se sugiere que los hábitos y experiencias desarrollados en la etapa de la niñez son determinantes en la actitud que tendrá el individuo en etapas ulteriores.

Por último se reportó que los hábitos de limpieza disminuyen conforme la edad del individuo aumenta. En un programa de prevención de enfermedades periodontales en personas adultas durante tres años, Persson resaltó la importancia de provocar un cambio en la percepción de la necesidad de la utilización de los servicios dentales y de las prácticas preventivas para lograr un cambio significativo referente a la salud bucal, ya que el dolor es el único indicador de la necesidad de acudir a una revisión dental. La mayoría de las personas sabían que la mala higiene era la causa de la periodontitis y mejorarla era la mejor forma de prevenirla.

En este trabajo se muestra la necesidad de instruir a las personas de manera adecuada por personal capacitado, monitorear con regularidad y en periodos cortos. Nakazono¹⁰ encontró que las personas de raza blanca y de mediana edad tenían una mejor actitud hacia las prácticas de salud bucal, y que las personas que tenían una educación deficiente eran las que presentaban una actitud negativa.

1.1 DEFINICIONES

Envejecimiento

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

El proceso del envejecimiento humano debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual.¹¹

Geriatría

Es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas.¹²

Odontogeriatría

Se define como parte de la medicina consagrada al estudio del envejecimiento anatomofisiológico y patológico de la cavidad bucal, dientes, lengua y estructuras adyacentes, así como sus relaciones con la salud integral del anciano, se denomina gerontoestomatología, término que deriva del griego: geronto – viejo; logos - tratado.¹¹

Edades de Interés Geriátrico

En realidad no existe relación directa entre la edad biológica y la edad cronológica, sin embargo para su clasificación se han considerado tres periodos:

1. La última etapa del adulto, comprende de los 45 a los 60 años.
2. Período de prevejez, comprende de los 60 a los 70 años.
3. Senectud o vejez, de los 70 años en adelante.¹¹

1.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Muchas son las teorías que han intentado explicar el proceso o causa del envejecimiento. Los cambios progresivos de la involución, son numerosos:

- HELBRUNA, en su libro "Fisiología de la edad", apoya lo anterior al manifestar que los seres vivientes envejecen porque no tienen capacidad para eliminar completamente los residuos intercelulares.
- MONTGOMERY y CHIL, opinan que es la acumulación de productos de desecho la causante del envejecimiento.
- JICHEL, va un poco más lejos, al opinar que el proceso de la involución es debido a un metabolismo incompleto.
- COWNDREY, DELAGE y JENNING, sostienen que la edad es el resultado de la diferenciación celular, es decir, que las células han perdido su facultad de regenerarse.

- LANSIN, emite una teoría diferente, al señalar que el aumento del calcio en la corteza celular hace que disminuya la función de la misma, por tal motivo sobreviene un déficit funcional.
- ROSE, está haciendo estudios sobre la relación entre los cambios en las proteínas, a lo cual el organismo reacciona por medio de la autoinmunidad. Según sus investigaciones, opina que el cuerpo combate por medios inmunológicos su propio envejecimiento hasta acelerar su deterioro.
- SPENCER y MULHMAN, sostienen que la edad se debe a los cambios en el volumen de la superficie celular.
- METOHNIKOVV, creó toda una teoría de que la putrefacción intestinal era la causa fundamental del envejecimiento.
- PAYNO y Col., han encontrado en México, que durante el proceso de envejecimiento, existe una deshidratación que dificulta los intercambios inter y extracelulares, y que manteniendo una rehidratación con equilibrio de los electrolitos se puede retardar el proceso del envejecimiento celular.
- FELIX ESTRADA, en estudios e investigaciones de los fenómenos relacionados con la genética del envejecimiento en México, sostiene que la formación espontánea o provocada de radicales libres reduce la duración de la vida, mientras que los antioxidantes la prolongan.¹¹

1.3 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

El proceso normal de envejecimiento puede verse alterado por multitud de factores, además de que se van presentando cambios en diferentes aspectos:

1.3.1 Cambios Biológicos

- Disminuye la memoria reciente.
- La piel se vuelve seca y más delgada.
- Pérdida de cabello.
- Cambios en la boca y dientes.
- Disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva.
- Menor fuerza muscular.
- Reflejos más lentos, lentitud motriz.
- Disminuye el sentido del gusto y olfato.

La capacidad perceptiva se deteriora con el paso del tiempo lo que puede atribuirse a la función de los órganos de los sentidos.

Los individuos de edad avanzada tienen en muchos aspectos un modelo de conducta más lento, y la motivación para cierto tipo de tareas, parece disminuir con la edad.¹³

1.3.2 Cambios Psicológicos

Estos cambios influyen en el pensamiento, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conductas, y personalidad en general; los cambios físicos pueden limitar las relaciones sociales e incrementar el aislamiento, acentuando los problemas en esta fase por las características psicológicas:

- Puede generar tristeza y depresión al llegar a la vejez.
- Puede sentirse rechazo y frustración hacia la vida, en este punto podemos observar la fusión de los cambios psicológicos con los físicos, entre mejores condiciones psicológicas tenga el individuo va a poder afrontar mejor sus cambios físicos.
- Se toma conciencia de la cercanía con la muerte.
- Para ellos el tiempo se vive más rápido, una característica importante es que se tornan más religiosos.
- Al no otorgarse el reconocimiento que merece un individuo que ha sido siempre productivo, ocurre un derrumbe psicológico que en algunas personas puede ser grave, hecho que frecuentemente se presenta en los jubilados que han perdido interés por la vida y gran parte de su posición económica y social.^{12,13}

1.3.3 Cambios Sociales

En la vejez hay un cambio en el rol individual, el mismo se presenta o se plantea desde dos dimensiones:

- **EL ANCIANO COMO INDIVIDUO.** En los individuos durante su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo consiste en la aceptación de la realidad de la muerte. Ésta es vivida por los ancianos como una liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas; para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad, algunos otros rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

- **EL ANCIANO COMO PERSONA CAPAZ DE AFRONTAR LAS PÉRDIDAS.** La vejez ha sido llamada la estación de las pérdidas, el adulto mayor pierde su rutina de trabajo y el ser miembro contribuyente de la sociedad. Las pérdidas más importantes en la vejez son: el atractivo físico, vigor, energía física, deseo sexual, funciones sociales, años de vida, seres queridos. Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.¹²

1.3.4 Cambios Bucales

En general, con la edad avanzada se producen a nivel de la boca y de la orofaringe los siguientes cambios: el esmalte de los dientes se desgasta y la dentina se espesa, lo que da como consecuencia el color amarillento de los dientes. La encía se retrae dejando expuesta la raíz del diente; disminuye el número de papilas gustativas, con lo que el sentido del gusto se ve alterado. Debido a la degeneración del epitelio que recubre las glándulas, la secreción salival se ve reducida y la saliva se hace más viscosa y espesa.

Las estructuras periodontales (encía, hueso alveolar, periodonto y cemento) sufren isquemia y cambios fibróticos. Los osteoblastos y fibroblastos ya no son tan activos, por lo que tardan más tiempo en reparar el desgaste diario, obteniéndose como consecuencia que las estructuras periodontales se atrofien y degeneren con mayor facilidad que en una persona joven lo que puede llevar a la pérdida de los dientes.

En los pacientes mayores de 50 años, la placa bacteriana está constituida sobre todo por *Odontomyces oviscosus* y la caries se produce debajo de ella. Aunque las caries dentarias progresen lentamente, las personas mayores con tejidos orales débiles y xerostomía (sequedad bucal) desarrollan rápidamente caries altamente destructivas. Después de los 70 años disminuye la *oviscosus*, mientras que empieza a aumentar la *Candida albicans*. Suelen encontrarse manchas blancas, debajo de las dentaduras, generalmente de las prótesis totales, en el interior de las mejillas y sobre la superficie lingual. El tejido mucoso subyacente a la infección puede presentar úlceras, coloración rojiza y dolorosa.

En el aumento global de la friabilidad de los tejidos de la cavidad oral se observan tres aspectos distintos:

- a) Sequedad progresiva de la mucosa oral, debido a una función renal disminuida y cambio en el equilibrio hídrico, del medio intracelular al extracelular.
- b) La capa epitelial se hace más fina, dejando al tejido sin protección y vulnerable a la menor agresión.
- c) Las células mucosas están generalmente mal nutridas, por lo que se disminuye la resistencia de los tejidos.

Se produce también un descenso gradual en la altura y anchura del borde alveolar, particularmente en las personas desdentadas que lleven prótesis dentales, como consecuencia de la resorción ósea. El defecto en la secreción (xerostomía), puede también tener su origen en enfermedades sistémicas (diabetes, anemia perniciosa) en fármacos (antihipertensivos, etc.) y condiciones tales como déficit vitamínico y radiación.

Los tejidos bucales, así como los otros tejidos del cuerpo, cambian marcadamente con la edad, por lo que es importante resumir los cambios más notables en la cavidad bucal:

- a) Pérdida de dientes.- Principalmente debida a la degeneración de las estructuras periodontales; más del 80% de los pacientes ancianos que quieren conservar sus dientes, han padecido alguna enfermedad periodontal.
- b) Desgaste Dental.- La velocidad de la atrición, abrasión y erosión esta influida por la dieta, técnicas de cepillado y los hábitos masticatorios (bruxismo).

- c) Mucosa Bucal.- La mucosa bucal sufre pérdida de elasticidad con sequedad y atrofia de los tejidos; una causa de preocupación mayor para quienes usan dentaduras ya que existe la tendencia a la aparición de hiperqueratosis.
- d) Encía.- Pérdida de punteado; aspecto edematoso; capa queratinizada fina o ausente.
- e) Saliva.- Función disminuida de las glándulas salivales con xerostomía relativa o absoluta debida a la atrofia de las células que tapizan los conductos intermedios, la xerostomía produce también sensaciones anormales del gusto.
- f) Lengua.- Glositis atrófica, probablemente por deficiencia del complejo vitamínico B.
- g) Labios.- Queilitis angular muy común y probablemente relacionada con la deficiencia vitamínica B y pérdida de la dimensión vertical.

1.4 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES EN RELACIÓN CON EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL.

En este grupo de personas, los problemas que se presentan para poder llevar a cabo una correcta higiene bucodental, son muchos y muy variados; van ligados mayormente con los problemas de origen educacional hasta las enfermedades que les impiden poderla llevar acabo de forma adecuada.

Muchos problemas dentales y bucales pueden originarse por el uso de los medicamentos; las personas de edad avanzada tienen más posibilidades de padecer hipertensión arterial y por lo general, suelen recibir medicamentos antihipertensivos que repercuten dentro de la cavidad bucal, provocando xerostomía.

Uno de los problemas al que se enfrenta el adulto mayor y que va en contra de su salud bucal es sin duda alguna, el económico. El hecho de ser pensionados y/o percibir pocos ingresos, vivir en instituciones de beneficencia o con familiares, y dependiendo económicamente de éstos, hace casi imposible que el anciano pueda asistir a la consulta dental y por consiguiente, recibir instrucción adecuada para mantenerse en buenas condiciones.

Existen también problemas para la aceptación de un adecuado plan de tratamiento, esto se debe a que en el paciente anciano la expectativa que tiene por delante no es tan atractiva y mejor decide quedarse como está.

En estudios realizados se ha demostrado que el grado de escolaridad influye sobre la necesidad sentida, de solicitar tratamiento bucal. En este aspecto, la educación que recibió el ahora anciano durante su niñez no es igual a la que reciben los niños de hoy; en la actualidad, en las escuelas se les enseña a los niños a cuidar de su salud bucal, esto hace pensar que la población de los pacientes geriátricos del futuro, tendrán problemas bucodentales muy diferentes a los de los ancianos de hoy.

Así mismo, la mayoría de ellos no han sido cubiertos por ninguno de los programas de atención odontológica que existen en el país, algunos nunca recibieron del odontólogo tratante un diagnóstico integral y a otros jamás se les mencionaron las necesidades de un tratamiento preventivo.

1.4.1 Destreza

Debemos tomar en cuenta los problemas de deficiencia en la destreza para llevar a cabo un buen plan de higiene bucodental en los pacientes geriátricos. Es importante tomar en cuenta las múltiples patologías que padecen, lo cual puede impedir el correcto aseo bucal.¹²

1.4.2 Falta de conocimiento.

Dentro de este aspecto, debemos valorar la capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo un correcto programa de higiene bucodental, ya que ciertas enfermedades les impide realizar los movimientos adecuados para una correcta técnica de cepillado, no han sido instruidos acerca de cómo hacerlo correctamente o no lo llevan a la práctica en la forma en que se les enseñó, ya sea porque no lo entendieron o simplemente por que les da flojera hacerlo ya que implica mayor tiempo, cuidado y atención.¹²

Por otra parte tenemos a lo pacientes que son portadores de prótesis totales, y muchas veces el error no es de ellos, sino del odontólogo al no darles las instrucciones precisas para el mantenimiento que deben brindarle, ellos creen que por el hecho de ser artificiales no necesitan higiene y cuidados.

1.5 PATOLOGÍA BUCAL DEL ANCIANO

1.5.1 Caries radicular

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica de los mismos. Se le considera como un padecimiento endémico que afecta a personas tanto del sexo femenino como del masculino, sin respetar origen, estrato socioeconómico y grupos cronológicos.¹¹

La principal patología del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. La de mayor prevalencia es la caries radicular, seguida de la caries coronal, llamadas así por la distribución anatómica con respecto al diente.¹⁵

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 recesión gingival, queda expuesto el cemento de la superficie de la raíz y es posible que tales zonas se vean afectadas.¹⁶

1.5.2 Xerostomía

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 puede obedecer a numerosos factores locales o generales. Entre los primeros figura el abuso de alcohol o tabaco, la aplasia de glándulas salivales o neoplasia en la cavidad oral. Entre las enfermedades destacan la diabetes, el síndrome de Sjogren; irradiación de cabeza o cuello, así como la acción de numerosos fármacos (hipnóticos, tranquilizantes, espasmolíticos, diuréticos, etc.)^{16, 17}

1.5.3 Enfermedad periodontal

La mayoría de las pérdidas dentales en el adulto mayor se deben a la enfermedad periodontal. Ésta es producida por la placa bacteriana que se acumula y adhiere a los dientes, causando inflamación gingival 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.¹⁷



Fuente directa

1.5.4 Candida albicans

Es un componente normal de la flora bucal, que habitualmente no produce manifestaciones clínicas; sin embargo, en determinadas circunstancias esta tolerancia recíproca se altera y es capaz de producir sintomatología.

Eso puede ocurrir en situaciones de malnutrición, de menor resistencia a las infecciones como en el caso de la diabetes, pero sobre todo, después de terapias con antibióticos prolongadas, estableciéndose una preponderancia de los organismos moniliásicos, que provoca una rápida colonización en forma de revestimiento blanquecino, caseoso, sobre áreas eritematosas y afecta amplias superficies de la mucosa oral.¹¹

1.5.5 Várices linguales.

Son venas tortuosas, dilatadas, cuyo desarrollo está sujeto al aumento de la presión hidrostática, con disminución de la resistencia de sus paredes, de color azul rojizo y con escaso tejido de soporte.¹¹

1.5.6 Estom atopatía Protésica.

Las estomatopatías protésicas más comunes en el uso de dentaduras completas son las siguientes:

- a) Hiperplasia papilar
- b) Úlceras traumáticas
- c) Hiperplasia marginal
- d) Estomatitis protésica
- e) Queilitis angular
- f) Hiperplasia fibrosa

Las prótesis totales tienen un periodo de eficiencia limitado que está sujeto a los cambios y cuidados de los tejidos de soporte para que éstas no se conviertan en factores patógenos.¹¹

a) Hiperplasia papilar

También llamada papilomatosis o palatitis protésica, es una lesión que se localiza básicamente en la mucosa del paladar duro en personas portadoras de dentaduras completas superiores (53%).

Hay datos significativos respecto de que permanecer con las prótesis en la boca durante la noche aumenta el riesgo de estas afecciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. Se ha demostrado una íntima correlación entre las alteraciones oclusales y el desgaste de estas superficies, que conlleva a un aumento del espacio libre.

b) Úlceras traumáticas

Estas lesiones ocasionadas por prótesis y bordes cortantes son frecuentes en la práctica diaria. Se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que produce la agresión; después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos y agrandados, muy dolorosa. Esta es la úlcera aguda típica producida por una prótesis total recién colocada.¹¹

c) Hiperplasia Marginal

Esta lesión gingival comúnmente conocida como épulis fisurado, fissuratum o fissurata, granulomatosis protésica o fibroma del fondo vestibular, es generalmente asintomático, y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobreextendidos o desadaptados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por resorción del borde osealveolar.¹¹

d)..Estomatitis subprotésica

Conocida como estomatitis protésica, es una lesión en la que la mucosa del reborde residual y la palatina (mucosa de soporte) cambian de color y estructura después de usar por cierto tiempo dentaduras completas.¹¹

e) Quelitis angular

Con el término genérico quelitis angular se acostumbra aglutinar una serie de manifestaciones inflamatorias, erosivas, ulcerosas, y costrosas situadas en los ángulos de la boca.

La causa de dichas lesiones se ha atribuido a múltiples factores: enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis completas inadecuadas o estímulos irritativos locales; y las de origen alérgico a fármacos, cosméticos, acrílicos, etc., y con frecuencia se ha observado una disminución de riboflavina y/o xerostomía y, en gran número de casos, una sobreinfección por *Candida*.¹¹

f) Hiperplasia fibrosa

Esta afección es consecuencia de la resorción del reborde residual ante una dentadura completa desajustada debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada. Comúnmente, cada prótesis total superior que articula contra pocos antagonistas anteriores inferiores naturales provoca atrofia ósea con hiperplasia fibrosa en la porción anterior del reborde edéntulo o cubriendo el reborde mandibular atrófico en "filo de cuchillo".¹¹

1.6 Medidas Preventivas Bucodentales en el Adulto Mayor

La gran mayoría de los pacientes geriátricos no realizan una técnica de higiene bucal efectiva ya que estas no son fáciles de adoptar y mantener. Además la mayoría de los ancianos son contrarios a aprender nuevas y laboriosas actividades y aplicarlas como una rutina diaria, porque sus formas de comportamiento ya están establecidas.

Si por razones físicas o mentales no es capaz de mantener una higiene oral por sí sólo y necesita la ayuda de alguien se le debe dar apoyo puede hacerlo un familiar o alguien que lo visite diariamente.¹⁴

1.6.1 Elección del cepillo de dientes

Existe una multitud de formas diferentes, texturas, tamaños y modelos de cepillos disponibles al público. Las cualidades que deben tener son:

- Las cerdas deben de ser de nylon o sintéticas.
- El diámetro de la cerda determina su elasticidad.
- De cerdas blandas con extremos pulidos.
- Debe contar con 3 ó 4 hileras de cerdas.
- Deben tener una altura uniforme.

Debemos de recordar que el paciente geriátrico puede utilizar los principios de cada técnica para lograr una higiene oral adecuada.¹⁸

MÉTODOS PARA ELIMINAR PLACA

Los espacios interdentarios y las caras de las piezas dentarias que están en contacto, acumulan mucha placa dental y es difícil eliminarla con el cepillo dental, por ello disponemos de otros métodos.

-Seda o Hilo dental



-Cepillos interdentales y de prótesis



-Conos o estimuladores de goma



Enjuagues



-Limpia lenguas

1.6.2 Cepillado con movimientos rotatorios

Este método es una técnica de limpieza general para eliminar alimentos y placa de la corona de los dientes, y acentúa poco la limpieza del surco.

Se instruye al paciente para que sujete el cepillo de forma que las cerdas estén dirigidas apicalmente y colocadas sobre la encía con movimientos de barrido, las cerdas se rotan suavemente sobre la encía y los dientes hacia incisal o las superficies oclusales, esto se debe repetir por lo menos de 5 a 10 veces, luego el cepillo dental se mueve al área siguiente. Cada área abarca de 3 a 4 dientes.

En la posición lingual hay que colocar el cepillo verticalmente y se barre desde lingual hacia el borde incisal. La posición oclusal debe barrerse moviendo las cerdas de adelante hacia atrás.

Cepillar la lengua: se debe sacar la lengua colocar el cepillo lo más posteriormente posible moviendo el cepillo hacia delante.¹⁸

1.6.3 Método de Stillman (modificado)

Este es útil para estimular y limpiar el área cervical. El movimiento rotatorio se emplea para limpiar las coronas clínicas.¹⁸

Técnica: Se sujeta el cepillo dirigiendo las cerdas en un ángulo aproximado de 45°, apoyándose sobre la encía adherida: las cerdas se deben flexionar con suficiente presión para causar un ligero blanqueamiento gingival y se activa con un pequeño movimiento rotatorio.

La rotación se repite unas 8 a 10 veces, después se rota el cepillo desde la encía hacia la superficie oclusal.

El sector lingual anterior se cepilla colocando el talón del cepillo sobre la encía, rotando y barriendo hacia los bordes incisales.¹⁹

1.6.4 Método de Bass

Este método se utiliza para eliminar de forma eficaz la placa del área del surco.

Técnica: Se sujeta el cepillo dental y se colocan las cerdas sobre el margen gingival dirigidas apicalmente en un ángulo de 45° al eje longitudinal del diente. Cuando el cepillo se presiona ligeramente, las cerdas blandas se adaptan a la forma del surco y en el área interproximal. Se utilizan unos 10 movimientos vibratorios hacia delante y atrás cortos para eliminar la placa del área sin levantar el cepillo.

En el área lingual se limpia empujando las cerdas sobre las superficies del diente.¹⁹

1.6.5 Limpieza Interproximal

Al paciente geriátrico se le hace más difícil la limpieza interproximal con el hilo dental, ya que debemos de recordar que muchos padecen artritis en manos y esto se les dificulta. Por ello hay que utilizar algún instrumento para sujetar el hilo.¹⁹

1.6.6 Tira de gasa.

Esta se pliega y se utiliza como si se limpiara un zapato, en las áreas interdentes anchas o áreas de pilares la gasa se frota para limpiar y pulir la superficie interproximal.

También se utiliza para cuando el paciente es desdentado para su limpieza bucal, se puede pasar una gasa por todo el reborde alveolar.¹⁹

1.6.7 Cepillo Interproximal

Es un pequeño cepillo espiral o de un solo bloque de cerdas unidas al mango: las cerdas son blandas y se adaptan a las áreas interdentes anchas para limpiar las superficies proximales y estimula el tejido interdental. Técnica: el cepillo se manipula con una ligera rotación o movimiento de fricción y puede ser útil para pacientes con aparatos protésicos que presenten áreas difíciles de limpiar.¹⁹

1.6.8 Higiene de las dentaduras

Se indica retirar las prótesis de la boca después de las comidas, limpiarlas con cepillo blando para prótesis utilizando un detergente líquido o jabón y agua.

Use la parte del cepillo para limpiar las superficies exteriores de la dentadura. Se debe cepillar sobre un lavamanos cubierto con una toalla y lleno hasta la mitad de agua.

- Limpiar las superficies interiores de la dentadura que son más difíciles de alcanzar.
- Use la parte más pequeña y puntiaguda del cepillo para dentaduras y para horquillas de metal de las dentaduras parciales, cuidadosamente para evitar doblarlos
- Guarde las dentaduras en una taza con agua especial para éstas.¹⁹

1.7 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 presentado 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 puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud o conocimiento que se está midiendo y deben expresar sólo una reacción lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras aproximadamente.²¹

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, como consecuencia del incremento en población senecta, se presentan con mayor frecuencia las enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan a la tercera edad, a lo que se denomina "transición epidemiológica". De acuerdo con algunos estudios de prospección, se espera que para el tercer milenio el perfil epidemiológico bucal se caracterice por una elevada incidencia de caries dental y periodontopatías, por lo que las necesidades de atención de este grupo de personas aumentará considerablemente.

El objetivo de todos los promotores de la salud no sólo debe ser aumentar la expectativa de vida, sino también y tal vez aún más importante, lograr que los últimos años de vida sean productivos y agradables (calidad de vida).

Por lo que, será necesario incrementar los servicios de salud, educación y mercado de servicio social, ya que los ancianos tienen especial interés en el valor de sus dientes y dentaduras por su efecto en la realización de las funciones como masticar, hablar, así como la estética que influye su apariencia personal.

3. Justificación

Es importante la realización de una investigación que nos demuestre los conocimientos que poseen los adultos mayores acerca del autocuidado bucal, debido a que las personas que más edad tienen, son las que menos poseen conocimientos sobre la salud. Por tal motivo, se ha reconocido que se busca un incremento en “años de vida saludables” a través de la Promoción de la Salud Bucodental y el consecuente impacto en la calidad de vida como componentes del bienestar del ser humano.

Cabe hacer mención que éste estudio se realizará en un número pequeño de adultos mayores de la Fundación “Vida Plena”, si bien, tanto la información como los resultados que de aquí se obtengan no podrán ser extrapolados al general de la población senecta; servirá para que en un futuro se puedan realizar estudios más extensos.

4. Hipótesis

Hi Existen diferencias significativas en cuanto al aprendizaje sobre autocuidado y conocimientos de salud bucodental en los adultos mayores de la Fundación “Vida Plena”.

Ho No existen diferencias significativas en cuanto al aprendizaje sobre autocuidado y conocimientos de salud bucodental en los adultos mayores de la Fundación “Vida Plena”.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Evaluar el impacto del curso de promoción y educación para la salud sobre el autocuidado y conocimientos de salud buco-dental en las personas de la tercera edad que asisten a la Fundación Vida Plena durante el periodo del 10 de febrero al 28 de marzo del 2005.

5.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores por edad y sexo.
- Evaluar la escala de conocimientos adquiridos por edad y sexo; mediante una pre-evaluación y una post-evaluación con base en la Escala de Likert

6. METODOLOGÍA

6.1 Material y Método

El presente estudio se realizó en adultos mayores que asisten a la "Fundación Vida Plena" ubicada en la delegación Álvaro Obregón; ante dicha fundación se presentó una solicitud de permiso para poder llevar a cabo la investigación.(anexo 1)

Se hizo la presentación y explicación de los objetivos del estudio a realizar, procediendo así a la firma de la carta Consentimiento Informado por cada uno de los adultos mayores que accedieron a participar en dicha investigación.(anexo 2)

El universo de estudio estuvo constituido por adultos mayores de 60 años tanto del sexo masculino como femenino.

El estudio se llevó a cabo primeramente con la selección de 30 adultos mayores inscritos en las actividades que se realizan en la Fundación Vida Plena y se les aplicó un cuestionario con la finalidad de obtener información sociodemográfica, índice de necesidades protésicas, así como el conocimiento sobre salud bucal.(anexo 3)

Al obtener los datos de la preevaluación del cuestionario se procedió al diseño de los contenidos educativos de salud bucal por parte del pasante investigador, así como la selección de técnicas y material didáctico, el cual consistió en una plática sobre caries dental, higiene dental, técnicas de cepillado, cuidado de las prótesis dentales; además de la elaboración de un tríptico informativo acerca de la importancia de la salud bucal y los cuidados de las prótesis en personas de la tercera edad.

Posteriormente se realizó la post-evaluación de la encuesta con el objeto de evaluar el conocimiento adquirido en las sesiones educativas, y el cambio en las prácticas de salud e higiene bucal.

6.2 Tipo de estudio

De intervención comunitaria

6.3 Población de estudio

30 personas de la tercera edad que asisten a la Fundación Vida Plena. Localizada en San Juan No. 134, Colonia Olivar de los Padres, Delegación Álvaro Obregón. México, Distrito Federal.

6.4 Muestra

30 personas de la tercera edad que asisten a la Fundación Vida Plena

6.5 Criterios

6.5.1 Criterios de inclusión

- Adultos mayores
- De sexo masculino y femenino
- De 60 años en adelante
- Que pertenezcan a la Fundación Vida Plena
- Que acepten participar en el estudio.

6.5.2 Criterios de exclusión

- Adultos que tengan menos de la edad requerida
- Adultos mayores que no cumplan con los criterios de inclusión
- Adultos mayores que aunque cumplan con los criterios de inclusión no deseen participar en el estudio.

6.6 Variables de estudio

- Edad
- Sexo
- Nivel de estudios
- Estado civil
- Ocupación
- Seguridad social
- Conocimiento sobre salud bucal

6.6.1 Variable independiente

- Variables sociodemográficas
- Contenido educativo del tríptico informativo

6.6.2 Variable dependiente

- Nivel de conocimientos sobre salud bucal
- Conocimientos adquiridos tanto en la preevaluación como en la post-evaluación.

6.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se diseñó un cuestionario con las variables de estudio (anexo 3), tanto sociodemográficas, como las realizadas con la escala de Licker, con el fin de evaluar el conocimiento; y la aplicación de los mismos se llevó a cabo a través de entrevista directa.

La información obtenida se capturó en Word XP y fue vaciada en una base de datos para ser analizada con el paquete estadístico en hojas electrónicas de Excel; ésta información se presenta en distribución porcentual y se aplicará la prueba de licker para determinar si hay diferencia significativa.

6.8 RECURSOS

6.8.1 Humanos

- Adultos mayores pertenecientes a la fundación "Vida Plena".
- Una pasante Cirujano Dentista.
- Un tutor y un asesor Cirujano Dentista

6.8.2 Materiales

- 70 encuestas impresas
- Material didáctico:

2carteles, 2 tipodontos, 4 modelos de yeso desdentados, 2 juegos de prótesis totales, 2 cepillos dentales, hilo dental, gasas y tríptico informativo, diapositivas.

- Computadora, impresora
- Cámara digital.

6.8.3 Financieros

Corrieron a cargo del pasante.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

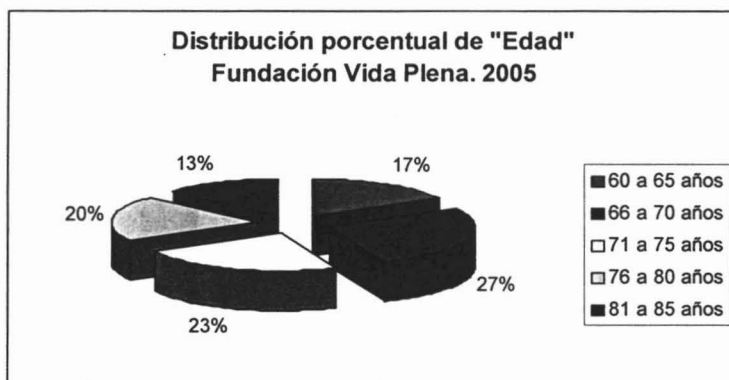
La realización del estudio de promoción y educación para la salud bucal de los adultos mayores pertenecientes a la Fundación "Vida Plena" localizada en la Delegación Álvaro Obregón. en México, Distrito Federal, comprendió el periodo del 10 de febrero al 28 de marzo del 2005.

DÍA	HORA	ACTIVIDAD
10 – Feb. - 05	16:30 a 17:30	Presentación y comunicación formal del proyecto con las autoridades de la fundación solicitando la autorización para llevar a cabo la investigación.
17 – Feb. - 05	11:00 a 12:00	Presentación con los adultos mayores que asisten a la fundación, comunicar las actividades a realizar y la obtención del consentimiento informado de cada uno de ellos.
24 – Feb. - 05	11:00 a 13:00	Aplicación de encuestas a 30 adultos mayores (preevaluación)
03 – Mar. - 05	11:00 a 14:00	Charla de higiene bucal, su importancia para mejorar la calidad de vida, higiene y recomendaciones sobre prótesis dental, demostración de técnica de cepillado.
10 - Mar. - 05	11:00 a 13:00	Evaluación final (post-instruccional), aplicando el cuestionario correspondiente.
17 – Mar. - 05	11:00 a 13:00	Agradecimiento tanto a los adultos mayores como a las autoridades de la Fundación por la participación y apoyo en el proyecto de investigación.

8. RESULTADOS

La investigación estuvo conformada por adultos mayores pertenecientes a la fundación "vida plena" con la siguiente estructura de edad: de 60 a 65 años el 17% (n. 5) ; de 66 a 70 años 27% (n. 8); de 71 a 75 años 23% (n. 7); de 76 a 80 años 20% (n. 6); y finalmente el 13% (n. 4) de 81 a 85 años. (gráfica 1).

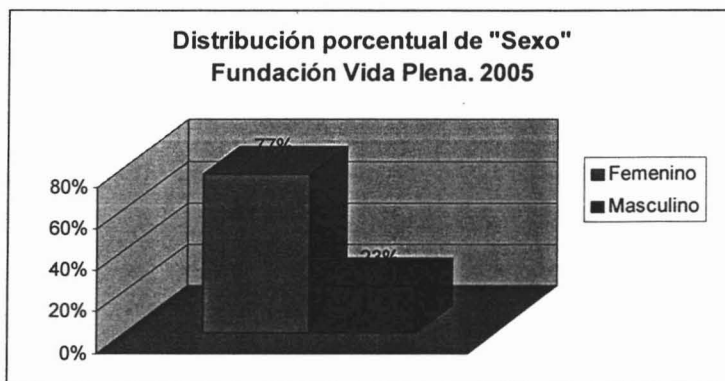
GRÁFICA 1



Fuente directa

En cuanto al sexo de la población de estudio, éste estuvo representado en un 77% por el femenino y el 23% por el masculino. (gráfica 2).

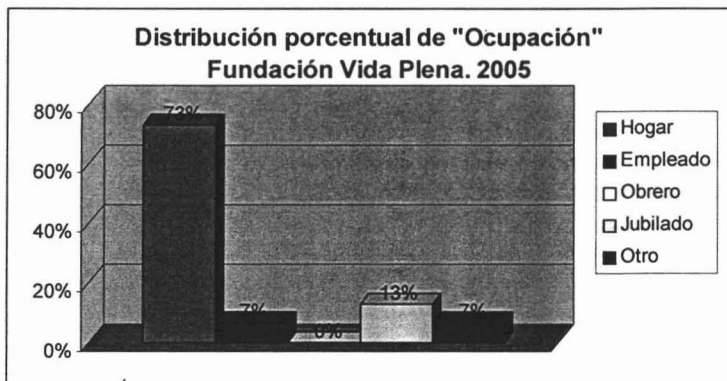
GRÁFICA 2



Fuente directa

La ocupación que con más frecuencia se presentó fue el hogar (73%), empleado (7%), obrero (0%), jubilado (13%), y otros (7%). (gráfica 3).

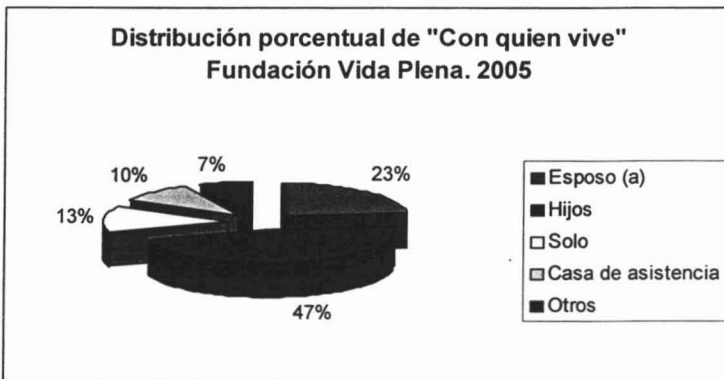
GRÁFICA 3



Fuente directa

Referente a "con quien vive": el 47% vive con sus hijos; el 23% con su esposo (a); el 13% sólo; el 10% en casa de asistencia y el 7% con otros (amigos). (gráfica 4)

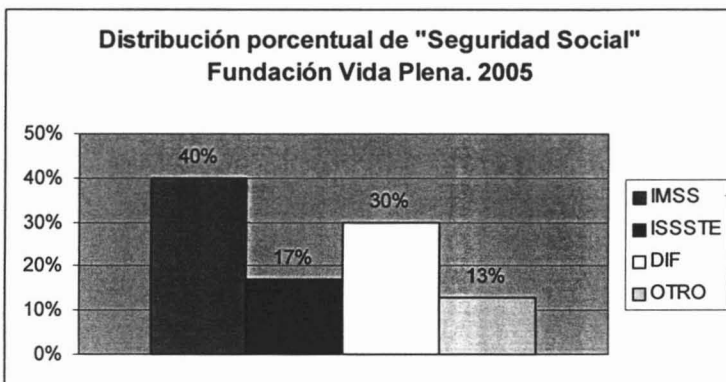
GRÁFICA 4



Fuente directa

En relación a si cuentan con "seguridad social", se registró que, el 40% pertenece al IMSS, el 17 % al ISSSTE, el 30% al DIF y el 13% acude a otras instituciones. (gráfica 5).

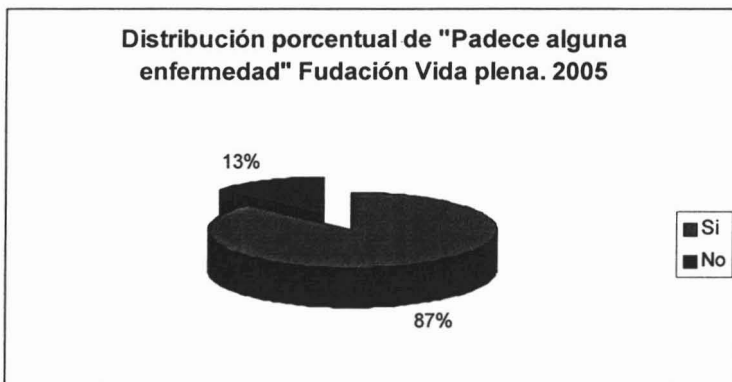
GRÁFICA 5



Fuente directa

En la pregunta de "si padecen alguna enfermedad": el 87% contesto que si (hipertensión arterial, diabetes mellitus), y el 13% que no padecía ninguna enfermedad. (gráfica 6).

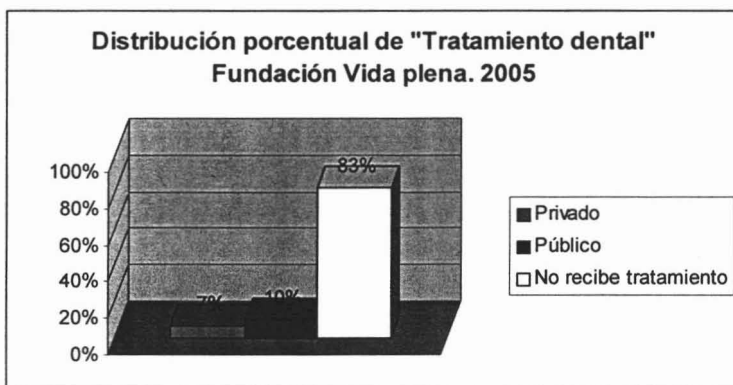
GRÁFICA 6



Fuente directa

Con respecto a "Donde reciben tratamiento odontológico" el 7% fue a nivel privado, el 10% público y el 83% no recibe ningún tratamiento. (gráfica 7).

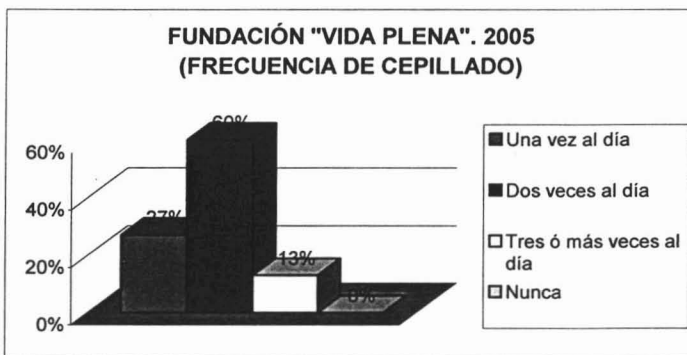
GRÁFICA 7



Fuente directa

Asimismo se les pregunto la "frecuencia con la que realizaban el cepillado dental": el 60% contesto dos veces al día, el 27% una vez al día, el 13% tres ó más veces al día, y el 0% nunca. (gráfica 8).

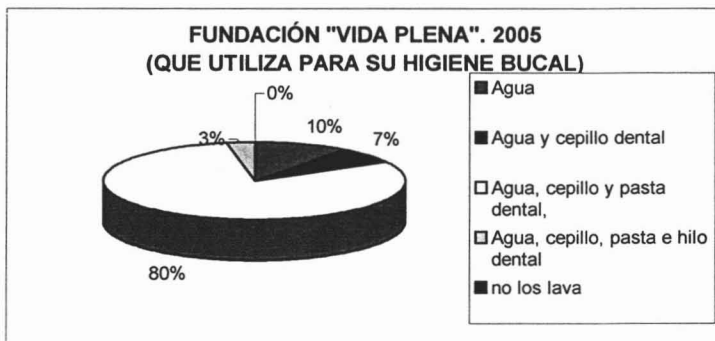
GRÁFICA 8



Fuente directa

En relación a lo "que utiliza para realizar su higiene bucal": el 80% respondió que agua, cepillo y pasta dental; el 7% agua y cepillo dental, el 10% agua, sólo el 3% utiliza agua, cepillo pasta e hilo dental. (gráfica 9).

GRÁFICA 9



Fuente directa

Se encontró que el 50% de los que utilizan prótesis la retiran para lavarla; el 37% por la noche, el 13% para comer, y el 0% por la mañana o nunca. (gráfica 10).

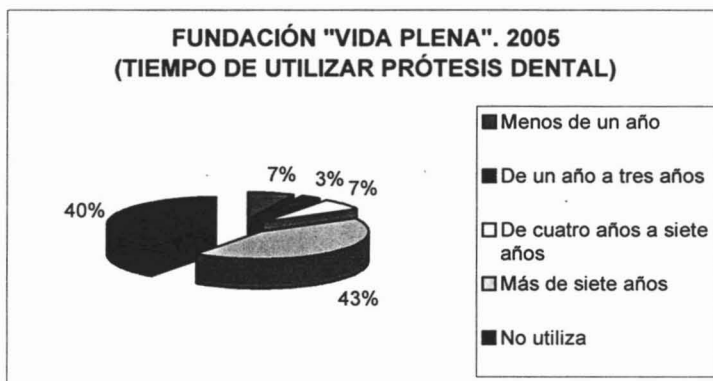
GRÁFICA 10



Fuente directa

Con referencia al "tiempo que llevan utilizando la prótesis dental": el 43% lleva más de siete años; el 7% de cuatro a siete años, el 3% de un año a tres años, 7% menos de un año y el 40% no utiliza. (gráfica 11).

GRÁFICA 11



Fuente directa

Por otro lado en los reactivos realizados por la escala de Likert tanto en la preevaluación como en la post-evaluación, los entrevistados estuvieron de acuerdo en que el cepillado dental debe realizarse por lo menos tres veces al día.

Así mismo se les preguntó que el cepillado no debe realizarse en la lengua por que la pueden lastimar; en la preevaluación el 16% estuvo de acuerdo, el 47% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 11% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

Al preguntarles si “con la edad necesariamente se pierden los dientes por el uso”, en la preevaluación el 47% estuvo de acuerdo, el 30% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 23% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

Referente a que “la visita al dentista sólo debe realizarse cuando tengo dolor ó molestia”, en la preevaluación el 27% estuvo de acuerdo, el 50% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 23% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

Al preguntarles que “cuando se presenta dolor dental es conveniente automedicarse porque ir al dentista es caro”, en la preevaluación el 43% estuvo de acuerdo, el 47% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 10% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

Su opinión acerca de la importancia de “acudir a revisiones dentales 2 veces al año durante la preevaluación respondieron; el 20% estuvo de acuerdo, el 40% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 40% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo de acuerdo.

Al mencionarles el hecho de que “si no tengo dientes no debo ir al dentista”, en la preevaluación el 23% estuvo de acuerdo, el 64% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 13% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

En relación a que el no tener dientes no afecta mi alimentación ni la digestión” respondieron: en la preevaluación el 30% estuvo de acuerdo, el 70% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 0% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

Al preguntar si “el cepillar los dientes tres veces al día prevenimos la caries dental” respondieron: en la preevaluación el 27% estuvo de acuerdo, el 53% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 20% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo de acuerdo.

Con respecto a que “es normal que a su edad sangre la encía y que sus dientes tengan movilidad”, en la preevaluación el 50% estuvo de acuerdo, el 33% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 17% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

Al investigar si "es normal que a su edad ya no tengan dientes", en la preevaluación el 27% estuvo de acuerdo, el 60% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 13% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

En cuanto a que "la mala técnica de cepillado influye en la pérdida de sus dientes", en la preevaluación el 67% estuvo de acuerdo, el 27% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 6% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo de acuerdo.

Al preguntarles si "es necesario lavar las placas y puentes dentales", durante la preevaluación respondió el 30% que estaba de acuerdo, el 33% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 37% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo de acuerdo.

En lo referente a que "las placas y puentes dentales deben ser lavadas con agua y jabón", en la preevaluación el 6% estuvo de acuerdo, el 10% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 84% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo de acuerdo.

"no debo lavar mis placas dentales porque no son mis dientes", en la preevaluación el 0% estuvo de acuerdo, el 23% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 77% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

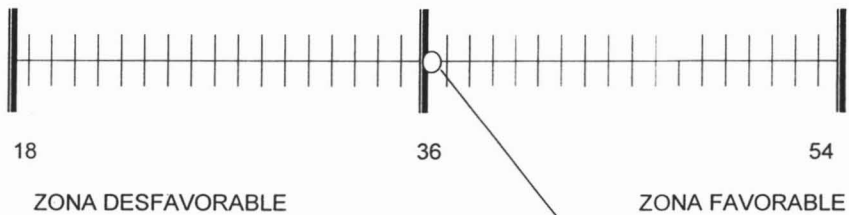
Al cuestionar si "las placas dentales sirven para toda la vida", en la preevaluación el 30% estuvo de acuerdo, el 43% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 27% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

En relación a que "los dientes perdidos no deben ser reemplazados por que los alimentos no saben igual", en la preevaluación el 0% estuvo de acuerdo, el 67% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 33% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 100% estuvo en desacuerdo.

Una de las preguntas más complicadas para los adultos mayores fue que si para evitar la candidiasis es necesario realizar la higiene adecuada tanto de la boca como de las placas dentales respondiendo así: durante la preevaluación el 7% estuvo de acuerdo, el 93% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y el 0% estuvo en desacuerdo, y en las post-evaluación el 91% estuvo de acuerdo y el 9% respondió ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

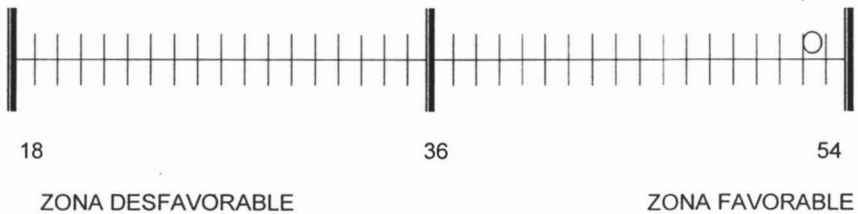
ENCUESTA PRE-INSTRUCCIONAL

$$\bar{X} = 36.5$$



ENCUESTA POST-INSTRUCCIONAL

$$\bar{X} = 53.5$$



La primera encuesta (evaluación diagnóstica o pre-instruccional) mostró un promedio grupal de 36.5 puntos. La segunda evaluación (post-instruccional) presentó un promedio grupal de 53.5 puntos, lo cual demuestra una diferencia de 17 punto, que se traducen en aprendizaje adquirido por la población de adultos mayores de la Fundación "Vida Plena".

9. CONCLUSIONES

Un aspecto importante del grupo de adultos mayores pertenecientes a la Fundación "Vida Plena" localizada en la Delegación Álvaro Obregón. en México, Distrito Federal, es la gran participación para la realización de esta investigación.

Es importante mencionar que el grupo de nuestra población de estudio estuvo constituida por un mayor porcentaje de personas del sexo femenino, de ocupación ama de casa.

Se puede observar que en la preevaluación, hubo una menor puntuación de acuerdo a las preguntas realizadas, mientras que en la post-evaluación aumentó notablemente la puntuación hasta casi un 100%. A la mayoría de éste grupo poblacional le afecta la economía para acceder a un adecuado tratamiento ya que casi todos dependen económicamente de otras personas para vivir (familiares y casa de asistencia).

Cabe mencionar que en la investigación realizada se cumplió la hipótesis que nos planteamos, en la cual se menciona que: existen diferencias significativas en cuanto al aprendizaje sobre autocuidado y conocimientos de salud bucodental en los adultos mayores de la Fundación "Vida Plena".

Este grupo de personas (adultos mayores) requieren de Conocimiento y educación para la realización de un adecuado autocuidado bucal, así como de una gran motivación, por lo tanto nos toca a nosotros como promotores de la salud crear la conciencia para tratar al adulto mayor y una gran paciencia para entenderlo y saberlo sensibilizar sin herir susceptibilidades

Debemos hacerles entender cuán importantes son para nuestra sociedad y evitar que se sientan inútiles, fuera de lugar ó tiempo, por lo que es necesario enfatizarles el papel que ellos desempeñan como personas de mayor experiencia y sabiduría en el ámbito familiar; 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 a lo referente al cuidado de la boca, ya que en el poco tiempo que tuve la oportunidad de convivir con ellos me percaté que realmente nunca es tarde y que a cualquier edad son capaces de aprender y lo más importante, son capaces de aceptar el cambio y lograrlo.

Finalmente hay que resaltar la carencia de programas de promoción y educación para la salud bucal que hay en este grupo poblacional; por lo tanto es menester establecer programas en ésta área de manera continua y sostenida para así fortalecer el recurso humano en formación profesional dirigida al adulto mayor, dándole mayor espacio en los programas ya sea a nivel institucional o privados.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J. Bobadilla, Health transition in middle-income countries: New Challenges for health. Health Care. Health Policy Plan. 1980; 4: 29-39.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
3. Luna G. J. Principios de Odontogeriatría. Pract Odonto, 1986; 7: 10-2.
4. Takamura, J.C., Justice, D, Creating promise out of longer life. The magazine of the Pan American Health Organization 1998; 3; 28-32.
5. Locker D, Liddell A., Dental fear and anxiety in older adult population. Community Dent Oral Epidemiol, 1991; 19:120-4
6. Liddell, A., Locker D, Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control, Community Dent Oral Epidemiol 1997; 25; 314-8.
7. Locker D, Slade G., Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. Gerodontology 1994; 11: 104 – 108.
8. Kawamura M, Iwamoto Y., Present state of dental health Knowledge, attitudes/behaviour and perceived oral health of Japanese employees. Int Dent J 1999; 49: 1773-181
9. Locker D, Jokovic A., Three year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. J Dent Res 1997; 76: 1292-1297
10. Nakazono TT, Davidson PL., Oral health beliefs in diverse population, Adv Dent Res 1997; 11: 235-244
11. Ozawa, D. J. Estomatología geriátrica. 1ª.ed., Cd. México: Editorial Trillas, 1994. Pp. 59-76

12. Katz, D Psicología de las edades, Ediciones Morato, S.A. Madrid España, 1983, pp. 123 – 130
13. Winkler S. Prostodoncia Total. México D.F., Editorial Limusa, 2001. Pp. 544-547
14. Gernez-Rieux G. H. Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Editorial Limusa, Pp. 357-361
15. Echeverría, G, J., Patología quirúrgica oral y maxilofacial, El manual de Odontología, editorial-JGH-Madrid-España- 1997; Tomo III-441
16. Caballero, JF, El anciano en la estomatología, Revista Española, Geriatric Gerontol, 1998; 33, 3 – 7
17. William B., Abrams, M.D., y Berkow, R. , El Manual Merck de Geriátría, Ediciones Doyma 1992.
18. Troendle, K. Y Cols., Manual para cuidado bucal, Editorial South Texas Health Research Center, Texas
19. Higashida, B, Odontología Preventiva, Editorial McGraw-Hill Iberoamericana, México, D.F. 2003.
20. Hernández, S. R.,y Cols. Metodología de la Investigación, Editorial McGraw-Hill, 2ª edición.

11 ANEXO



REPUBLICA NACIONAL
ESTADO NACIONAL
ESTREMA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

C. LEONOR DE MARÍA PAYRO
FUNDACIÓN "VIDA PLENA" I.A.P
DIRECTORA
P R E S E N T E

Por este conducto me permito solicitar a usted su autorización para que los pasantes Darlene Aglaé Sánchez Torres y Daniel Tableros Sánchez alumnos de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología en el Seminario de Titulación de Educación para la Salud, realicen un programa de salud bucodental dirigido a los adultos en plenitud que asisten a esa institución, con el objetivo de brindarles mayor conocimientos e información sobre su salud bucal.

Esperando contar con su autorización para realizar estas actividades educativas tan importantes para su salud bucal e integral.

Le saluda afectuosamente:

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria a 25 de febrero de 2005

C.D. Patricia Henonín Palacio
Coordinación de Educación para la Salud Bucal



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE TITULACIÓN “EDUCACIÓN PARA LA SALUD”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a 17 de Febrero de 2005-04-05

Por medio de la presente hago constar mi participación en el Proyecto de Investigación: Promoción y Educación para la Salud Bucal, y autorizo a la C.D. Darlene Aglaé Sánchez Torres, para que me realice una exploración bucal y utilice los resultados obtenidos para los fines que ha ella y a la Universidad más convengan.

Nombre y Firma del participante.

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
Seminario de Titulación "EDUCACIÓN PARA LA SALUD"

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN ADULTOS
MAYORES

1. Nombre: _____

2. Edad: 3. Sexo: (F) = Femenino, (M) = Masculino

4. Ocupación:
1) Hogar 2) Empleado 3) Obrero 4) Jubilado 5) Otro

5. Con quien vive:
1) Esposo (a) 2) Hijos 3) Sólo 4) Casa de asistencia 5) Otros

7. Tiene usted seguridad social:
1)IMSS 2)ISSSTE 3) DIF 4) Otro

8. Padece usted alguna enfermedad:
1) Si 2) No

9. En caso de haber contestado (Si) en la pregunta anterior, mencione que enfermedad padece:

10. El lugar en que recibe tratamiento odontológico es:
1) Privado 2) Público 3) No recibe tratamiento

11. ¿Con que frecuencia acostumbra lavar sus dientes?
1)Una vez al día 2)Dos veces al día 3)Tres ó más veces al día
4) nunca

12. Que utiliza para lavar sus dientes:
1) Agua 2) Agua y cepillo dental 3) Agua, cepillo dental y pasta
4) Agua, cepillo dental, pasta e hilo dental 5) no los lava

13. Si utiliza alguna prótesis dental indique en que momento la retira:
1) Por la noche 2) Por la mañana 3) Para comer 4) para lavarla
5) Nunca

14. Cuanto tiempo lleva usted utilizando prótesis:
1) Menos de un año 2) De un año a tres años 3) de cuatro a siete años
4) Más de siete años 5) No utiliza

De las siguientes afirmaciones indique que tan de acuerdo esta con cada una.

15. El cepillado dental debe hacerse por lo menos 3 veces al día
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

16. El cepillado no debe realizarse en la lengua porque la puedo lastimar.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
17. Con la edad necesariamente se pierden los dientes por el uso.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
18. La visita al dentista solo debe realizarse cuando tengo dolor o molestia.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
19. Cuando se presenta dolor dental me automedico porque ir al dentista es caro.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
20. Es importante que acuda a revisiones dentales 2 vez al año.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
21. Si no tengo dientes no debo ir al dentista
1) De acuerdo. 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
22. El no tener dientes no afecta mi alimentación ni la digestión.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
23. El cepillarse los dientes tres veces al día previene la caries dental.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
24. Es normal que a mi edad sangre la encía y que mis dientes tengan movilidad
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
25. Es normal que a mi edad ya no tenga dientes
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
26. La mala técnica de cepillado influye en la pérdida de sus dientes
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
27. Es necesario lavar las placas y puentes dentales
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
28. Las placas y puentes dentales deben ser lavadas con agua y jabón
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
29. No debo lavar mis placas dentales porque no son mis dientes.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
30. Las prótesis dentales sirven para toda la vida
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
31. Los dientes perdidos no debe ser reemplazados porque los alimentos no saben igual.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo
32. Para evitar la candidiasis es necesario realizar la higiene adecuada tanto de la boca como de las placas dentales.
1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo