

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MISIÓN MEDICA CUBANA

BARRIO ADENTRO

*Intervención Educativa para fomentar la
salud bucal en ancianos portadores de
prótesis total.*

Autor: Dra. Mirelys Rodríguez Martín.
Dra. En estomatología.
Residente de segundo año de EGI.

Tutor: Dra. Noraida Hernández Vergara
Dra en estomatología.
Especialista 1^{er} grado en EGI.
Master en Salud Bucal.

Asesor: Dra. Damarys Saldana Arbaizagoitia
Dra. En Estomatología
Especialista en 1^{er} grado en EGI

Trabajo para optar por el título
De especialista de primer grado en Estomatología
General Integral

2015

"Aniversario 55 del triunfo de la Revolución"

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MISIÓN MEDICA CUBANA

BARRIO ADENTRO

***Intervención Educativa para fomentar la
salud bucal en ancianos portadores de
prótesis total.***

Autor: Dra. Mirelys Rodríguez Martín.
Dra. En estomatología.
Residente de segundo año de EGI.

Tutor: Dra. Noraida Hernández Vergara
Dra. en estomatología.
Especialista 1^{er} grado en EGI.
Máster en Salud Bucal.

Asesor: Dra. Damarys Saldaña Arbaizagoitia
Dra. En Estomatología
Especialista en 1^{er} grado en EGI

Trabajo para optar por el título
De especialista de primer grado en Estomatología
General Integral

2015

"Aniversario 55 del triunfo de la Revolución"

INITIUM



*Es más grave sentirse viejo que serlo,
Perdiendo la curiosidad y la capacidad de Ilusión.*

Blanco Soler

DEDICATORIA.

A mi Familia.

Al mejor regalo que he recibido de la vida....

A los que gracias a ellos existo... mis padres.

Y a los que los disfruto en todo momento... mi familia

AGRADECIMIENTOS.

En especial a mis padres quien con mucho amor y comprensión no vacilaron en dedicar innumerables jornadas de su tiempo en esta tarea.

A la Dra. Noraida Hernández Vergara por su constancia, apoyo incondicional y oportuno asesoramiento en la realización de este trabajo.

A mi presidente por darme la oportunidad de estudiar esta profesión tan bella.

A mis profesores, gracias por toda su dedicación

A los ancianos del Círculo de abuelos del Consultorio por entrañable compañía.

Por ello quiero agradecer a todos aquellos que de una forma u otra han colaborado y dedicado parte de su tiempo, estimulándome continuamente y entregándonos su confianza.

Dra. Mirelys Rodríguez Martín

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención con diseño de antes y después con el objetivo de modificar favorablemente los conocimientos sobre salud bucal en gerontes portadores de prótesis total de ambos sexos pertenecientes al Círculos de Abuelos Consultorio La Victoria sector Panamericano. Maracaibo, en el Periodo comprendido entre Enero de 2014 – Enero del 2015.

El universo lo conformaron la totalidad de los individuos de 60 años y más. La muestra estuvo constituida por 51 gerontes portadores de prótesis total, de 60 y más años de edad de ambos sexos que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión. Se realizó la intervención en 3 etapas. En la primera etapa caracterizamos el estado de salud bucal, utilizamos la observación y la aplicación de una Encuesta de Conocimientos sobre salud bucal. Segundo momento fue el planeamiento y aplicación del Programa Educativo. En la tercera etapa se evaluó la efectividad de la intervención a través de la misma Encuesta de Conocimiento, la aplicación de un Cuestionario mediante la técnica de grupos focales, y la observación.

Se estudiaron las siguientes variables edad y sexo- visita al Estomatólogo, cepillado correcto, soluciones para la higiene, uso de la prótesis, molestias, vida útil de la prótesis, adaptación, hablar sin dificultad, auto examen bucal, hábito de fumar, lesiones bucales, Higiene de la prótesis. Conclusiones y recomendaciones logra elevar los conocimientos sobre salud bucal y utilizar esta estrategia para modificar los conocimientos de salud en el anciano portador de prótesis total.

ÍNDICE	páginas
• - INTRODUCCIÓN	1
• - MARCO TEÓRICO	7
• -MATERIALES Y MÉTODOS	21
• -RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
• -CONCLUSIONES	58
• -RECOMENDACIONES	59
• -REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
• -ANEXOS	71

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno cuyas causas se conocen bien, pero sus consecuencias no están medidas ni explicadas. Los especialistas plantean que el proceso de envejecimiento es uno de los fenómenos más intensos ocurridos a escala internacional, que la dependencia y el deterioro físico y psíquico más que la muerte constituyen el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano. (1).

De manera que la importancia alcanzada por este sector poblacional demanda un compromiso moral cada vez mayor de los profesionales de la salud. Este proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. La definición de esta varía según el marco de referencia que se emplee. Los hijos consideran ancianos a sus progenitores de 32 años de edad, en tanto, que para los padres de estos son aún jóvenes. La persona activa y saludable de 65 años suele juzgar que la vejez se inicia a los 75 años. El envejecimiento es un fenómeno universal deletéreo y endógeno, que comprende una reducción de la capacidad funcional, discapacidad gustativa, táctil y cognoscitiva y el aumento de la morbilidad y la mortalidad. (1,2).

En Cuba se desarrolla el Programa del Adulto Mayor; sin embargo, el manejo de la salud bucal del anciano carece aún de la eficacia requerida, posiblemente, entre otros aspectos, a que no se dispone de estrategias educativas que respondan a las nuevas tendencias de la educación para la salud, con instrumentos de comunicación social, que amplíen la efectividad de los métodos educativos,

idóneos para transmitir mensajes, enseñar y educar de manera apropiada al anciano, teniendo en cuenta que la posibilidad de aprender existe en todo el transcurso de la vida, incluso en la vejez. (3,4)

Los ancianos también muestran especial interés al valor de sus dientes y dentaduras, por su efecto en la realización de funciones tan importante como la masticación y el mantener la apariencia personal. La calidad de vida se reduce sustancialmente con la pérdida de los dientes naturales, generando cambios en la imagen y el funcionamiento del aparato masticatorio. (3,9).

Resulta evidente que los problemas relacionados con la masticación, la deglución y el habla se incrementan significativamente en las personas de edad avanzada edéntulas y con prótesis dentales; es decir, la función motora bucal disminuye gradualmente, pero no uniformemente, como consecuencia del envejecimiento. (7)

La mayoría de las lesiones bucales en tejidos blandos (encías y mucosas) están asociadas al uso de prótesis en malas condiciones (desajustadas), o recién instaladas que provocan algún tipo de molestia, que impide su adaptación. También con la pérdida de los dientes, el hueso de los maxilares se reabsorbe de manera crónica y progresiva lo que conlleva al desajuste de las dentaduras y se hace necesario ser sustituidas, teniendo un periodo de vida útil alrededor de los cinco años. (10,11).

En la actualidad, la mayoría de los gerontes portadores de prótesis totales reconocen haberlas usados por periodos de más de veinte años, y si a esto se le agrega que hacen uso de las mismas durante las 24 horas del día, lo que impide a

los tejidos de sostén su recuperación, no existen dudas entonces de que todo estos aspectos favorecen la aparición de lesiones inflamatorias, ulcerativas e hiperplásicas y que por tanto, aún las personas que no tienen dientes naturales y usan prótesis total y/o parcial deben asistir periódicamente (al menos 1 vez al año) al odontólogo. (10, 11,12).

El estomatólogo general integral está llamado a formar en nuestra población la responsabilidad de cuidarse a sí mismo, lo cual constituye cada vez más una necesidad, cada individuo en su formación debe prepararse para velar por su propia salud y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Lograr que el autocuidado se convierta en una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas a través de un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema escolar y el de salud, permitirá optimizar la calidad de vida de nuestra población, aspecto este muy importante en nuestro país, donde el 15,5% del total de habitantes tiene hoy 60 años y más, con una esperanza de vida al nacer de más de 75 años, donde la pirámide poblacional se ha transformado con gran rapidez. (13).

La primera acción destinada a preservar la salud buco dental es mantener una buena higiene oral, tanto de dientes remanentes como de las prótesis, de ahí la necesidad que los profesionales de la salud desarrollemos una adecuada labor promocional para la eliminación de estos hábitos, en aras de una vejez más saludable. (13,14)

Las lesiones producidas por prótesis pueden aparecer recién instalado el aparato y casi siempre serán úlceras traumáticas, estados inflamatorios menos localizados y/o reacciones de hipersensibilidad. En cambio, las inflamaciones crónicas se observan después de un tiempo de instaladas y pueden aparecer como hipertrofias marginales, estomatitis Subprótesis, queilitis angular, ciertas formas de glositis e hiperplasias inflamatorias fibrosas. (15) Partiendo de la perspectiva de que la Educación para la Salud es la combinación de acciones sociales planificadas y experiencias docentes concebidas para enseñar a la población a controlar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos de la misma, así como las condiciones que afectan su estado de salud y el de los demás (17); damos continuidad al trabajo de terminación de especialidad en el año 2010 por la Dra. Jaqueline Dávila Román sobre Estado de salud bucal y general de la población geriátrica del consultorio La Victoria , Municipio Maracaibo, en sus resultados se obtuvieron conocimientos inadecuados sobre salud bucal, los ancianos carecían de información adecuada sobre la higiene oral, ignoraban la importancia de los dientes para la salud en general, poseían nociones erróneas sobre el uso y cuidado de los aparatos protésicos, lo cual revela que las acciones de promoción y prevención han sido insuficientes o no han tenido el impacto necesario en este grupo poblacional (Anexo 4).

Por estas razones nos permitió plantearnos como problema científico.

¿Cómo contribuir a la Educación para la Salud Bucal en gerontes portadores de

prótesis total?

Hipótesis

Si se elabora y aplica un programa de Intervención Educativa de Salud bucal en ancianos portadores de prótesis total ,se elevaría el nivel de conocimientos ,desarrollando conductas positivas y lograndose así una mejor calidad de vida en estos pacientes .

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- 1- Elaborar y aplicar un Programa de Intervención Educativa sobre salud bucal en gerontes portadores de prótesis total .

Objetivos específicos:

1. Caracterizar los factores sociodemográficos edad, sexo, de la población en estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en gerontes portadores de prótesis total.
3. Caracterizar la presencia de lesiones ocasionadas por el uso de prótesis dentales en la población objeto de estudio.
- 4--Elaborar un Programa de Intervención Educativa sobre salud bucal en gerontes portadores de prótesis total.
- 5-. Aplicar las acciones educativas que contempla el programa de intervención educativa.
- 6-. Evaluar la efectividad de la intervención educativa.

MARCO TEÓRICO

El Ministerio de Salud Pública identifica varios programas priorizados; entre ellos se encuentra el Programa de Atención al Adulto Mayor, el cual requiere de un plan de acción, así como de una atención diferenciada que cubra necesidades biológicas, psicológicas y sociales a fin de elevar la calidad de vida en estas edades, en correspondencia con el principal propósito de la Geriátrica a nivel mundial que es no solo darle años a la vida, sino darle vida a los años.

La cavidad bucal constituye un conjunto de estructuras, que integran la función bucal al iniciar la masticación, permitir la comunicación y proteger del mundo exterior donde la musculatura bucal interviene en tres funciones básicas: la masticación, la deglución y el habla, que cambian de manera diferente mientras se envejece. (16, 17,19). Gran cantidad de ancianos en nuestra área de salud reciben tratamientos protésicos rehabilitadores; sin embargo, llama la atención que una vez solucionado el problema, concurren en un período menor de 2 años con la prótesis en mal estado (fracturas, manchas y cálculos), fenómeno que alarma, porque no se garantiza una larga duración del aparato protésico en los ancianos, atribuible presumiblemente a un desconocimiento de las medidas de cuidado y mantenimiento de las mismas. Hemos observado con mucha frecuencia que muy pocos adultos saben cómo limpiar y mantener en buen estado sus prótesis y dentaduras, y no son capaces tampoco de solicitar atención dental cuando las prótesis están mal ejecutadas. (22)

Existen múltiples definiciones de Educación para la Salud, esta diversidad

testimonia la existencia de un campo de acción en pleno desarrollo y las diferentes posiciones por parte de los agentes de Educación para la Salud. Entre las diversas definiciones, que intentan conceptualizar la Educación para la Salud se pueden citar las siguientes. “Es el conjunto de experiencias y de situaciones que en la vida de un individuo, de un grupo o de una comunidad, pueden modificar sus creencias, su actitud y su comportamiento acerca de un problema de salud. (31)

La Educación para la Salud es la condición previa a toda actividad de promoción y de protección de la salud, dirigida a los individuos, los grupos o las comunidades. Más que una disciplina particular, es una actitud del espíritu, una orientación del pensamiento y de la acción que utilizan las ciencias médicas, psicológicas y sociales. Tiene como objetivo ayudar a las personas a adquirir el mejor estado de salud que puedan alcanzar, teniendo en cuenta su herencia genética y el entorno en el que viven. Debe desarrollar el sentido de la responsabilidad individual y colectiva puesto que las enfermedades y accidentes suelen producirse por ignorancia, negligencia, etc. (31, 33 ,35).

La OPS y la OMS en 1986 concluyen a partir de las conceptualizaciones señaladas que: “La Educación para la Salud es un campo especial de las ciencias de salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Interacciona de manera dirigida con las acciones de prevención primaria y secundaria y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos. (31).

La Educación para la Salud bucal es el primer y el más importante pilar de la prevención en Estomatología. El éxito de esta educación no reside en el conocimiento de las pautas de salud, sino en la adopción y mantenimiento de hábitos saludables, comportamientos conscientes y responsables ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud bucal. (19, 23, 31,32).

Aspectos a tener en cuenta para planificar un programa de salud bucodental.

- Adopción de un enfoque integral flexible.
- Integración del programa educativo de salud dental dentro de los programas de educación para la salud y compatibilidad con la cultura local, el sistema educativo y las metas sociales.
- Uso de mensajes seguros científicamente consistentes, internamente y compatibles con otros mensajes y realidades prácticas de las vidas de los sujetos.
- Diseño de programa para las necesidades específicas de subgrupos de la población con mayor riesgo.
- Inducción de gran parte de actividad y participación del sujeto.
- Tomar en cuenta las influencias de las personas significativas como la familia, líderes del grupo, vecinos etc. para conseguir un cambio de comportamiento de los sujetos.
- Selección de un material educativo apropiado para cada tipo de audiencia.

- Revisión periódica de los programas de educación para la salud dental por un comité asesor.
- Coordinación entre el personal docente y el personal sanitario.

Las acciones de salud en el paciente geriátrico según el doctor Bécquer deben aplicarse de forma integral aceptando al hombre en su verdadera dimensión biosocial, con una armonía de los componentes del sistema integral que asegure un equilibrio dinámico para mantener en todo momento el equilibrio entre posibilidad y necesidad y así logramos que se elaboren nuevas estrategias y se aplique medidas especiales para prevenir o enlentecer las enfermedades y se reorienten las políticas de salud dirigidas a la atención y bienestar del anciano en la comunidad. (12, 36, 38).

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población tiene dentro de sus objetivos, elevar el nivel de Educación para la Salud de la población, garantizar la uniformidad de las actividades educativas y proporcionar la temática fundamental a desarrollar en cada uno de los grupos poblacionales. En este documento, se establecen acciones a desarrollar con los grupos de población que se priorizan entre ellos la población adulta mayor, acciones preventivas en pacientes portadores de prótesis debido a que están desajustadas, con mala higiene, así como su uso continuo son factores de riesgo que pueden favorecer la presencia de lesiones en la cavidad bucal. Una vez establecidas, son persistentes y no tienen, curación espontánea. Sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene y actuación. (39,40).

Educación para la Salud en el Ámbito Educativo.

La Educación para la Salud encuentra en el sistema educacional su escenario por excelencia. En este campo los países avanzan en la implantación de convenios y pactos sociales en el sector de la salud y el sector educativo. La motivación de realizar los programas de Educación para la Salud parte del reconocimiento de que los adultos mayores son los promotores de salud de su familia y la comunidad lo que contribuye al mejoramiento de los índices de salud y a la calidad de vida de las personas.

Teniendo en cuenta la importancia del contexto social y cultural en el estado de salud de la población se requiere fortalecer la relación entre el aprendizaje dentro de las aulas y el aprendizaje de conductas y prácticas que se dan fuera de ellas. La educación sobre habilidades y destreza para la salud son una guía para que las personas analicen críticamente y reflexionen sobre lo que significa la salud, los factores que la condicionan o aquellos que favorecen su pérdida y la forma de recuperarla, así como los actores sociales que en ello intervienen. Este tipo de educación los incentiva y apoya para que colaboren y trabajen en forma colectiva en la detección, prevención y solución de los problemas contribuyendo también a fortalecer la confianza en sí mismo y en su conocimiento y capacidad para participar plenamente en las actividades de la comunidad. (43, 48)

Los análisis ético, político y económico aparecen como variables que requieren de un tratamiento adecuado para afianzar, un espacio propio a esta población en la sociedad. Diversos son los programas de Educación para la Salud que en las dos

últimas décadas se vienen desarrollando a nivel internacional y que están economizados a favorecer al adulto mayor. Ya desde en 1981 se elabora el plan de atención al envejecimiento en Viena, y en 1991 la ONU formula los Estatutos de los derechos de las personas mayores, donde los adultos mayores se proyectan con una vitalidad inusitada, con gran capacidad para seguir activos e interés en ampliar sus posibilidades de desarrollo personal y social. (31)

A partir de la Reunión Latinoamericana de Consulta de Educación para la Salud en el ámbito educacional celebrado en Costa Rica en 1993, nuestro Sistema Nacional de Salud se ha dado a la tarea de capacitar al personal docente, maestros e instructores, así como la producción de diferentes medios de enseñanza e incrementar acciones de evaluación y monitoreo a los procesos de Educación para la Salud, que deben ser capaces de promover la reflexión, el análisis y la acción y provocar los beneficios de una vida saludable a todos los niveles de la sociedad. (42)

La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas estas premisas en un nuevo programa educativo que además de contemplar todo lo anterior fuera capaz de asegurar la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal fuera el adulto mayor. (42)

Se reconoce que este grupo poblacional es un elemento aglutinador en la comunidad donde puede ocupar un rol especial en el desarrollo de valores que la

comunidad identifica como necesario fomentar, pasa a ser el sabio de la comunidad.

El Autocuidado en la Tercera Edad es un aspecto muy importante a tener en cuenta ya que a pesar de que los ancianos probablemente sufrirán de una o más enfermedades crónicas, también es posible que se pueda demorar la aparición de éstas o aliviar su sintomatología reduciendo al máximo las limitaciones y la dependencia, motivando estrategias que le permitan valerse por sí mismo, solo alcanzable a través de acciones de promoción y prevención, con reducción de los principales factores de riesgo.(15, 48)

Para conceptualizar el Autocuidado es pertinente retomar el concepto de cuidado de Uribe, Mt. "Acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. (51,52)

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto se asume como concepto de Autocuidado: una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, que no nace con ella y que debe aprenderse. (49, 51,52)

Al elaborar estrategias para que el Autocuidado se asuma como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario tener en cuenta las siguientes primicias dadas por Lao Sánchez, N: (53,54)

- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la

armonía entre cognición y comportamiento.

- Los agentes de salud deben asumir el Autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del Autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.
- Generar procesos participativos, la participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, hace que asuma como propio el cuidado de sí misma.

Es por ello que hay que reorientar las estrategias. Es preciso intervenir en el punto más productivo de la secuencia causal, el relacionado con las condiciones sociales y ambientales, allí donde la educación, la vivienda, la alimentación saludable y el ejercicio pueden proteger a la mayoría. La vejez libre de enfermedades, no es temible. La mayor parte de nuestras desgracias en esa etapa no se deben a la vejez, sino a la enfermedad. (52)

La atención estomatológica es una de las estrategias priorizadas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) con una alta implicación en el estado de salud de la población y en el orden político y social. Constituye el conjunto de actividades de organización, funcionamiento y control, a seguir por los diferentes niveles del MINSAP en su red de instituciones estomatológicas encaminadas a mejorar la salud bucal y general de la población y su satisfacción. Se corresponden estas acciones con el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población y tienen como fundamento el Modelo de Estomatología General Integral, que

enfatisa aquellas acciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. (24)

El estomatólogo debe actuar como educador de la salud entre las personas que se va a relacionar por su actividad laboral, el ambiente que les rodea, profesorado y muy especialmente sus familias. Para enseñar hábitos de salud, la colaboración entre estomatólogos, individuos y comunidad debe ser muy estrecha. (55)

La Salud Bucal en Cuba está estrechamente ligada a la calidad de vida del ser humano. Se debe invertir en Educación para la Salud bucal debido a:

- El 90% de las enfermedades bucales se puede prevenir.
- Una población sana implica menos gastos en salud, menos problemas sociales y mayor bienestar de la sociedad.
- Presenta un escenario favorable.
- El cuidado estomatológico es solo una de las determinantes de la salud.
- Lo más significativo en la Estomatología General Integral (EGI) en Cuba resulta el énfasis en las acciones de Educación Sanitaria, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades estomatológicas hacia el mantenimiento del individuo sano, ayudando a aumentar su calidad de vida. (48,57)

Hoy se plantea que es imprescindible mantener y consolidar lo alcanzado y desarrollar una nueva etapa en la cual se priorizan las estrategias poblacionales de intervención dirigidas a transformar los estilos de vida, donde las acciones de

educación para la salud ocupan el centro de la atención y garantizan elevar los índices de Salud Bucal. (48, 57,58)

El Programa de Intervención Educativa, su incidencia en los índices de Salud en el Adulto Mayor.

Educación no es sólo brindar información, sino también modificar necesidades, motivaciones y actitudes sobre la base de los conocimientos impartidos. Solo a través de la comunicación, intercambio de información e interacción entre los hombres, el educador puede lograr sus propósitos. (58)

Las actividades educativas en el campo de la salud han estado dirigidas a los individuos y grupos de individuos, tanto en los hogares como en instituciones de todo tipo, ya sean de salud, escolares obreras, artísticas, etc., vinculando siempre a toda la comunidad en sus tareas. (11)

El Programa Educativo se define como un Instrumento Curricular donde se organizan las actividades de enseñanza - aprendizaje, que permite orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las conductas que deben manifestar los alumnos, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin. (48)

Los Programas Educativos constan de los siguientes elementos:

- Diagnóstico educativo
- Objetivos

- Límites
- Estrategias
- Recursos
- Plan de acción
- Evaluación de los resultados

Los Programas Educativos pueden tratar diferentes materias, de formas muy diversas (a partir de cuestionarios, facilitando una información estructurada a los alumnos, mediante simulación de fenómenos) y ofrecer un entorno de trabajo más o menos sensible a las circunstancias de los alumnos y más o menos rico en posibilidades de interacción, pero todos comparten características esenciales tales como. (48)

- Son materiales elaborados con una finalidad didáctica, como se desprende de la definición.
- Son interactivos, contestan inmediatamente las acciones de los estudiantes y permiten un intercambio entre el docente y el estudiante.
- Individualiza el trabajo de los estudiantes ya que se adaptan al ritmo de trabajo de cada uno y pueden adaptar sus actividades según las actuaciones de los alumnos.
- Son fáciles de usar. Los conocimientos necesarios para utilizar la mayoría de estos programas son similares a los conocimientos de

electrónica necesarios para usar un vídeo es decir, son mínimos, aunque cada programa tiene una regla de funcionamiento que es necesario conocer.

Partiendo de la definición de identificación del problema o los problemas de salud, los objetivos muestran qué queremos alcanzar, estos deben formularse de manera sencilla, factible, realista y medible, la evaluación sistemática va permitir durante el desarrollo del programa determinar los éxitos y fracasos en el logro de los objetivos. Para esto se precisa que esté bien diseñados lo que nos posibilitará saber si es necesario ajustar, cambiar o mantener las acciones que realizamos o los contenidos de los mismos programas.

En general los Programas de Educación para adultos mayores en su mayoría tienden a enfocar aspectos concernientes a la salud física y a la salud orgánica del cuerpo, por lo tanto, en la planificación de esos programas es necesario incluir temas relacionados con otros aspectos que puedan ser de interés para el individuo, considerando sus necesidades físicas, psicológicas emocionales, sociales y culturales, contribuyendo así a una reducción de los índice de salud.
(48,60)

La educación para la tercera edad debe comprender aspectos tales como las características del envejecimiento normal, prevención y manejo de enfermedades, manejo de discapacidades, autocuidado en salud, sexualidad, desarrollo de destrezas básicas en la escritura entre otros, siendo posible agruparlos en programas educativos bien diseñados al afecto, con la finalidad de restablecer en

el individuo confianza en sí mismo y en su posibilidades de aprendizaje. (58,59)

A raíz de los cambios demográfico actuales todos las sociedades deben orientar sus proyectos y redefinir sus programas educativos de distintas índoles, léase: cultural, político, sanitario, etc., a fin de implementar los lineamientos a seguir con la población adulta. Esto es esencial de formular si se tiene en cuenta que según estudios se estima que para el 2025 alrededor del 15.5% de los adultos mayores serán mujeres y el 12.6% serán hombres con una esperanza de vida aún mayor.

Es por ello que en nuestro país las directrices del Ministerio de Salud Pública consideran el Programa Educativo Preventivo para el adulto mayor como un eslabón fundamental para la reducción de los índices de salud, el cual incluye: (42, 58,)

1. Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor.
2. Programa Educativo Preventivo.
3. Programa de Educación para la Salud y Modificaciones de Hábitos Nocivos.
4. Programa de Apoyo Económico.

El Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor de la Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado la estrategia de motivar a los odontólogos sobre la atención primaria en ese campo. El enfoque preventivo de la salud bucodental advierte la necesidad de ensayar instrumentos de comunicación social que amplíen la efectividad de los programas educativos, idóneos para transmitir mensajes, enseñar y educar de manera apropiada al anciano, pues la

posibilidad de aprender existe en todo el transcurso de la vida del hombre, incluso en la vejez (48,59,60).

La participación de los adultos mayores en los programas educativos no debe valorarse solo como un recurso educativo de costo menor, sino que contribuyen a la transformación de las oportunidades educativas para personas de todas las edades. (60)

A través de esta perspectiva, es razonable fomentar la formación de promotores comunitarios para la salud bucal a partir del diagnóstico de las necesidades reales y sentidas de este grupo poblacional, además de lograrse una mejoría en la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención con diseño de antes y después para modificar favorablemente los conocimientos sobre salud bucal en gerontes portadores de prótesis total de ambos sexos pertenecientes al Círculos de Abuelos del Consultorio La Victoria sector Panamericano , Municipio Maracaibo ,Estado Zulia, en el periodo comprendido entre Enero de 2014 – Enero del 2015.

Se realizó la intervención en 3 etapas. En la primera etapa caracterizamos el estado de salud bucal y de conocimientos de los ancianos portadores de prótesis total, utilizamos la observación y la aplicación de una Encuesta de Conocimientos sobre salud bucal (Anexo 1). Un segundo momento fue el planeamiento y aplicación del Programa Educativo (Anexo 4), para modificar el nivel de conocimientos sobre salud bucal y lograr cambios de actitud en la población estudiada. En la tercera etapa se evaluó la efectividad de la intervención a través de la misma Encuesta de Conocimiento, la aplicación de un Cuestionario mediante la técnica de grupos focales, y la observación.

Universo y muestra:

El universo lo conformaron la totalidad de los individuos de 60 años y más (n=67) de ambos sexos que pertenecen al círculo de abuelos del consultorio La Victoria, municipio Maracaibo.

La muestra de estudio estuvo constituida por 51 gerontes portadores de prótesis total, de 60 y más años de edad de ambos sexos. La muestra fue tomada de

forma intencional por razones de factibilidad.

Criterios de inclusión:

1. Voluntad expresada del paciente de participar en el estudio.
2. Edad mayor o igual a 60 años.
3. Ser portador de prótesis total.

Criterios de exclusión:

1. No aceptación del paciente a participar en el estudio.
2. Presencia de trastornos psiquiátricos u otros estados que invalidaban su colaboración activa en el estudio.

. Métodos aplicados

Para profundizar en las relaciones causales entre los elementos considerados en la Educación para la Salud en el adulto mayor se aplicaron diferentes métodos.

- Del nivel teórico

Utilizamos análisis y síntesis, la inducción y la deducción, histórico lógico y análisis de documentos.

- Del nivel empírico

Se usaron la encuesta, la entrevista y la observación.

- Del nivel estadístico:

- La estadística descriptiva: Frecuencia absoluta y por ciento.

De la estadística inferencial: Para el análisis o interpretación de los resultados se tuvieron en cuenta medidas de frecuencia relativa para variables cualitativas: números absolutos y porcentajes. También se usó la prueba estadística de McNemar y la de Wilcoxon que se aplican a muestras pareadas.

Prueba de Wilcoxon: cuando la variable independiente estaba medida en una escala ordinal.

Para dar salida a los objetivos se estudiaron las variables siguientes:

- Variable independiente: Programa Educativo en ancianos portadores de prótesis total del círculo de abuelos Consultorio la Victoria.
- Variable Dependiente: el resto de las variables.

3.3. Operacionalización de las Variables.

Variable	Definición Operacional	Escala y Valores
1- visita al Estomatólogo	Cuándo es necesario asistir al estomatólogo	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
2- cepillado correcto	Veces al día que cepilla la prótesis	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
3- soluciones para la higiene.	Soluciones que utiliza para la higiene de la prótesis	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
4- uso de la prótesis	Continuo o discontinuo	- Adecuado (1)

		- Inadecuado (2)
5- molestias	Cómo resuelve las molestias producidas por la prótesis	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
6- vida útil de la prótesis	Años de vida útil de la prótesis	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
7- adaptación	Cómo se adapta a una prótesis nueva	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
8- hablar sin dificultad	Cómo hablar sin dificultad	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
9- auto examen bucal	Cuál es el objetivo del auto examen bucal	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
10 hábito de fumar	Puede producir lesiones en la mucosa bucal	- Adecuado (1) - Inadecuado (2)
11.- lesiones bucales	Presencia o no de lesiones relacionadas con la prótesis	- Si (1) - No (2)
12.-Higiene de la prótesis	1.- Presencia de materia alba. 2.- Presencia de manchas. 3-Presencia de cálculo.	-1 Bien (1) -2 Regular (2) -3 Mal. (3)

3.4. Procedimientos.

Por ser una investigación de intervención educativa, se desarrolló en tres etapas

Primera etapa: Diagnóstico

Segunda etapa: Elaboración y aplicación de la intervención educativa.

Tercera etapa: Evaluación de la intervención educativa.

Primera etapa:

Se solicitó asesoría al grupo de expertos del área de salud acerca de la forma y metodología a emplear en la intervención educativa dirigida a este grupo de estudio, se envió una carta a la dirección del centro en la que se explicaban los propósitos del estudio, obteniendo de inmediato su aprobación (Anexo 3).

Se realizó un encuentro con los ancianos para explicarles las características de la investigación, objetivos e importancia, motivándolos a participar en la misma. Se obtuvo así el consentimiento de todos y su disposición a colaborar en las actividades (Anexo 2). Para recoger la información se aplicó una Encuesta de Conocimientos (Anexo 1) a cada uno de los participantes, con el propósito de indagar acerca de los conocimientos de salud bucal e identificar las necesidades de aprendizaje, lo que sirvió como diagnóstico inicial.

Mediante la observación realizamos el diagnóstico clínico de las lesiones asociadas al uso de la prótesis total. Además se evaluó la higiene de las prótesis.

Atendiendo al diagnóstico realizado, se plantearon los objetivos y se definió el contenido a trabajar en cada tema

El contenido fue expresado a través de los sistemas de conocimientos, habilidades y valores.

De acuerdo al análisis de la información, reconocido por los encuestados, se decidió sobre el nivel de conocimientos en salud bucal. Este nivel se expresó

sobre la base de dos categorías extremas: adecuado e inadecuado

1.-Visita al estomatólogo.

- 1 Adecuado: Una vez al año
- 2 Inadecuado: Responde una variable diferente

2.- Veces al día que se cepilla la prótesis

- 1 Adecuado: tres veces al día
- 2 Inadecuado: Plantea variantes diferentes a la anterior

3.- Para limpiar la prótesis usted utilizaría

- 1 Adecuado: Solución jabonosa y/o pasta dental
- 2 Inadecuado: Responde una variable diferente

4.- Las dentaduras totales

- 1 Adecuado: Se retiran al acostarse y se remojan en agua.
- 2 Inadecuado: Responde una variable diferente

5.- Ante molestias producidas por la prótesis

- 1 Adecuado: Visita al estomatólogo.
- 2 Inadecuado: Responde una variable diferente

6.- Las prótesis son aparatos con una vida útil de:

1 Adecuado: cinco años.

2 Inadecuado: Responde una variable diferente

7.- Adaptarse a la prótesis total recién instalada se logra.

1 Adecuado: Comiendo alimentos semilíquidos, en pequeñas porciones

2 Inadecuado: Responde una variable diferente

8.- Si encuentra dificultad al hablar con la prótesis

1 Adecuado: Lee textos en voz alta.

2 Inadecuado: Responde una variable diferente

9.- El objetivo del auto examen bucal es

1 Adecuado: Detectar lesiones en la mucosa bucal.

2 Inadecuado: Responde una variable diferente.

10.- El hábito de fumar puede producir

1 Adecuado: daño a los tejidos que sostienen la prótesis.

2 Inadecuado: Responde una variable diferente

El sistema de conocimientos fue formulado a partir de las necesidades de aprendizaje diagnosticadas. Las habilidades se plantearon en los términos de

explicar, identificar, realizar, usar, seleccionar, reconocer los diferentes aspectos de Salud Bucal y su importancia para los ancianos portadores de prótesis total. Los valores se expresan en función del significado de la Salud Bucal para una vida sana, en términos de la responsabilidad que el adulto mayor debe asumir en relación a ella.

Para cada tema se definieron objetivos específicos en términos de habilidades y se dieron las orientaciones metodológicas y ejemplos concretos que sirvieron de guía para alcanzar los objetivos propuestos, éstos no constituyeron un esquema rígido y de esta forma permitieron el desarrollo de la creatividad del educador.

Segunda etapa:

Elaboración y aplicación de la intervención educativa. Luego de aplicada la encuesta de conocimientos, se llevó a cabo la elaboración del Programa Educativo destinado a desarrollar conductas favorables de salud bucal (Anexo 5), de acuerdo a las necesidades de aprendizaje identificadas en el diagnóstico inicial.

La metodología empleada para el diseño y aplicación del Programa Educativo incluyó debates y sesiones de entrenamiento sobre cómo realizar el auto examen bucal e higiene de la prótesis, discusiones acerca de los hábitos deletéreos capaces de provocar injurias a la mucosa bucal y la necesidad de realizar el auto examen bucal como método preventivo del cáncer bucal; garantizando que todos los adultos mayores tomaran parte en las técnicas afectivo participativas, las cuales en el proceso de enseñanza aprendizaje brindan las siguientes ventajas:

- Creación colectiva del conocimiento donde todos son participantes.
- Involucra elementos afectivos lo que favorece la motivación.
- Propician el cambio de actitud.
- Desarrollan una experiencia de reflexión educativa común.
- Los encuentros se efectuaron en el período comprendido entre enero y abril de 2014, cada 7 días con una duración de 50 minutos y en cada uno de ellos, se aplicaron técnicas afectivas participativas para motivar, ejercitar y reafirmar los conocimientos impartidos.

Encuentros	Temas	Sesiones
I	Introducción	1 Sesión
II	Conócete tú mismo	1 Sesión
III	Enemigos silenciosos	1 Sesión
IV	Guardián de mi dentadura	1 Sesión
V	Mitos y realidades.	1 Sesión
VI	Sonrisas del milenio	Sesión final

Recursos Humanos

- Estomatólogo General.
- Gerontes pertenecientes al Círculo de Abuelos del Consultorio la Victoria

sector panamericano.

Materiales

- Local: Círculo de abuelos.

Medios Educativos.

- Modelos de prótesis total, cepillo dental.
- Laminario
- Fotos.
- Diapositivas.
- Textos.

Técnicas Educativas

- Exposición oral:

Es el empleo del lenguaje para explicar un tema o actividad a desarrollar. Ello estuvo a cargo del coordinador y fue utilizado en la introducción, una parte del desarrollo y al final para integrar el conocimiento.

- Interrogatorio:

Es el uso de preguntas para obtener información, valorar puntos de vista o verificar lo aprendido. Se utilizó para despertar el interés central, la atención y la reflexión sobre aspectos importantes.

- Cuidados:

Dirigir la pregunta al grupo y no interrogar directamente al participante.

Uso: después de la presentación del tema y para resumir acápites de éste.

- Demostración:

Muestra en forma práctica cómo hacer cosas, haciendo evidente las habilidades del demostrador y promoviendo la confianza de la comunidad. Permitió una amplia participación a través de “aprender haciendo”. Tuvo como objetivo enseñar de forma práctica procedimientos para desarrollar una acción.

- Uso: Se explicó la actividad a realizar

a) Repitiendo paso a paso, enfatizando en los aspectos centrales y aclarando las dudas que surgieron

b) Invitando a los participantes a que repitan el procedimiento y corrigiendo los errores.

c) Reforzando lo correcto.

- Técnica afectiva - participativas: Se fundamenta en la realización de tareas concretas por parte de los asistentes, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar la cohesión, la reflexión o el análisis sobre un tema determinado. Deben llevarse a la cúspide del objetivo propuesto.

- Uso: para que las personas participen o para animar, desinhibir o integrar el grupo. El objetivo es desarrollar la participación al máximo para crear un ambiente fraterno y de confianza durante las jornadas de capacitación.

- Técnicas Cualitativas

Grupos Focales:

Grupo de 10 personas homogéneas en cuanto a variables de interés y experiencia vital, no deben ser declarados expertos.

Características:

- Ambiente privado sin interrupciones.
- Se selecciona un moderador y un relator.
- El moderador y el relator deben establecer contacto ocular con todos los participantes y estos entre sí.
- Debe prepararse una guía con los temas a tratar, debe ser flexible transitando desde temáticas generales a temas más a fondo.
- Se deben prever transiciones o material de estímulo.
- Exige un moderador bien preparado que conduzca el esquema de la conversación.
- Su duración debe fluctuar entre una hora y media o dos horas.

- El relator debe anotar el contenido del debate teniendo en cuenta: intervenciones (exacta), reacciones emotivas y aspectos de interacción grupal.

La Entrevista Educativa

Es la que más se utiliza en los servicios de salud, ya que se obtiene información para poder elaborar un diagnóstico sobre la situación de salud ante la cual nos encontramos. Esta información nos permite educar al individuo directamente sobre el tema de salud que necesita, contribuyendo a elevar su nivel de conocimientos sobre salud bucal.

Se considera el Programa de Intervención Educativa de Salud Bucal como el conjunto de acciones que orientan y regulan el aprendizaje del individuo ya que, explícita o implícitamente, promueven determinadas actuaciones de los mismos encaminados a facilitar el logro de unos objetivos educativos específicos. Actúa en general como mediador en la construcción del conocimiento, contribuyendo a desarrollar en el individuo conocimientos, habilidades y hábitos que protejan su salud bucal y le permitan ejercer el cuidado de sí mismo.

Tercera etapa:

Evaluación de la aplicación del Programa de Intervención Educativa sobre salud bucal en el anciano portador de prótesis total.

Al finalizar la etapa anterior se aplicó nuevamente la Encuesta de Conocimientos

de la investigación, permitiendo valorar los cambios en los conocimientos lo que se considera como el efecto o resultado de las labores educativas realizadas en los gerontes portadores de prótesis total.

Se aplicó un Cuestionario mediante la técnica de Grupos Focales (Anexo 6) para recoger la opinión de un grupo de gerontes que participaron en la investigación en los siguientes aspectos: importancia de la salud bucal, interés por los temas abordados, comprensión de lo que se les enseñó y sugerencias para esta actividad.

Para la evaluación de la estrategia (Anexo 7) se realizó un muestreo no probabilístico intencional, se encuestó a un grupo de profesionales de la salud que participaron en el desarrollo de la misma, los cuales fueron seleccionados por ser profesionales que laboran en el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor en el Área docente del estado. La calificación se realizó en una escala del 1 al 5 cuyo valor máximo le correspondió al 5 para cada aspecto valorado y el total de puntos acumulados expresaba si la valoración general de la misma es bien, regular o mal. Participaron 5 profesionales en el desarrollo de la misma.

La observación realizada permitió obtener conocimientos acerca del comportamiento del Programa Educativo durante su implementación y estudiar los aspectos presentes en el proceso que facilitaban o entorpecían al mismo, los elementos observados aparecen en el (Anexo 8).

. Recolección de la información.

Para el análisis o interpretación de los resultados se tuvieron en cuenta medidas de frecuencia relativa para variables cualitativas: números absolutos y porcentajes. También se usó la prueba estadística de Mc Nemar y la de Wilcoxon que se aplican a muestras pareadas. El margen de error considerado fue de 0,03 y en todos los casos la probabilidad obtenida resultó menor que el error permitido por lo que se concluye que existían diferencias altamente significativas en el estado inicial y final de los conocimientos en la población estudiada.

Igual proceso se realizó con la higiene de la prótesis antes y después. En éste. La valoración de los resultados obtenidos, después de la aplicación del Programa de Intervención Educativa en los gerontes se realizó al determinar si existían diferencias significativas entre las respuestas adecuadas y otras opciones de respuestas emitidas antes y después de la intervención.

Para el análisis de la información y aplicación de las pruebas estadísticas, se confeccionó una base de datos, siendo computados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS por Windows versión 11.0. Los textos se procesaron en Microsoft Word XP y las tablas se realizaron en Microsoft Excel XP, lo cual nos permitió arribar a conclusiones y recomendaciones.

Consideraciones Éticas

Para llevar a efecto la intervención educativa se tuvieron en cuenta algunas consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio, entre las

cuales figuraron:

- Se solicitó la autorización a la coordinación del CDI. La Victoria, sector panamericano, para efectuar la intervención educativa en dicho centro y se establecieron compromisos para elevar el nivel de conocimientos de los adultos mayores, así como desarrollar habilidades de autocuidado relacionados con la salud bucodental en los ancianos portadores de prótesis total. Anexo(3)
- Se contó con la aprobación de los gerontes que participaron en el estudio, para lo cual se confeccionó una planilla de consentimiento, siguiendo las normas planteadas en la declaración de Helsinki (consentimiento informado) (Anexo2)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla.- 1 Población geriátrica según edad y sexo.

	Sexo.					
	Masculino.		Femenino.		Total	
	No.	%	No.	%.	No.	%
60- 64	4	22.2	8	24.2	12	23.5
65- 69	3	16.6	6	18.1	9	17.6
70- 74	5	27.7	10	30.3	15	29.4
75- 79	4	22.2	6	18.1	10	19.6
80 y +	2	11.1	3	9.0	5	9.8
Total	18	100	33	100	51	100

Fuente: Encuesta Salud Buco Dental

Al analizar la tabla No.1 donde se recoge la distribución de la población geriátrica según edad y sexo se observa un predominio del sexo femenino sobre el masculino 33 pacientes para un 64.7 % representando solamente el 35.2% al sexo masculino con 18 pacientes . Y el grupo etáreo que Predominó fue el de 70-74 años.

En la tabla No 1. Estos resultados coinciden con estudios de intervención educativa realizados en círculos de abuelos de Habana del Este por el profesor Rodríguez García donde predominó el sexo femenino en un 92 % (61)

Así, como Torres Vidal y Gran Álvarez (35) en un estudio sobre adultos mayores en Cuba encontraron un predominio de la población geriátrica femenina. Otros

estudios realizados en el 2005 en el Municipio Plaza, por Velaverde Almenares.
(37)

Estudios en los países de América Latina y África han demostrado que existen diferencias en cuanto al sexo y edad en relación a indicadores de mortalidad y morbilidad, observándose una desventaja masculina global, los hombres tienen menor esperanza de vida y mayor mortalidad prácticamente en todas las edades por casi todas las causas como son el tabaquismo, alcohol y las drogas. (35,61)

Otros autores en el 2005 en el municipio Plaza Habana del Este, sobre factores biopsicosociales y afecciones bucodentales en el anciano reflejan el predominio del sexo femenino en un 86.9 %. (37,61)

Según estudios, se estima que para el 2025, alrededor de 15,5 % de los adultos mayores serán mujeres y el 12,6 % hombres, con una esperanza de vida al nacer mayor. (59, 61, 62, 63,64)

Los resultados de este estudio no difieren mucho de los obtenidos en estudios mencionados anteriormente.

La autora opina que se comporta de esta manera por ser el sexo masculino el más fuerte, e históricamente han sido los encargados de llevar sobre sus hombros trabajos de mayor rudeza, combinándolos con hábitos y estilos inadecuados.

Tabla.-2 Conocimiento de los ancianos sobre cuando visitar al estomatólogo.

Evaluación	Antes		Después		Test McNemar
	No	%	No	%	p
Adecuado	4	7.8	49	96.0	00000...
Inadecuado	47	92.1	2	3.9	00000...
Total	51	100	51	100	00000...

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal $\chi^2 = 26.03$

Como se puede observar en la Tabla No 2, (el 92.1%) de los ancianos no tenían conocimientos sobre cuándo visitar al estomatólogo; y respondieron adecuadamente 4 para (7.8%), antes de la intervención y después de aplicada la intervención, el (96.0%) se adueñan de los conocimientos y solo 2 pacientes respondieron inadecuadamente para un (3.9%). Es altamente significativa por las pruebas estadísticas. Tabla 2, (el 92.1%) de los ancianos no tenían conocimientos sobre cuándo visitar al estomatólogo antes de la intervención y después de aplicada el 96.0% se adueñan de los conocimientos y solo 3 pacientes respondieron inadecuadamente para un (7.8%).

Estos resultados son comparables con los de Menéndez Vázquez donde la mayoría de sus pacientes objeto de estudio (84,7 %) visitaba al estomatólogo para revisar sus prótesis cuando sentían molestias. (22)

Otros autores como García Alpízar B. Publican que sólo el 70,83 % de sus pacientes lo hacía en tales circunstancias. (65)

Estudios realizados en Santiago de Cuba por Berenguer y González sobre Salud

Bucal en poblaciones geriátricas coinciden con la investigación realizada antes de la intervención con bajo predominio de nivel de conocimiento sobre cuando visitar al estomatólogo. (53)

Menéndez confirmó que la mayoría de sus pacientes objeto de estudio visitaba al estomatólogo para revisarse solo cuando sentían molestias en sus prótesis o alguna dificultad en la cavidad bucal. (22)

La capacidad de aprendizaje está condicionada por gran cantidad de factores, entre ellos la etapa del ciclo evolutivo donde se encuentre. En el anciano el aprendizaje es de relevante importancia para mejorar su calidad de vida. (63,65)

Según la autora es muy importante tratar diferenciadamente en cualquier intervención educativa. Todos los pacientes portadores de prótesis tienen que saber que siempre que aparezca una molestia, debe acudir a consulta. Se hace necesario además, visitarlos por lo menos 1 vez al año, ya que los pacientes portadores de prótesis no están exentos de sufrir lesiones, que en muchos de los casos no resulta doloroso.

Tabla.-3 Conocimientos adecuados de los ancianos sobre higiene y uso de la prótesis total.

Evaluación	Antes		Después		Test
	No	%	No	%	McNemar p
Frecuencia del cepillado de la prótesis	7	13.72	50	98.0	0.34
Uso de soluciones para la higiene de la prótesis	14	27.4	50	98.0	0.34
Hábito de uso de la dentadura	9	17.6	50	98.0	0.34

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal $\chi^2 = 2.12$

Al analizar los conocimientos de los ancianos acerca del hábito de uso de la prótesis y la frecuencia del cepillado de las mismas observamos que no disponían de información alguna. De igual forma, solo el (13.72 %) conocía cómo realizar el cepillado correcto. Sobre el uso de soluciones para la higiene de las mismas sólo el 27.4% respondió adecuadamente y el (17.6) % usaba la prótesis. Luego de la aplicación del programa de intervención educativa la percepción de los ancianos catalogaron como beneficiosas con un (98.0%); esta tabla no es significativa después de aplicado el chi cuadrado.

Los conocimientos de los ancianos acerca del hábito de uso de la prótesis y la frecuencia del cepillado de las mismas observamos que no disponían de información alguna. De igual forma, solo el (13.72 %) conocía cómo realizar el cepillado correcto. Sobre el uso de soluciones para la higiene de las mismas sólo el 27.4% respondió adecuadamente y el (17.6) % usaba la dentadura. Luego de la aplicación del programa de intervención educativa la percepción de los ancianos

catalogaron como beneficiosas con un (98.0%); las acciones educativas, reconocieron cumplir con sus expectativas, desearon continuar con este tipo de trabajo en beneficio de la salud comunitaria y algunos lamentaron pensar que a su edad no había nada que aprender.

Los fenómenos fisiológicos, patológicos, psicológicos y sociológicos, que son específicos de este período evolutivo de la vida, y que determinan en cierto grado el rechazo a las prótesis completas, el éxito o fracaso de las prótesis completas dependen de 3 factores fundamentales:

- La actitud mental del paciente.
- Su estado bucal.
- Calidad y buen estado técnico de las prótesis. (66,69.)

Investigaciones realizadas por Espeso y Cols en la provincia de Camagüey en los años 2005 y 2006 obtienen un 90% y 83,3% de gerontes con higiene bucal deficiente respectivamente. El factor de riesgo que predominó fue la higiene bucal deficiente con un 86,7% y plantean que el acúmulo de placa dental bacteriana asociada a hábitos higiénicos inadecuados favorece la proliferación de microorganismos diversos en su ecosistema favoreciendo el desarrollo de enfermedades bucales entre la mucosa y la prótesis. (18, 48, 50)

Una incorrecta higiene de la prótesis y de la cavidad oral propicia la acumulación y proliferación de microorganismos ocasionando el desequilibrio de la microflora bucal y puede permitir la acción de microorganismos oportunistas como la *Candida albicans* refiere Cardozo de Pardi El, Pardi G, Perrone M, Salazar E Otero Baxter Y. (69)

Una higiene deficiente de la prótesis trae como consecuencia el depósito de placa

dentobacteriana en el interior de la base, sobre todo en aquellas prótesis que no están bien adaptadas, y origina que se desarrollen microorganismos oportunistas como la *Cándida albicans*, incluso pueden proliferar bacterias en forma de cocos y bacilos, a causa de la descomposición de los alimentos, y agravar así el cuadro. (68,69)

El riesgo de poseer lesiones paraprotéticas, sobre todo la ESP, aumenta cuando disminuye la higiene bucal situación que se confirma en los resultados de este estudio, donde el riesgo de que aparezca una lesión paraprotética determinada es de más de dos veces en aquellas personas que guardan una higiene deficiente. (70,73)

Los microporos que aparece en el acrílico de las prótesis proporcionan una amplia gama de ambientes para el desarrollo de microorganismos que pueden amenazar la salud de un paciente físicamente vulnerable. (67-69)

El mantenimiento de las prótesis es importante para la salud del paciente y para mantener la estética. Estrategias mecánicas, químicas y una combinación de ambas, están disponibles para los pacientes con el objetivo de facilitar la higiene de las prótesis. Los profesionales dentales deben tener un conocimiento actualizado acerca de estrategias para la limpieza de las prótesis, con el fin de aumentar al máximo la calidad del servicio ofrecido a los pacientes portadores de estas. (67, 74, 76)

Es también factible considerar, al igual que otros autores, que existe un grupo de ancianos con dificultad para practicar una higiene bucal adecuada debido a una deficiencia de motricidad y alteraciones en la agudeza visual que pueden limitar la remoción total de la placa blanda. (65, 69,77)

En general los adultos mayores no perciben en ocasiones las deficiencias que poseen en relación a la higiene bucal lo que se traduce en descuido .Esto se debe fundamentalmente a la pérdida de la belleza física. (65, 69,77)

Estudios plantean que la alta frecuencia de pacientes que duerme con el aparato protésico genera la aparición de enfermedades, ya que la mucosa no descansa y no se oxigena, convirtiéndose este en un factor irritante he ahí la importancia de brindar a estos pacientes información concisa y clara para llevar a cabo una higiene correcta de sus prótesis y de retirarlas durante la noche. (65, 70,78)

La realizadora de este estudio plantea que aún son insuficientes las acciones de promoción, prevención y educación para la salud en este grupo etáreo. Hecho que demuestra la necesidad de potencializar las acciones dirigidas a mejorar su estado de salud, bienestar, calidad de vida y satisfacer sus demandas de servicios en la atención comunitaria para así garantizarle una longevidad satisfactoria. .

Tabla.-4 Conocimientos adecuados sobre aspectos relacionados con la prótesis recién instalada.

Evaluación	Antes		Después	
	No	%	No	%
Vida útil de la prótesis	0	0	49	96.0
Cómo adaptarse a la prótesis	15	29.4	51	100
Cómo hablar con la prótesis	8	15.6	51	100

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal

$p= 0.000$

Como puede apreciar en la Tabla 4, en la que aparecen los conocimientos de los ancianos sobre aspectos relacionados con la prótesis recién instaladas antes de la aplicación del programa de intervención, solo el (29.4 %) conocía cómo adaptarse a la prótesis y apenas el (15.6%) (8 ancianos) demostraron cómo hablar recién instalado el aparato protésico. Todos desconocían el tiempo de vida útil del mismo, luego de la aplicación del programa de intervención se evidenció que el 96.0% de los casos conocían la vida útil de las prótesis y el 100% sabían cómo adaptarse y hablar con el aparato protésico.

Tabla No 4. Como puede apreciar aparecen los conocimientos de los ancianos sobre aspectos relacionados con la prótesis recién instaladas antes de la aplicación del programa de intervención, solo el (29.4 %) conocía cómo adaptarse a la prótesis y apenas el (15.6%) (8 ancianos) demostraron cómo hablar recién instalado el aparato protésico. Todos desconocían el tiempo de vida útil del mismo, luego de la aplicación del programa de intervención se evidenció que el 96.0% de los casos conocían la vida útil de las prótesis y el 100% sabían cómo adaptarse y hablar con el aparato protésico.

Estos resultados coinciden con revisiones en la *Rev. Cubana Estomatol*, donde se muestra que el 54,6 % de los geriátricos rechazaban las prótesis totales, lo que resultó más significativo en el sexo masculino con el 60 %, en comparación con el 51 % en el femenino, a medida que aumenta la edad se eleva el porcentaje de rechazo al 22 % en los adultos mayores de 60-64 años, y al 85,7 % en los de 85 años y más. (13)

Con la pérdida de los dientes el hueso se reabsorbe de manera crónica y progresiva, lo que hace necesario que las prótesis deban cambiarse cada 5 años, lo cual no se presenta en la realidad cuando la mayoría de los pacientes tienen las mismas por largos períodos de tiempo; si a esto se le agrega que hacen uso de esta las 24 horas del día, sin retirarlas durante la noche para permitir a los tejidos que las soportan su recuperación, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico (estomatitis Subprótesis, hiperplasias, etc. (42,,71,72,73)

Los fenómenos fisiológicos, patológicos, psicológicos y sociológicos, que son específicos de este período evolutivo de la vida, y que determinan en cierto grado el rechazo a las prótesis completas, el éxito o fracaso de las prótesis completas dependen de 3 factores fundamentales:

- La actitud mental del paciente.
- Su estado bucal.
- Calidad y buen estado técnico de las prótesis. (68, 72,79)

La autora considera que, al mejorar la funcionalidad y la apariencia física, el efecto psicológico y emocional ofrece una nueva perspectiva en la vida de estos pacientes y pone de relieve la importancia de asistir a la consulta después de

instaladas las dentaduras, ya que es necesario luego de colocados los aparatos en la boca, hacerles los ajustes requeridos para devolverles el bienestar a nuestro paciente.

Tabla.- 5 Conocimientos de los ancianos sobre el objetivo del auto examen bucal.

Evaluación	Antes		Después		Test McNemar
	No	%	No	%	p
Adecuado	5	9.8	49	96.0	00000...
Inadecuado	46	90.2	2	3.9	00000...
Total	51	100	51	100	00000...

Fuente: Encuesta de Conocimientos sobre salud bucal $\chi^2 = 72.76$

De igual forma resultó que solamente 5 gerontes para un 9.8 % conocían acerca del examen bucal el, 90.2 % de los ancianos antes de la aplicación del programa de intervención educativa desconocían cuál era el objetivo del mismo, y en su totalidad (96.0%) adquirieron los conocimientos sobre el tema, siendo capaces de poner en práctica lo aprendido durante la aplicación del programa de intervención educativa (Anexo 9). Es altamente significativa.

Tabla No 5. De igual forma resultó que solamente 5 gerontes para un 9.8 % conocían acerca del examen bucal el, 90.2 % de los ancianos antes de la aplicación del programa de intervención educativa desconocían cuál era el objetivo del mismo, y en su totalidad (96.0%) adquirieron los conocimientos sobre el tema, siendo capaces de poner en práctica lo aprendido durante la aplicación del programa de intervención educativa.

Los resultados realizados por Abella Hernández A, Núñez Antuñez L, González Heredia E. sobre modificación de conocimientos sobre salud bucal en gerontes coinciden con el nuestro donde solo el (19,2 %) poseían conocimientos adecuados

sobre el auto examen bucal, el (80,8 %) de los abuelos tenían nociones inadecuadas, luego de la aplicación del programa de intervención educativa el (90,5 %). (66, 70,80)

Los aspectos de mayor desconocimiento se referían al auto examen bucal y la aparición de lesiones. Sin embargo, en el transcurso de la acción participativa, todos estos procesos fueron eliminados y, paralelamente, los afectados por ellos lograron adquirir la información requerida para evitarlos. (74,76, 79, 80)

Múltiples especialistas acreditan el uso prolongado de aparatos protésicos mal adaptados como factor etiológico de disímiles enfermedades: estomatitis Subprótesis, épulis fisurado, cáncer bucal, etcétera; de ahí lo trascendental de las visitas periódicas al estomatólogo y el auto examen de la cavidad bucal. (80)

Se reporta que la práctica del auto examen se halla en estrecha relación con la detección y tratamiento exitoso del cáncer. (67, 71, 73, 80)

Es por ello que el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, las consejerías de salud bucal y los procedimientos de estomatología familiar, debían haber ayudado más a mejorar los conocimientos de los gerontes, reflexión que obliga a revisar métodos y estilos de trabajo con este grupo priorizado de atención estomatológica.

Para la Estomatología constituye una prioridad el cumplimiento del programa contra el cáncer bucal, que se ajusta perfectamente a los temas 2, 3 y 6 impartidos por nosotros, relacionado con el auto examen bucal, donde fue posible profundizar en su conocimiento y cómo detectarlo. Acciones de promoción y prevención se deben realizar por médicos y estomatólogos en todos los niveles del sistema.

Tienen como objetivo fundamental, detectar, disminuir o eliminar hábitos perjudiciales para la salud bucal tan frecuentes en nuestra población como son: fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros dañinos para la mucosa oral, además de la eliminación de todo elemento que irrite o traumatice la mucosa oral como prótesis mal ajustadas e higiene deficiente de las mismas.(76,77,78,79,80)

La autora opina que el complejo bucal posibilita realizar un auto examen donde la persona desempeña un rol importante en el descubrimiento de lesiones o signos que faciliten la sospecha de cáncer bucal aún existen necesidades de aprendizaje sobre prevención del cáncer bucal en todos los aspectos explorados. La difusión por el personal de salud y medios masivos de comunicación de la importancia del examen de la boca, como único medio eficaz para la detección precoz de lesiones pre malignas y malignas, es la única manera posible de disminuir la mortalidad por cáncer bucal.

Tabla,- 6 Conocimientos de los ancianos sobre las consecuencias del hábito de fumar en el órgano paraprotético.

Evaluación	Antes		Después		Test McNemar
	No	%	No	%	p
Adecuado	7	13.7	49	96.0	00000...
Inadecuado	44	86.2	2	3.92	00000...
Total	51	100	51	100	00000...

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal

$$\chi^2 = 66.56$$

Como se aprecia en la (Tabla 6) antes de la intervención educativa 44 ancianos contestaron inadecuadamente para un 86.2% después de la aplicación del programa de intervención educativa acerca de las consecuencias del hábito de fumar, el resto se apoderó de los conocimientos impartidos solo 2 gerontes contestaron inadecuadamente, para un 3.92%.es altamente significativa. Tabla 6. Como se aprecia antes de la intervención educativa 44 ancianos contestaron inadecuadamente para un 86% después de la aplicación del programa de intervención educativa acerca de las consecuencias del hábito de fumar, el resto se apoderó de los conocimientos impartidos. Solo 2 gerontes contestaron inadecuadamente.

La noción de riesgo epidemiológico en función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, vale decir los riesgos que afectan nuestra salud dependen de la vida en sociedad y más. (8, 55, 77, 79, 80)

Estudios similares muestran la adicción que existe en el mundo por el consumo del tabaco, por lo que la Organización Panamericana de la Salud ha elaborado

programas de control para reducir el consumo del mismo, en ciudades y países como Argentina, Venezuela y Cuba donde el 67% respectivamente fuman. (68)

Históricamente la proporción de fumadores es menor en los segmentos más ancianos de la población, ya que los fumadores tienden a morir por cáncer u otras enfermedades relacionadas con el tabaco a edades tempranas (55, 79,80)

Tabla.- 7 Presencia de lesiones asociadas al uso de la prótesis.

Lesiones Bucales	Antes		Después	
	No	%	No	%
Estomatitis Subprótesis	9	17.6	2	3.9
Queilitis angular	3	5.8	0	0
Épulis fisurado	2	3.9	1	1.9

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal

Las principales alteraciones de la mucosa bucal asociadas al uso de la prótesis dental. El 27.4% de los examinados estuvo afectado por lesiones paraprotésicas antes de la aplicación de la intervención: distribuidos de la siguiente forma: 17.6% de las lesiones se relacionó con la presencia de Estomatitis Subprótesis, lesión que se asocia con frecuencia a la mala higiene bucal, desajuste de las dentaduras y uso continuo de las mismas, seguido de la queilitis angular con 5.8 % y el épulis fisurado con 3.9 %. Después de la intervención solo 3 pacientes mantuvieron la lesión lo que representa un 5.8% del total.

Tabla 7. Las principales alteraciones de la mucosa bucal asociadas al uso de la prótesis dental. El 27.4% de los examinados estuvo afectado por lesiones paraprotésicas antes de la aplicación de la intervención: distribuidos de la siguiente forma: 17.6% de las lesiones se relacionó con la presencia de Estomatitis Subprótesis, lesión que se asocia con frecuencia a la mala higiene bucal, desajuste de las dentaduras y uso continuo de las mismas, seguido de la queilitis angular con 5.8 % y el épulis fisurado con 3.9 %. Después de la intervención solo 3 pacientes mantuvieron la lesión lo que representa un 5.8% del total.

Estomatitis Subprótesis fue la más frecuente, considerada por varios autores (24,80) que tiene un origen multifactorial y se mencionan factores como: prótesis desajustadas, mala higiene y uso continuo de la prótesis. Al concluir la intervención, los ancianos fueron capaces de apropiarse de los conocimientos y ponerlos en práctica. Estos datos concuerdan con los comunicados por García Alpizar (73), y Pinzón (75); seguido de la queilitis angular con 5.8 % y el épulis fisurado con 3.9 %. Luego de la aplicación del programa de intervención 3 pacientes mantuvieron la lesión. Los pacientes con épulis se logró la intervención quirúrgica de uno quedando pendiente uno que por razones personales no quiso ser intervenido Así ;como los 3 pacientes que eran portadores de queilitis angular se logró la rehabilitación de los tres al ofrecerle la posibilidad de una nueva prótesis.

Sin dudas, la acción de cubrir las zonas de soporte con una prótesis, constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica que puede causar acciones

irritantes sobre esta, romper el equilibrio adaptativo y producir en consecuencia una irritación tisular, con sus consiguientes reacciones inflamatorias. (60, 61,69)

Resultados similares como los de la Dra. García Alpizar y colaboradores en un hogar de ancianos del municipio Cumanayagua donde la estomatitis Subprótesis ocupó el 43% habitualmente asociada al uso de las prótesis mucosoportadas, según la bibliografía consultada. Mundialmente se reporta una alta prevalencia de la estomatitis Subprótesis, la cual oscila entre un (30-50 %) valores que también coinciden con estudios epidemiológicos realizados en Cuba. (48)

Otros autores y colaboradores, citados por Salvatella Rosales MA, reportan que las prótesis desajustadas, en mal estado, y el hábito de fumar, constituyeron en sus estudios factores de riesgo para el desarrollo de lesiones bucales premalignas y malignas de la cavidad bucal. (78,80)

Las lesiones bucales a medida que se fueron extendiendo los años de uso de las prótesis, se reporta por la literatura científica como un factor de riesgo importante en la aparición de las lesiones mucosas. (48, 51, 72,80)

La Estomatitis Subprótesis está reportada como una de las lesiones que con mayor frecuencia se diagnostica dentro de la Patología Bucal y se considera que las dos terceras partes de los portadores de prótesis presentan la lesión en un grado variable. (54, 65, 66, 73 ,80)

La queilitis angular se ha observado en estudios en ancianos a nivel mundial donde la disminución de la dimensión vertical oclusiva es la causa más frecuente y las prótesis en mal estado, en la aparición de estas lesiones. La pérdida de la altura facial facilita la colonización de *Cándida Albicans* por la formación de

pliegues laterales muy relacionados con la necesidad de prótesis de esta población. Como ya sabemos, esta afección es una forma clínica de Candidiasis crónica atrófica. (73, 79, 80)

Una altura del tercio inferior de la cara por debajo de lo normal hace que el pliegue comisural se acentúe, quedando doblada una piel sobre otra. Esta será una zona constantemente húmeda, situación que se ve favorecida en personas que tienen como hábito tocar y mojar con la punta de su lengua el ángulo bucal, lo cual facilita que se infecten, porque el medio húmedo las hace susceptibles a ser colonizadas por microorganismos. (74,80)

Mulet García M, Reigada de Santelice A, Espeso Nápoles N. Reporta que la presencia de prótesis dentales se asocia con la de lesiones en la mucosa, por lo que cuanto más prótesis existan en la boca, mayor es la probabilidad de sufrir alteraciones en la mucosa bucal, con la mayor prevalencia de dichas alteraciones cuando las prótesis eran totales. (76)

La autora opina que La tarea primordial del estomatólogo, es realizar un examen minucioso a sus pacientes, al menos una vez al año, puede ser reforzada por la maniobra del auto examen bucal; y vincular al equipo básico de salud y las personas que conviven con los gerontes deben vincularse a acciones promocionales y preventivas de la salud bucal, ofreciendo instrucciones que motiven la correcta ejecución del autocuidado de la salud de estas personas, mejoren la calidad de vida y una longevidad satisfactoria.

Tabla.-8 Condiciones higiénicas de las prótesis antes y después de la intervención.

Evaluación	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bien	2	3.9	43	84.3
Regular	10	19.6	8	15.6
Mal	39	76.4	0	0

p: 000

Sobre las condiciones higiénicas de la prótesis antes de la aplicación del programa de intervención educativa podemos referir que el 76.4% de los ancianos fue evaluado de mal antes de la intervención, teniendo en cuenta que éstos tenían presencia de materia alba y manchas en sus prótesis, sólo el 3.9% de los ancianos mostraron una buena higiene de sus aparatos. Después de la aplicación del programa educativo la higiene de la prótesis mejoró en el 84.3% de los casos.

Tabla 8. Sobre las condiciones higiénicas de la prótesis antes de la aplicación de la intervención educativa podemos referir que el 76.4% de los ancianos fue evaluado de mal antes de la aplicación del programa, teniendo en cuenta que éstos tenían presencia de materia alba y manchas en sus prótesis, sólo el 3.92% de los ancianos mostraron una buena higiene de sus aparatos. Después de la aplicación del programa educativo la higiene de la prótesis mejoró en el 84.3% de los caso.

Estos resultados coinciden con los realizados por la Dra. Alpizar en su trabajo sobre estado salud bucodental población geriátrica. (77)

CONCLUSIONES

- 1 -El Programa de Intervención Educativa aplicado en este estudio logra elevar los conocimientos sobre salud bucal y la calidad de vida de los ancianos portadores de prótesis total.
- 2 -Se desarrollaron habilidades en cuanto a hábitos correctos de higiene, uso y cuidado de la prótesis, la importancia de alargar la vida útil de la prótesis, así como la importancia de visitar al estomatólogo una vez al año y de realizar el auto examen bucal.
- 3 -Permitió la formación de valores en relación a la adquisición de hábitos positivos lo cual convertirá a los ancianos en promotores de salud al transmitir lo aprendido a la comunidad y familiares.
- 4 -Las experiencias adquiridas durante la intervención, nos permitirá al personal de la salud elevar la cultura en el manejo del adulto mayor.

RECOMENDACIONES

- 1- Utilizar esta intervención Educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en el anciano portador de prótesis total como parte del Programa del Adulto Mayor.
- 2- Incrementar las orientaciones sobre salud bucal en el adulto mayor por parte de los Estomatólogos vinculando al Médico y a los promotores de salud de la familia como parte del Programa de Estomatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Romero Cabrera A.J. En Asistencia Clínica al Adulto Mayor. Colección Salud. Primera impresión. Ed Universo Sur, 2007, pp 31- 41.
- 2.- Sosa M. Entrevista a la funcionaria de la Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública. [Biblioteca virtual en línea] <<http://saludparalavida.sld.cu>> [Consulta: 12 abrís 2006].
- 3.- Saez Carreira R. Carreira Piloto VD. Delgado Moreno JE. Gerontología un reto en Estomatología. Congreso de Estomatología [CD-ROM] La Habana: FECH; 2005.
- 4.- Budtz-Jørgensen E. Prosthodontics for the Elderly. Diagnosis and Treatment. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc., 2009.
- 5.- Roca Perara MA. Redes de apoyo social en el adulto mayor. [on line] Julio 2005 [consulta 16 de marzo de 2012] URL. Disponible en : <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=newsfile=article&sid=155>
- 6.- Abay Debs V. Calzadilla Estévez L. Barreras López A. García Nogueras D. Estrategia de Intervención Educativa en Salud bucal de la Comunidad. Congreso de Estomatología [CD-ROOM] La Habana: FECH; 2007.
- 7.- Más Sarabia MC. Espeso Nápoles N. Mulet García M. Estrategia Educativa para la Salud en la Casa de abuelos Amalia Simoni. Congreso de Estomatología [CD-ROOM] La Habana: FECH; 2005.
- 8.- Hábitos y salud bucodental [on line] [consulta 17 de enero de 2012]. URL. Disponible en: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/dental/habitos/.htm>
- 9.- Sosa M. Entrevista a la funcionaria de la Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública. [Biblioteca virtual en línea] <<http://saludparalavida.sld.cu>> [Consulta: 12 abril 2012].
- 10- Romero Cabrera A.J. En Asistencia Clínica al Adulto Mayor. Colección Salud. Primera impresión. Educación Universo Sur, 2010, pp. 31- 41.

11.- Piñeiro Medina AV. Contreras Pérez JM. La educación para la salud buco dental en el adulto Mayor. Policlínico “Santa Clara” Congreso de Estomatología [CD- ROOM] La Habana: FECH; 2005.

12.- Ochoa Soto R, Pérez Pérez F, Manual de Técnicas Participativas. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud; 2007.p 12-16.

13.- Menéndez Vázquez L. La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de prótesis estomatológica. Rev. Cubana Estomatol 2003; 40 (2) [Revista electrónica] <<http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol40-2-03/est07203.htm>> [Consulta: 7 abril 2005].

14- Abey Debs V. Calzadilla Estévez L. Barreras López A. García Noguerras D. Estrategia de Intervención Educativa en Salud bucal de la Comunidad. Congreso de Estomatología [CD-ROOM] La Habana: FECH; 2008.

15.- Más Sarabia MC. Espeso Nápoles N. Mulet García M. Estrategia Educativa para la Salud en la Casa de abuelos Amalia Simoni.Congreso de Estomatología [CD-ROOM] La Habana: FECH; 2008.

16.- Sanjurjo Álvarez MC, Berenguer M, González E, Salvador S, Delgado W. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en el adulto mayor del Consejo Popular “Los Maceos”, 2001. [Biblioteca virtual de la salud] <http://www.scu.sld.cu/gies-index.htm/> [consulta: 10 Abril 2012].

17.- Bolado Alfonso CA. Programa de Promoción de Salud en el consultorio “Sierra Maestra”.Congreso de Estomatología [CD-ROOM] La Habana: fecha; 2008.

18.- Espeso Nápoles N, Mulet García M, Muñoz Fernández L, Travieso Gutiérrez Y. Impacto del proyecto promotores de salud bucodental para la tercera edad en Camaguey. Archivo Médico de Camagüey 2006; 10 (6) ISSN 1025-0255. . [Biblioteca virtual en línea] <<http://saludparalavida.sld.cu>> [Consulta: 12 abril 2012].

19.- Pineiro Medina AV. Contreras Perez JM. La educación para la salud buco dental en el adulto Mayor. Policlínico “Santa Clara” Congreso de Estomatología [CD- ROOM] La Habana: FECH; 2008.

20.- Becquer Aguila JL. Velardes Almenares M. Gomez Ramos RM. Hacia un fomento de salud buco dental en un grupo de Gerontes. Congreso de Estomatología [CD-ROOM] La Habana: FECH; 2008.

21.- Cortés Martincorena J, Llodra Calvo JC. Salud Pública Bucodental. [Biblioteca virtual en línea]. [Consulta: 13 marzo 2012]. Disponible en <http://www.sespas.es/informe2002/cap14.pdf.htm>

22.- Menéndez Vázquez L. La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de prótesis estomatológica. Rev. Cubana Estomatol 2003; 40 (2) [Revista electrónica] <<http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol40-2-03/est07203.htm>> [Consulta: 7 abril 2012].

23.- Romero V. Las metas del milenio y el componente bucal de la Salud. [Biblioteca virtual en línea]. [Consulta: 12 enero 2012]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/44_2006
[met_milenio_componente_bucal_salud.asp.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_2_08/est10208.htm)http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_2_08/est10208.htm

24.- Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la Salud del Adulto mayor en Cuba. Dirección Nacional de Estadística. MINSAP [on line] [consulta 12 de Marzo del 2012] URL disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31205/sp06205.htm>

25.- Malagón Cruz Y. Guevara González A. Enfoques de la situación del adulto mayor. Cuba [on line] [[consulta 16 de noviembre del 2012] URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gen_Cuba/enfoque de la situación de salud delam.pdf](http://www.bvs.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gen_Cuba/enfoque_de_la_situacion_de_salud_delam.pdf).

26.- Torres Carbonell C. Figueredo Pérez MC. Proyecto de trabajo Educativo dirigido a pacientes con necesidades de aprendizaje sobre Cáncer Bucal.

Congreso de Estomatología [CD-ROOM] La Habana: FECH; 2005.

27.- - González Heredia E. Aspectos principales de la salud bucal en el adulto mayor en el Consejo Popular "Guillermón Moncada", 2005. [Biblioteca virtual de la salud]>[http://www.scu.sld.cu//publicaciones- electrónicas/artículos científicos. htm](http://www.scu.sld.cu//publicaciones-electronicas/articulos-cientificos.htm)> [consulta: 10 Marzo 2012].

28.- Fuster Torres M. Recomendaciones para la higiene de las prótesis bucales. [Biblioteca virtual en línea] <<http://www.salud.com/s/internaz-ida-12725-id-cat-104.htm>> [Consulta: 7 mayo 2007].

29.- Núñez de Villavicencio, F. Jerarquía de valores en la regulación de la conducta. En su: Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.- p.53.

30.- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de detección del cáncer bucal (PDCB).LaHabana:MINSAP; 2001.

31.- Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Ottawa. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud [Monografía en Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1986 [citado 2012 enero 25] Disponible a partir de: <http://www.paho.org/spanish/HPP/Ottawa CharterSp.pdf>.

32- La salud en los ancianos de América Latina y el Caribe.Bol.Of.Sanit Panam.2008, 104(6):1-4243.

33.- Otero Baxter Y. Lemus González L, Boyle Blbin H, Del Valle Zelenko O. Estado Nutricional y Adulto Mayor portador de prótesis. En: Congreso Internacional Estomatología. Ciudad de la Habana. Cuba: 19 al 22 de noviembre; 2005, p.25.

34-Ministerio de Salud de Cuba/Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Reunión Regional de Jefes de Programas de Salud Oral. 2006 [biblioteca virtual en línea]. [Consulta:

13marzo2012]. Disponible en <http://www.sld.cu/galerias/doc/uvs/saludbucal/relato.doc.htm> del uso de la misma. [Biblioteca virtual en línea] <<http://www.16deabril.sld.cu>> [Consulta: 9 febrero 2012].

35.- Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la Salud del Adulto mayor en Cuba. Dirección Nacional de Estadística. MINSAP [on line] 2005 [12 de noviembre del 2007] URL disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31205/sp06205.ht>,

36.- Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de la Habana.- [s, l: s.n], Versión 2009... P-158 anexo # 13.

37.- Velaverde Almenares M, Bequer Águila JL, González Ramos RM. Factores psicosociales y afecciones bucodentales del adulto mayor. Circulo de abuelos de la casa de la Cultura de Plaza. Octubre 2002 a marzo 2003. En: Congreso Internacional Estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba. 19 al 22 de noviembre; 2007; p.24.

38.- Orosa Fraiz T. Motivación y Longevidad Satisfactoria. 2005; [2 páginas] Disponible en: <http://www.trabajadores.cubaweb.cu/SuplementosSalud/120años/Teresa-Orosa.htm>. Consultado 20 dic., 2011

39- Torroella G. Lo importante es la personalidad que se es, no la edad que se tiene [on line] 2005 [consultado 15 de abril del 2012] URL disponible en: <http://salud para la vida. Sld.cu/modules.php? name=news&new topic=16>.

40.- Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev. Enferm. [On line] 2005 [consultado 12 de noviembre del 2012]; 21(3). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enfed305.htm.

41.- Luisa B Martín .El Adulto Mayor en la Familia.XLV Congreso Argentino Logopedia y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología de la USAL. on line consultado 3 Marzo 2012. Disponible

en:http://www.Salvador.edu/ua1_9pue01_1_07.html.

42.- Orosa Fraiz T. Motivación y Longevidad Satisfactoria. 2005; [2 páginas] Disponible en: <http://www.trabajadores.cubaweb.cu/SuplementosSalud/120 años/Teresa-Orosa.htm>. Consultado 20 dic, 2007.

43.- Hábitos y salud bucodental [on line] Mayo 2003 [17 de enero de 2007]. URL. Disponible en: http://www.msc.es/salud/epidemiologia/dental/habitos/.htm_

44.- Roca Perara MA. Redes de apoyo social en el adulto mayor. [on line] Julio 2005 [16 de marzo de 2007] URL. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=newsfile=article&sid=155>.

45- Agustín Paramino Rodríguez Conocimiento sobre la salud buco dental en personas pertenecientes a tres círculos de abuelos. San Cristóbal. Estado Táchira. 2006

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/SaludOral.pdf>. [online] consultado [consultado 12 de Mayo del 2012]; 6(1). .

46.- Abella Hernández A, Núñez Antúnez L, González Heredia E. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adultos mayores del Hogar de Ancianos de Palmarito de Canto. MEDISA 2006; 10(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10-1-06/san03106.htm> [artículo en línea consultado 9 Abril 2012].

47.- Pérez Marques. El software educativo [Monografía en Internet]; 2006 [citado 2007 enero12]. Disponible en: [http://www.imi.ub.es/te/any06.marques software/ #](http://www.imi.ub.es/te/any06.marques%20software/#) capítulo 1.

48.- - Programa de atención Integral adulto mayor. 1999, [5 páginas] Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/principal.htm> [consultado 3 febrero, 2012].

49.- Limonta Vidal E, Araujo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares del tercer grado [artículo en línea]. MEDISAN 2000; 4(3): 9-15

<http://www.bvs.sld.cu/revista/san/vol4-3-00/san/4203-htm>[consulta: 14 noviembre 2007]

50.- Psicología de la Senectud Marco conceptual, Cátedra psicología general on línea 2006 fecha de acceso 17 dic 2007 disponible: [http://pdf Rincondelvago.com/Psicología-De la Senectud.html](http://pdf.Rincondelvago.com/Psicología-De%20la%20Senectud.html).

51.- Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. URL: [http://www.16 de abril.sld.cu](http://www.16deabril.sld.cu). Fecha de actualización 25 de Febrero del 2008.

52.- Instrucciones manejo y cuidados del adulto mayor. [Biblioteca virtual en línea] <www.infomed.es/colpont/protesistotal.pdf> [Consulta: 12 abril 2012].

53.- Berenguer M, González E, Villares O. La salud bucodental en la tercera edad [artículo en línea]. MEDISAN 1999; 3(4) <<http://www> [consulta: 10 agosto 2005].

54.- González Heredia E. Aspectos principales de la salud bucal en el adulto mayor en el Consejo Popular "Guillermón Moncada", 2005. [Biblioteca virtual de la salud]>[http://www.scu.sld.cu/publicaciones- electrónicas/artículos científicos. htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones-electronicas/articulos-cientificos.htm)> [consulta: 10 agosto 2007].

55.- Fariñas G, Chappi T. Tabaquismo. Morir de humo. [Biblioteca virtual de la salud] <http://www.bohemia.cubaweb.cu> [consulta: 14 agosto 2005].

56.- Pol Samalea L, Pol Samalea L, Turcaz Castellanos IM, Pérez Fariñas NA, Calzado de Silva ME. Estado de salud bucal en los adultos mayores de las casas de abuelos [Biblioteca virtual de la salud] [http://www.scu/publicaciones- electrónicas/artículos científicos. htm](http://www.scu/publicaciones-electronicas/articulos-cientificos.htm) [consulta: 10 agosto 2005].

57.- Turcaz Castellanos IM, Pol Samalea Leonor, Pol Samalea L, Navarro Nápoles I, Pérez Fariñas NA. Intervención educativa de salud bucal para gerontes institucionalizados [Biblioteca virtual de salud] [http://www.scu/publicaciones electrónicas/artículos científicos.htm](http://www.scu/publicaciones-electronicas/articulos-cientificos.htm)[consulta: 14 agosto 2005].

58.- Pardo Andrés G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del

envejecimiento. Rev. Cubana Invest Biomed 2003; 22(1).

59.- Zorrilla García AE. El envejecimiento y el estrés oxidativo. Rev. Cubana Invest Biomed 2003; 21(3):178-85.

60.- Sanabria TM Experiencia en la Aplicación de las Técnicas Participativas en la Clase Encuentro [on line] 2006 [fechas de acceso 18 dic 2007] Disponible en http://www.monografias.com/43Tecnicas Participativas/Técnicas _ participativas 2.shtml.

61.- Rodríguez García. Desarrollo de la edad adulta tardía o vejez [on line mayo 2007]. fecha de acceso 18 dic 2007 Disponible en <http://www.ubiobio./vitrina/envejecim.htm>.

62.- Brunetti RF, Montenegro FLB. Prótese total na terceira idade. Odontología [Sitio en Internet]. [Acceso el 6 Enero 2008] Disponible en: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=372&idesp=19&ler=s>

63.- Figueroa Verdecia DV, Abreu Vázquez MR, Villafranca Cubeta M, Figueroa Verdecia EA. Panorámica del envejecimiento en Cuba. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [on línea [consulta 30 de enero de 2012]; 2(3). URL disponible en: <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph.0305/hph03905.htm>

64.- Fong JA, Bueno HJ. Geriatria ¿Es desarrollo o una necesidad? [on line] 2002 [12 de noviembre del 2007]; 6(1). URL disponible en: <http://www.bvsi.sld.cu/revistas/vol6102/san/1102.htm>

65.- García Alpízar B. El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de las enfermedades bucodentales. Revista Cubana de Estomatología (La Habana) 37, (3): 176- 81, 2000. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/197>. [Buscar en Google Scholar]. Consulta 20 mayo 2012

66.- Rodríguez V, Arellano L, Zambrano R, Roldán MT. Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Revista

odontológica de los Andes [serie en Internet]. 2007[consulta 12 Marzo 2012]; 2(1):[aprox.16p].Avalablefrom:<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24831/1/articulo5.pdf>. [Buscar en Google Scholar]

67.- Programa de atención Integral adulto mayor. 1999, [Pág. 4-5] Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/principal.htm> [consultado 5 Enero 2012].

68.- Ministerio de Salud de Cuba/Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Reunión Regional de Jefes de Programas de Salud Oral (2006) [biblioteca virtual en línea]. <http://www.sld.cu/galerias/doc/uvs/saludbucal/relato.doc> [consulta: 13 marzo 2012]

69.- Cardozo de Pardi El, Pardi G, Perrone M, Salazar E. Detección de Cándida albicans en pacientes con estomatitis sub-protésica medicados con anfotericina tóxica. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet]. 2003[cited 10 Feb 2012]; 41(3): [aprox. 8p]. Avalable from: http://www.actaodontologica.com/41_3_2003/

70.- Rodríguez García L, Reyes Puig. A., Blanco Ruiz. A. Intervención educativa sobre la salud bucal en un círculo de la tercera edad http://www.scu/publicaciones_electronicas/articulos_cientificos.htm[Biblioteca virtual de salud] [consulta: 14 Enero 2012].

71.- Rangel Rivera J.C., Lauzardo García G. Quintana Castillo M. Gutiérrez Hernández M. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor Rev. Cubana Estomatol v.46 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2009.

72.- Jiménez Acosta A, Ceballo Guerra L. Consejos somos para toda la familia saber salud bucal. En: XIV Congreso Nacional de Estomatología. 1er Encuentro Odontológico del Caribe y I Simposio Internacional de Salud Bucal. Varadero:

Centro de Convenciones. Plaza América; 2002; 11.

73.- Núñez Antúnez L, Sanjurjo Álvarez MC, González Heredia E, Ramón Rodríguez A. Intervención Educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados en zona rural de Santiago de Cuba, en el periodo de 2005. MEDISAN. [Artículo en línea] [Consultado 3 Febrero 2012. 2012]; 10(1). [aprox.3p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_1_06/san03106.htm

74.- García Alpízar B. El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de las enfermedades bucodentales. *Revista Cubana de Estomatología (La Habana)* 37, (3): 176- 81, 2000.

75.- García Alpízar.B, Capote Valladares, Morales Montes de Oca.T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados .*Revista Finlay* Vol 2, No 1 (2012)

76.- Berenguer MC, Villares Pérez O, CoGouarnalussesuso Seoane C, Pérez Rodríguez A. La gerontología en el Consejo Popular “Los Maceos”. Policlínico Docente Dr. Carlos Finlay”. [MEDISAN] 2001 consulta on line [consultado 9 de marzo de 2012]; 5(1): 20-4 URL. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol5san04101.htm>.

77.- Pinzón .Sandra Arlette, María Victoria Zunzunegui. María Victoria *Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España*. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la auto percepción de la salud oral. Pág. 21-23 Consulta en line 23 Abril 2012.

78.- Salvatella Rosales MA. Condiciones y lesiones orales de una población anciana institucionalizada en Castellón España [Tesis]. Granada (Universidad de Granada): Facultad de Odontología; 2009.[cited 11 Mar 2012] Aavailable from: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/3494/1/18574609.pdf>. [Buscar en Google Scholar]

79.- Gonzáles Ramos, Rosa María et al. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Rev. Cubana Estomatol*, Mar 2010, vol.47, no.1, p.105-114. ISSN 0034-7507

80.- Lemus Cruz Leticia Maria; Triana. Katy Del Valle Selenenko. Oksana;

Fuertes Rufín. Liscary, Sáez Carriera .Rolando. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev. Cubana Estomatol v.46 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2009