



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional**

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EVALUACION DE ORIGINALIDAD



**CONSTANCIA:**

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al Informe Final de Tesis cuyo título es:

**Implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025**

Presentado por:

**Bach. ZAVALETA BALLARTA YAMILETH ANAIS**

Del nivel de PREGRADO de la Facultad de ODONTOLOGÍA, el resultado obtenido del porcentaje de similitud es el 0% por el cual se otorga el calificativo de:

**APROBADO**

Según Reglamento de Evaluación de Originalidad

El operador del programa informático evaluador de originalidad, aprueba el Informe Final de tesis por tener un porcentaje de similitud inferior a los límites establecidos por el reglamento.

Para dar fe se adjunta el reporte de similitud con el software de verificación de originalidad iThenticate.

Ica, 16 de julio de 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
  
D. JOSÉ BENIGNO GALANES RIVERA  
Director de la Unidad de Investigación

  
Abg. YESIKA YANNA HUMANI VALENCIA  
Operador del Programa Informático  
Evaluador de Originalidad  
Facultad de Odontología

16-07-2025 hrs: 8:40 a.m.

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025

Salud pública y conservación del medio ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

Bach. ZVALETA BALLARTA, YAMILETH ANAIS

Ica, Perú

2025

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser un ente de luz en mi camino, por escucharme y guiarme constantemente. A mi madre, por su apoyo y por su tiempo incondicional, con sus consejos aliviaban asperezas de la vida universitaria, principalmente su amor logro ser sostén importante en mi formación. A mi hijo, por su paciencia al esperar despierto, por sus pequeñas y cortas palabras, que han dado aliento en mis ultimas etapas de este arduo camino. A mis doctores, por compartir sus conocimientos con vocación y dedicación, e inspirarme a ser mejor profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por darme sabiduría suficiente y necesaria para culminar esta vida universitaria, por darme fortaleza y perseverancia.

A mi madre por ser ejemplo de resiliencia y sacrificios, por guiarme con su ejemplo lleno de valor, esfuerzo, responsabilidad y dedicación.

A mi hijo por ser mi pedacito de cielo, que calmo mis momentos de angustias por una sonrisa, por ser mi acompañante en mis noches de desvelo.

A la Dra Rosario por ser mi guía en mi vida universitaria y proporcionarme un abrazos y consejo durante mi formación académica.

A mis pacientes que confiaron en mi durante mis prácticas, por cada uno de ellos contribuyo a mi aprendizaje y crecimiento como futura odontóloga.

Finalmente, a la Clínica Dental Cristo Rey por brindarme la confianza y el apoyo para el desarrollo de mi tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	v
ÍNDICE DE FIGURAS .....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT .....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA .....	30
RESULTADOS.....	36
III. DISCUSIÓN .....	42
IV. CONCLUSIONES .....	46
V. RECOMENDACIONES .....	47
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
VII. ANEXOS .....	59

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025	36
<b>Tabla 2.</b> Índice de higiene oral de los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025 .....	38
<b>Tabla 3.</b> Nivel de higiene de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025.....	40
<b>Tabla 4.</b> Prueba de normalidad.....	73
<b>Tabla 5.</b> Impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025 (Grupo experimental). ..	41
<b>Tabla 6.</b> Impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025 (Grupo control). .....	74
<b>Tabla 7.</b> Prueba U de Mann – Whitney de pre-test .....	74
<b>Tabla 8.</b> Prueba U de Mann – Whitney de pos-test.....	74

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal.....	36
<b>Figura 2.</b> Índice de higiene oral de los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal.....	39
<b>Figura 3.</b> Nivel de higiene de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal .....	40

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El edentulismo es una alteración bucal crítica en adultos mayores, y el uso de prótesis parcial removible (PPR) es una opción accesible y saludable. Y solo cepillarse es erróneo y perjudicial para la conservación de la PPR. **OBJETIVO:** determinar el impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores con prótesis dentales removibles. **MATERIALES Y MÉTODOS:** un diseño cuasiexperimental con grupo control y grupo experimental (40 participantes cada uno), seleccionados intencionalmente de la clínica dental Cristo Rey. Se aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento y una ficha de recolección de datos para evaluar la higiene oral e higiene de las prótesis, antes y después de una intervención de un mes y medio que incluyó sesiones educativas y talleres prácticos; se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas (Wilcoxon y Mann-Whitney) para analizar los datos. **RESULTADOS:** El programa tuvo un impacto positivo y estadísticamente significativo en el grupo experimental ( $Z = -5,456$ ;  $p < 0,001$ ), observándose refinamiento en el nivel de conocimiento (el 50% alcanzó un nivel "bueno"), en la higiene oral (el 47,5% mejoró a un nivel "bueno") y en la higiene de las prótesis (el 12,5% alcanzó un nivel "bueno"). El grupo control permaneció sin cambios relevantes ( $Z = -1,498$ ;  $p > 0,05$ ). **CONCLUSION:** el programa "Mejor salud bucal para los ancianitos" demostró ser efectivo para mejorar la salud bucal de los adultos mayores portadores de prótesis removibles.

**Palabras clave:** Anciano fragil; intervención educativa compensatoria; prótesis parcial removible; salud bucal.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Edentulism is a critical oral condition in older adults, and the use of removable partial dentures (RPD) is an affordable and healthy option. Brushing alone is both inaccurate and detrimental to the preservation of the RPD. **OBJECTIVE:** to determine the impact of implementing an oral health prevention and care program in older adults with removable dentures. **MATERIALS AND METHODS:** a quasi-experimental design with a control and experimental group (40 participants, respectively), purposively selected from the Cristo Rey Dental Clinic. A questionnaire to assess knowledge and a data collection form to evaluate oral hygiene and denture hygiene were administered before and after a one-and-a-half-month intervention that included educational sessions and practical workshops. Nonparametric statistical tests (Wilcoxon and Mann-Whitney) were used to analyze the data. **RESULTS:** The program had a positive and statistically significant impact on the experimental group ( $Z = -5.456$ ;  $p < 0.001$ ), with improvements observed in the level of knowledge (50% achieved a "good" level), oral hygiene (47.5% improved to a "good" level), and denture hygiene (12.5% achieved a "good" level). The control group remained unchanged ( $Z = -1.498$ ;  $p > 0.05$ ). **CONCLUSION:** the "Better Oral Health for the Elderly" program proved effective in improving the oral health of older adults with removable dentures.

**Keywords:** Frail elderly; compensatory educational intervention; denture, partial, removable; oral health.

## I. INTRODUCCIÓN

Internacionalmente, la expansión de la población de adultos mayores (AM) y el subsiguiente declive de la salud general dificultan la preservación de la higiene oral, sobre todo en lo que respecta al cuidado de prótesis dentales. Esta deficiencia puede provocar o agravar problemas de salud como patologías bucales, desnutrición, y enfermedades respiratorias, cardíacas y gástricas (1).

“La Organización Mundial de la Salud” (OMS) confirmó que alrededor de 1,000 millones de individuos mayores de 60 años sufren de pérdida de dientes, lo que equivale aproximadamente el 13% de la población global. Este hecho, relacionado con el envejecimiento poblacional, representa una trascendental barrera para el sistema de salud público y la satisfacción de este grupo (2).

El edentulismo (ED), una frecuente alteración bucal en AM, constituye un tema crítico en el contexto sanitario público. De manera similar, existe una correlación entre el ED y la deficiencia nutricional, afectando significativamente el nivel de vida; si bien las prótesis dentales son el tratamiento habitual, su uso puede afectar la capacidad masticatoria y la nutrición adecuada en los ancianos (3). Por lo tanto, la higiene y la vigilancia precisa en el manejo de las prótesis resulta fundamental para su conservación y para prevenir la multiplicación de microorganismos infecciosos (4).

Latinoamérica enfrenta actualmente una profunda desigualdad en el acceso a la salud, creando inequidades que ponen en riesgo el futuro, una salud oral adecuada es un constituyente esencial del bienestar general. La falta de recursos económicos impide que muchas personas en estas regiones que han perdido piezas dentales puedan acceder a tratamientos de reemplazo (5). Si bien las prótesis dentales removibles son una opción accesible, su cuidado adecuado es crucial. La creencia común de que solo se necesita cepillarlas con pasta dental es errónea y perjudicial para su conservación (6).

Un análisis realizado en Ecuador mostró una alta prevalencia de ED en AM, el 78.5% de los residentes de un centro geriátrico tenían ED total, y el 21.39% utilizaba prótesis parciales, con deficiencias en la higiene bucal. Otro estudio en República Dominicana encontró que solo el 28% de los participantes tenían prótesis en estado adecuado; el 72% restante presentaba prótesis en condiciones desfavorables, con un 51.62% mostrando inflamación moderada y problemas periodontales. Estos resultados destacan la importancia de la atención estomatológica especializada para AM, incluyendo prótesis adecuadas para propiciar un cambio positivo importante en el nivel de vida (2).

En Perú una investigación reveló que el ED es más común en poblaciones de ingresos reducidos y regiones urbanas marginadas, sobre todo en lugares con acceso restringido a servicios odontológicos. En estos grupos, la prevalencia del ED alcanza el 72% en la tercera edad, con un 59.6% necesitando tratamiento protésico (7).

En función a lo anterior, la estomatología preventiva y la promoción de la salud bucodental son vitales para incrementar el estatus de vida, especialmente en AM que usan prótesis parciales removibles (PPR). Es crucial que estos AM aprendan prácticas básicas como el cuidado adecuado de la prótesis, la higiene bucal, un suministro alimenticio saludable, suprimir hábitos perjudiciales y la educación sobre salud oral (8). Para lograr esto, los programas educativos de salud bucal juegan un papel vital; estos programas deben ser accesibles para toda la población, especialmente para grupos vulnerables como los AM, quienes con regularidad presentan dificultades para recibir atención estomatológica (9).

Los centros de salud se presentan como espacios clave para promover la salud oral en este grupo de edad, mediante métodos pedagógicos adaptados a sus necesidades y estrategias de concientización, con la meta de estimular el mantenimiento adecuado de la prótesis y las prácticas de higiene oral diaria. Al incorporar la integridad bucodental en los programas de formación y de salud para AM, se pueden generar cambios significativos en sus hábitos y prácticas, optimizando su bienestar general y plenitud de manera sostenida (10).

Finalmente, a nivel local se ha observado en los pacientes de edad avanzada de la Clínica Dental “Cristo Rey” una higiene deficiente de las prótesis dentales, producto de la falta de información y prácticas incorrectas, generando molestias como inflamaciones, procesos infecciosos e incluso alteraciones a la salud general. Por ello, para potenciar la salud bucal y el bienestar integral de este grupo, se implementó un programa de prevención y cuidado bucal dirigido específicamente a este grupo.

A partir del escrutinio de la situación problemática, se planteó la siguiente cuestión principal: ¿Cuál es el impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025? En concordancia con dicha interrogante, se articularon tres preguntas específicas que facilitaron la indagación de aspectos clave vinculados al fenómeno investigado: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025?; ¿Cuál es el índice de higiene oral de los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, antes y después de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025?; ¿Cuál es el nivel de higiene de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025?

El proceso investigativo tuvo como visión no solo cerrar la brecha de entendimiento local sobre este asunto sanitario, sino también impulsar futuras investigaciones y estrategias de prevención dirigidas a reconfigurar positivamente el estándar vital del AM que utiliza prótesis dentales removibles, según sus necesidades esenciales.

Desde un enfoque teórico, la investigación representó un avance importante en el área de la odontología, al profundizar en la comprensión de cómo la educación en el cuidado de prótesis dentales removibles puede mejorar el bienestar bucodental de las personas mayores. Inspirado en la “Teoría del Aprendizaje Social” (TAS) de Albert Bandura, se buscó explorar en detalle cómo procesos como el modelado, el refuerzo, la autoeficacia y las expectativas moldean la adquisición y mantenimiento de comportamientos de cuidado oral adecuados (11,12).

A nivel procedimental, la investigación adoptó un diseño cuasiexperimental que permitió evaluar de manera rigurosa la efectividad del programa de intervención. A través de un enfoque cuantitativo y longitudinal, se recopilaron datos tanto antes como después de la implementación del programa, lo que permitió evaluar las transformaciones en el conocimiento de los pacientes y en sus hábitos de higiene bucal. Esta metodología proporcionó resultados claros y confiables sobre el impacto del programa, creando las condiciones para investigaciones futuras en esta disciplina de la salud.

En el ámbito práctico, los resultados de esta investigación tuvieron un impacto directo en la práctica clínica diaria, al proporcionar a los profesionales de la odontología herramientas y estrategias efectivas para educar a sus pacientes en el cuidado de las prótesis dentales removibles. Lo anterior derivó en una mejora sustancial del bienestar bucodental del AM, optimizar la conservación de las prótesis y reducir la incidencia de problemas orales asociados a su mal uso.

Desde una perspectiva social, al mejorar el conocimiento y las prácticas de higiene oral de los pacientes AM que usan prótesis dentales removibles, la investigación contribuyó a aumentar su satisfacción con la vida y a favorecer un envejecimiento pleno. Además, al fomentar un enfoque preventivo en la gestión integral de la salud estomatológica, se benefició a toda la comunidad.

Se configuró como objetivo primario de la investigación determinar el impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025. Derivado de lo expuesto, se plantearon los objetivos particulares siguientes: Determinar el nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025; evaluar el índice de higiene oral de los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025; y evaluar el nivel de higiene de las

prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025.

Relacionado a los precedentes y estudios previos internacionales, **García B, et al 2023**, en Cuba estudiaron la influencia de las acciones educativas sobre el empleo de prótesis dental en los AM que reciben atención en la consulta de prótesis. Este estudio cuantitativo, de diseño cuasiexperimental, contó con un tamaño de muestra censal de 41 participantes. Los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario a efectos de examinar el grado de conocimiento y una guía de observación para el registro de los hallazgos. Inicialmente, solo un 21,95% de los pacientes demostraba un conocimiento adecuado sobre cómo cuidar su prótesis dental; sin embargo, después de recibir la educación correspondiente, este porcentaje experimentó un aumento notable, alcanzando el 92,68%. Asimismo, la higiene eficiente de las prótesis aumentó significativamente de 17,07% a 87,81%. Los resultados evidenciaron que la intervención fue altamente efectiva a fin de consolidar tanto el aprendizaje como las conductas higiénicas en AM (13).

**García P, et al 2023**, en México analizaron la influencia de una obra de teatro en el conocimiento de salud oral en AM. Este estudio cuantitativo, de diseño cuasiexperimental, contó con un tamaño de muestra de 100 participantes seleccionados por conveniencia. Mediante una encuesta se valoró los conocimientos sobre higiene bucal, caries y halitosis. Los resultados mostraron mejoras significativas en aspectos como: cuándo visitar al dentista (incremento del 37,2%;  $p=0,004$ ), uso del hilo dental (aumento del 25,9%;  $p=0,001$ ), tiempo adecuado para cambiar el cepillo dental (incremento del 22,4%;  $p=0,002$ ) y ubicación de las caries (aumento del 19%;  $p=0,016$ ). En contraste, no hubo cambios significativos en el conocimiento del concepto de caries ( $p=0,070$ ), cepillado de la lengua ( $p=0,179$ ) o causas de la halitosis ( $p=0,432$ ). Los hallazgos sugieren que, aunque la intervención fue efectiva en ciertas áreas, se requieren estrategias focalizadas para mejorar aspectos específicos y optimizar las campañas de salud bucal en esta población (14).

**Overgaard C et al 2022**, en Dinamarca contrastaron la efectividad de un modelo de cuidado bucal compartido frente a un programa estándar en residentes de hogares de ancianos, evaluando los niveles de placa e inflamación oral. Este estudio cuantitativo, de diseño experimental, incluyó a 145 participantes en el grupo de intervención y 98 en el grupo control, cada uno elegido aleatoriamente. Los datos se recopilaron mediante la observación, cuestionarios e inspecciones clínicas, complementados con evaluaciones del estado físico, mental y el índice de placa mucosa. A los tres y seis meses, el grupo de intervención mostró reducciones significativas en placa e inflamación gingival (OR ajustados: 11,8 y 11; respectivamente) en comparación con el grupo control; en contraste, en el seguimiento posterior, las diferencias entre ambos grupos desaparecieron. Para lograr mejoras sostenibles, se requiere un enfoque que incluya cambios organizacionales y un compromiso a largo plazo con la atención bucodental (15).

**Rodríguez M, et al 2022**, en Cuba analizaron el éxito de una intervención educativa para fomentar una buena salud oral en pacientes con prótesis parciales. Este estudio cuantitativo, de diseño preexperimental, contó con una muestra no aleatoria de 50 participantes. Los resultados se recolectaron por medio de un cuestionario y una guía de observación, empleando el “Índice de placa de Löe”. Antes de la intervención, solo el 6% de los pacientes mostraba un buen conocimiento sobre el uso y conservación de sus prótesis, el 30% tenía una higiene bucal eficiente y el 8% mantenía una adecuada higiene de sus prótesis; sin embargo, Tras la intervención, estos porcentajes mejoraron notablemente, alcanzando el 52%, 82% y 68%, respectivamente. “La Prueba de Wilcoxon”, demostró la efectividad del programa, mostrando disparidades significativas estadísticas ( $p < 0,05$ ) en el nivel de conocimiento ( $Z=2$ ;  $p=0,004$ ), la eficacia del cepillado ( $Z=2$ ;  $p=0,008$ ) y la higiene de las prótesis ( $Z=2$ ;  $p=0,00$ ) (16).

**Robaina E, et al 2021**, en Cuba realizaron una intervención educativa en salud oral para la población AM con prótesis. Este estudio cuasiexperimental incluyó una muestra de 63 AM seleccionados por conveniencia. Los datos se recopilaron empleando un formulario de recolección de datos, la evaluación clínica y el “Índice de higiene oral de Love”. Inicialmente, el 55,6% presentaba higiene bucal deficiente y el 66,7% higiene deficiente en sus prótesis; tras la intervención, la higiene bucal eficiente aumentó al 96,8% y la higiene de las prótesis al 92,1%. Asimismo, antes de la intervención, la mayoría de los AM (93,7%) desconocían la higiene bucal adecuada para ellos y sus prótesis; similarmente, un porcentaje significativo (82,5%) desconocía el uso y cuidado correcto de las prótesis, y casi todos (98,4%) desconocían las lesiones asociadas al uso de prótesis. Después de la intervención, el conocimiento sobre el uso y conservación de las prótesis, aumentó al 100%, mientras que el conocimiento sobre la higiene bucal y las lesiones asociadas al uso de las prótesis se elevaron a 98,4% y 95,2%, respectivamente. El estudio demostró una alta efectividad en la mejora de conocimientos y prácticas de higiene oral en AM. (17).

**Rieche E, et al 2021**, en Cuba valoraron el resultado positivo de una intervención educativa en salud bucodental implementado en una casa de AM. Este estudio cuantitativo, de diseño preexperimental, contó con un tamaño de muestra de 60 participantes elegidos por un muestreo aleatorio simple. Los datos fueron recopilados mediante un cuestionario para poder examinar la competencia cognitiva. Antes de la intervención, el 72,5% de los AM presentaron un conocimiento "bajo" sobre salud bucal, el 27,5% un conocimiento "medio", y el 0,0% un conocimiento "alto". Después de la intervención, estos porcentajes cambiaron significativamente: el conocimiento "bajo" disminuyó a 10,0%, el "medio" a 15,0%, y el "alto" aumentó a 75,0%. Esto corrobora una mejora cuantificable en la alfabetización en salud bucodental tras la intervención (18).

**Ming J, et al 2021**, en Malasia investigaron si una nueva aplicación web progresiva mejora el conocimiento y la higiene bucal, incluyendo el cuidado de prótesis en pacientes. Este estudio cuantitativo, de diseño cuasiexperimental, contó con un tamaño de muestra de 52 pacientes elegidos a través de un muestreo de técnica aleatoria, 26 sujetos para el grupo experimental y 26 para el grupo control, estos últimos recibieron instrucción verbal. Los datos fueron recopilados mediante el uso de un aplicativo web llamado “Guía de prótesis dentales y bucales”, un cuestionario autoadministrado, el “Índice de placa de Loe” y el “Índice gingival de Silness”. La intervención educativa mejoró significativamente el conocimiento y la higiene bucal, incluyendo el cuidado de las prótesis, en ambos grupos ( $p < 0,001$ ); sin embargo, el grupo que utilizó la aplicación mostró una mejoría aún mayor en la salud gingival a los tres meses ( $p = 0,008$ ). Estos resultados sugieren que las aplicaciones móviles son una herramienta efectiva para educar a los pacientes de la tercera edad acerca del mantenimiento de prótesis dentales (19).

**Amat M, et al 2021**, en Cuba diseñaron e implementaron una estrategia de orientación en atención estomatológica para AM, enfocada en la reducción de riesgos y consolidación de la salud bucal. Este estudio cuantitativo, de diseño cuasiexperimental, contó con un tamaño de muestra no aleatoria de 190 participantes con patologías orales. La información fue reunida utilizando un cuestionario para valorar los conocimientos y la evaluación clínica para determinar la distribución de las patologías. Inicialmente, menos de la mitad (42,1%) poseía un conocimiento aceptable, mientras que una mayoría significativa (57,8%) mostraba un conocimiento no aceptable; tras la intervención, se observó una mejora sustancial, con más de dos tercios (68,4%) alcanzando un nivel de conocimiento aceptable; sin embargo, una minoría persistente (31,5%) aún requiere mayor instrucción. El programa demostró ser eficaz en elevar el conocimiento general, pero indica la necesidad de estrategias adicionales para abordar las brechas de conocimiento restantes (20).

**Hee K, et al 2020**, en Corea del Sur investigaron los impactos de un programa formativo sobre el bienestar bucal mediante el uso de un manual diseñado para personas de 65 años o más. Este estudio cuasiexperimental incluyó tres grupos: intervención I ( $n=36$ ), intervención II ( $n=35$ ) y control ( $n=31$ ), seleccionados de manera probabilística. Los hallazgos se obtuvieron mediante un cuestionario que evaluó dimensiones como conductas en salud oral, conocimiento en salud oral, reconocimiento de problemas bucales, impacto en salud bucal e índice de evaluación de salud oral geriátrica; además, se realizó un examen oral que midió el “Índice de O’Leary”, el “índice de recubrimiento lingual” y los “Índices gingivales de Loe-Silness”. Ambos grupos de intervención mostraron mejoras significativas, el grupo I aumentó su conocimiento de salud bucal en 3,52 puntos y su reconocimiento de problemas bucales en 3,47 puntos, mientras que el “Índice de O’Leary” disminuyó en 0,21 y el recubrimiento lingual en 0,69. El grupo II presentó resultados aún más destacados, aumentos de 4,48 en conocimiento y 3,97 en reconocimiento de problemas

bucales, junto con reducciones de 0,32 en el “Índice de O’Leary” y 2,10 en el recubrimiento lingual (21).

**Torrecilla R, et al 2020**, en Cuba determinaron el rendimiento de una intervención educativa de salud oral dirigida a AM. Este estudio cuantitativo, de diseño cuasiexperimental, contó con una muestra de 60 participantes elegidos intencionalmente, sin grupo control. Los datos fueron recopilados mediante la “Encuesta nacional de conocimiento sobre salud bucodental” y el “Índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillion”. Antes de la intervención, la mayoría de AM presentaba conocimientos insuficientes sobre salud bucal general (53,2%) y cuidado de prótesis dentales (60,8%), junto con una actitud desfavorable (63,3%); después de la intervención, se observaron mejoras significativas: el 82,3% mostró conocimientos suficientes en salud bucal general, el 87,3% en cuidado de prótesis y el 92,4% adoptó una actitud favorable. En relación a las prácticas de higiene bucal, el porcentaje de participantes con buena higiene aumentó del 32,9% al 91,1%, mientras que la higiene regular y mala disminuyeron al 5,1% y 3,8%, respectivamente. Estos datos indican que la intervención educativa causó un avance constatado en ambas áreas (22).

La escasez de estudios nacionales y locales sobre la salud bucal en AM usuarios de prótesis removibles, limitó la inclusión de mayores precedentes en este análisis. La mayoría de las investigaciones disponibles son de carácter meramente descriptivo, sin que se propongan ni evalúen estrategias orientadas a mejorar la salud oral de este grupo poblacional; por ello, se evidencia imperiosa necesidad de implementar estudios que no solo diagnostiquen, sino que también implementen y evalúen intervenciones específicas en este ámbito.

La investigación se respaldó en un conjunto de teorías que explican el impacto de las intervenciones educativas en la adquisición de conocimientos y la reorientación de prácticas de higiene oral en la población AM usuaria de PPR. Estas bases teóricas proporcionan un entendimiento profundo de los mecanismos a través de los cuales los programas de prevención y cuidado bucal influyen positivamente en la salud oral de este grupo específico; asimismo, dichos modelos teóricos permitieron un abordaje integral y contextualizado del problema, considerando las particularidades de la población estudiada y las implicaciones de las intervenciones propuestas.

La “Teoría del aprendizaje social” (TAS) replantea la interiorización de información, afirmando que esta no se limita al condicionamiento operante, sino que incluye el modelado conductual como mecanismo de aprendizaje. Bandura enfatizó la reciprocidad entre factores conductuales, cognitivos y ambientales en el aprendizaje observacional, remarcando la importancia de la atención, retención y motivación en la adquisición de nuevas expresiones de comportamiento a través de la imitación (11). En este marco interpretativo, la adquisición de conocimientos se

entiende como una trayectoria progresiva de interacción social, en el cual los individuos adquieren repertorios conductuales, actitudes y respuestas a través de la observación de otros. Lo percibido se interioriza cognitivamente y posteriormente se traduce en conductas propias, sin que sea imprescindible una vivencia directa de la experiencia (12).

La TAS integró enfoques del conductismo y del cognitivismo, ofreciendo una visión más holística sobre cómo las personas construyen saberes, configuran creencias y adoptan disposiciones actitudinales, aún en ausencia de estímulos reforzadores directos. Bandura argumentó que el contexto ejerce un rol estratégico en la dinámica del aprendizaje y en la configuración de patrones conductuales. A través de la observación de referentes o modelos, los individuos tienen la capacidad de incorporar destrezas, reformular comportamientos adquiridos o asumir nuevas disposiciones actitudinales. El aprendizaje observacional es esencial para el desarrollo humano, permitiendo la transmisión intergeneracional de conocimientos y habilidades (23).

El “Modelo de Creencias de Salud”, desde su concepción, se ha establecido como un referente teórico fundamental desde la óptica de la intervención psicológica en salud para interpretar las conductas implicadas en la educación sanitaria y la prevención de condiciones clínicas. Este modelo, basado en principios cognitivos, postula que dichas conductas son el resultado de las creencias y evaluaciones personales que el individuo aplica a una situación específica. El modelo se organiza sobre el supuesto central de que la conducta humana se basa en dos variables principales: la valoración individual de un objetivo específico y la percepción de la probabilidad de alcanzar ese objetivo mediante una acción determinada (24).

Por otro lado, el “Modelo de Creencias de Salud” propone que la conducta en relación con la salud o la enfermedad depende de la interacción entre la propensión individual a la acción y la percepción de las barreras implicadas. Una elevada motivación para actuar, combinada con una percepción mínima de obstáculos, incrementa la probabilidad de adoptar conductas de prevención o cuidado. Por el contrario, una motivación baja junto a la presencia de barreras significativas se erige como impedimentos para la acción. Cuando tanto la motivación como las barreras son intensas, surge un conflicto interno que puede llevar a la evitación del problema, a la búsqueda de distracciones o a respuestas emocionales fuertes, como la ansiedad, dificultando así una toma de decisiones lógica y eficaz. En resumen, el modelo se basa en un proceso de evaluación personal de costos y beneficios, donde el individuo pondera la eficacia de una acción y sus posibles consecuencias negativas (25).

El “Modelo Transteórico del Cambio” (MTT) explora los procesos de modificación conductual integrando sistemáticamente los elementos comunes a diversas perspectivas psicológicas. Su aplicabilidad se extiende a ámbitos como el consumo problemático de sustancias, los trastornos de ansiedad, la reducción de riesgo de contagio de infecciones sexuales y el cumplimiento de

tratamientos farmacológicos, entre otros comportamientos relacionados con la salud. El MTT se estructura en cuatro pilares: “los procesos de cambio”, “las etapas de cambio”, “el equilibrio decisional” y “la autoeficacia” (26).

Los procesos de cambio comprenden una serie de acciones, tanto deliberadas como automáticas, orientadas a transformar conductas. Asimismo, las etapas del cambio conductual, según este modelo, se desarrollan a través de una secuencia de etapas: precontemplación (falta de reconocimiento del problema), contemplación (ambivalencia), preparación (decisión de actuar), acción (implementación de cambios) y mantenimiento (prevención de recaídas). La inclusión de la recaída como etapa adicional no es universalmente aceptada (27).

El equilibrio decisional, de acuerdo con el MTT, destaca la evaluación de beneficios y obstáculos; por ende, a medida que la persona avanza por las distintas etapas del cambio, su percepción sobre las ventajas y desventajas de modificar una conducta también se transforma, influyendo directamente en su disposición para actuar. Por último, en este marco, la autoeficacia representa la percepción subjetiva de control y dominio para gestionar situaciones de riesgo sin recurrir a comportamientos perjudiciales (27).

La evidencia científica respalda la existencia de una estrecha vinculación entre la salud oral y el funcionamiento sistémico del organismo, reflejada en la coincidencia de factores de riesgo entre patologías como la diabetes mellitus y la periodontitis, junto con enfermedades del sistema cardiovascular y respiratorio. La desnutrición ilustra claramente esta interconexión, ya que incrementa la susceptibilidad a la periodontitis, compromete la integridad de los tejidos dentales y agudiza las lesiones cariosas; de igual manera, el tabaquismo se erige como un indicador de vulnerabilidad significativo, favoreciendo el surgimiento de cáncer oral, enfermedad periodontal (EP) y malformaciones faciales congénitas. La asociación entre patologías bucales y hábitos de vida que promueven enfermedades crónicas configura un problema de salud pública de relevancia (28).

Asimismo, la salud bucodental, según consensos internacionales como los de la OMS y la “Federación Dental Americana”, trasciende la estética; es un pilar fundamental del bienestar general. Una cavidad oral sana se define por la ausencia de dolor, cáncer oral, infecciones, periodontitis y caries, facilitando la masticación, el habla y la expresión facial, impactando positivamente en la esfera psicosocial (29). En el caso de los AM que usan prótesis removibles, la salud oral ideal se distingue por la ausencia de procesos patológicos, molestias funcionales o sensaciones displacenteras, asegurando una deglución eficiente, una morfología facial armónica y una comunicación interpersonal sin restricciones; tal estado demanda tanto la conservación estructural de los tejidos orales como la utilización adecuada y el mantenimiento sistemático del aparato protésico (30).

La OMS corrobora esta concepción de la salud bucodental como componente esencial del bienestar general, promoviendo esta perspectiva en las regulaciones internacionales. Esta visión se materializa en directrices como las “Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud” y el “Programa de Salud Bucal Global”, donde la OMS fomenta la articulación de lineamientos públicos preventivos y el reforzamiento de los programas de salud bucodental, integrando esta perspectiva en los sistemas sanitarios. Asimismo, en su esquema de acción priorizado “Salud para todos en el siglo XXI”, se pone en relieve la trascendencia de formar profesionales en salud pública con la disposición técnica para adoptar un enfoque de salud promotora e integral a lo largo del curso de vida (31,32).

La “Declaración de Shanghai” sobre intervenciones de salud promotoras destaca que la proactividad en el cuidado de la salubridad exige cambios en las tendencias actitudinales, comportamentales y de vida cotidiana. Un entorno que fomente el desarrollo personal y social es esencial para el cambio de estas dimensiones que promueve la OMS, tendientes a consolidar entornos saludables y sostenibles. Para ello, se deben desarrollar estrategias que proporcionen conocimientos sobre salud y sus factores influyentes (32).

Por ende, la salud oral, en concordancia con el bienestar holístico, no se circunscribe a la atención asistencial directa, sino que se encuentra ineludiblemente modulada por factores socioculturales y económicos que influyen en la capacidad de respuesta y calidad percibida de los sistemas sanitarios. El bienestar bucodental exige una perspectiva que trasciende lo individual, requiriendo un compromiso social que asegure el acceso equitativo a la prevención y a los servicios de salud eficaces, sin barreras derivadas del estatus económico o social (33).

El conocimiento se construye mediante un proceso intencional y activo de aprendizaje sobre las propiedades de un objeto o fenómeno. Se trata de una información personal y subjetiva, compuesta por métodos, ideas, datos, teorías, análisis, pruebas y juicios de valor, cuya exactitud y utilidad pueden variar (34). La adquisición de un conocimiento exhaustivo en salud bucodental se configura como un factor causal en la adopción de conductas proactivas en salud, mediado por variables sociodemográficas y el estado de salud oral. Este conocimiento incrementa la probabilidad de que se lleve a cabo un proceso deliberativo informado y propicia el acceso oportuno a la asistencia odontológica preventiva (35).

Las prácticas pueden definirse como procedimientos orientados a la solución de problemáticas concretas, que requieren la intervención competente de un profesional. Este, en su rol de agente experto, aplica de manera recurrente sus conocimientos y habilidades para enfrentar situaciones que demandan respuestas técnicas, ya sea en escenarios individuales o en dinámicas grupales (36).

El eje central de la práctica se orienta hacia el proceso formativo, con el propósito de fortalecer en los individuos un repertorio amplio de competencias que contribuyan al desarrollo social y les

capaciten para afrontar eficazmente desafíos contemporáneos de diversa naturaleza, en el marco de un entorno cada vez más complejo. En el ámbito específico de la salud bucal, este enfoque resulta esencial para que las personas desarrollen las competencias cognitivas y procedimentales necesarias que les permitan afrontar y prevenir eficazmente diversas condiciones que comprometan su bienestar oral, con prescindencia de sus condiciones particulares (37).

Existe una correlación entre las disfunciones orales y la disminución del desempeño funcional en las actividades básicas, tanto en el entorno laboral como en el doméstico; esta relación se ve exacerbada por la presencia de ciertas comorbilidades que aumentan la vulnerabilidad a padecer afecciones bucales durante el trayecto vital, concretamente en la senectud. La capacidad de regeneración orgánica se reduce en la vejez, etapa caracterizada por un proceso de deterioro fisiológico que incrementa la susceptibilidad a enfermedades crónicas (38).

La senescencia humana da lugar a múltiples alteraciones acumulativas, irreversibles y progresivas en la boca, lo que la hace más susceptible a sufrir daños traumáticos e infecciones. Si bien se ha identificado cierta interdependencia entre la salud oral y el estado general del organismo, la vinculación más significativa entre las afecciones bucales y las enfermedades crónicas no transmisibles obedece, en gran medida, a la presencia de condiciones de riesgo compartidas. En el caso de los AM, una condición bucodental deteriorada suele coexistir con un compromiso general de la salud sistémica, incidiendo de forma perjudicial en su estabilidad y satisfacción vital (39).

Con el avance de la edad, se acumulan múltiples experiencias conexas al cuidado global de la salud y la salud oral. Una higiene deficiente favorece la aparición de caries y EP que, en ausencia de intervención oportuna, pueden desencadenar la pérdida dental. Otra consideración importante es que los AM aún perciben el deterioro del sistema masticatorio como un proceso intrínseco y definitivo del envejecimiento, situación que disminuye la preocupación por el autocuidado oral e incide en su equilibrio físico y emocional (40).

Una variedad de condiciones influye, de forma directa o mediata, sobre la salud del sistema estomatognático y pueden poner en riesgo la integridad del organismo. No obstante, enfermedades orales como la inflamación periodontal, las lesiones por caries dental, el desarrollo de neoplasias orales, las infecciones en la boca, la ausencia completa de piezas dentales y las rehabilitaciones protésicas deterioradas contribuyen a complicar las patologías crónicas sistémicas en la población adulta avanzada (41).

Varias enfermedades sistémicas se manifiestan a través de alteraciones bucodentales; por ejemplo, el hipertiroidismo puede provocar osteoporosis en los huesos maxilares, glositis (ardor en la lengua) y erosión dental. La acromegalia se presenta con mayor incidencia durante la cuarta década de la vida, sin mostrar preferencia por alguna raza o región geográfica, también presenta

manifestaciones orales; en el hiperparatiroidismo pueden aparecer lesiones quísticas mandibulares, únicas o múltiples. En el caso de la diabetes, es común encontrar manifestaciones orales como EP, caries dentales, reducción de flujo salival, lesiones tipo liquen plano, infecciones micóticas orales, mayor susceptibilidad a agentes patógenos y ED (42).

Las expresiones clínicas orales incluyen la hipertrofia de los maxilares acompañada de diastemas, como producto del crecimiento excesivo del cóndilo y del reborde alveolar; además, pueden observarse mucosa bucal más gruesa, expansión del tejido correspondiente a las glándulas salivales, lengua aumentada de tamaño, labios voluminosos, dolor facial de origen miofuncional y alteraciones del lenguaje asociadas a estas condiciones. La cirrosis del hígado es una condición sistémica con efectos adversos sobre la cavidad oral y representa una de las principales desencadenantes de muertes en AM entre 65 y 74 años; suele provocar alteraciones en la captación sensorial de compuestos saporíferos y aromáticos, interfiriendo de manera importante en los hábitos alimenticios (42).

Los trastornos articulares degenerativos de carácter crónico, como los que afectan huesos y articulaciones, se han vinculado con disfunciones de la articulación temporomandibular, incluyendo procesos como la artritis reumatoide, la osteoartrosis y el dolor miofacial, que se presentan en alrededor del 50 % de los AM. Algunas condiciones sistémicas musculoesqueléticas crónicas, como la osteopenia, osteoporosis, lupus eritematoso, artritis reumatoide y enfermedad de Paget, se vinculan con alteraciones orales debido a que incrementan el riesgo de deterioro del tejido óseo que sostiene las estructuras dentales (43).

Las manifestaciones orales del síndrome de Sjögren y de la artritis reumatoide incluyen hipofunción glandular, que conduce a xerostomía, afectando negativamente actividades cotidianas como ingerir alimentos y articular palabras. Es común que, en casi el 50 % de los pacientes, se manifieste una dilatación de la glándula parótida, generalmente con patrón simétrico y curso repetitivo; además, la xerostomía se asocia con trastornos cardiovasculares y neuropsiquiátricos. Gran parte de la población AM consume regularmente fármacos cuyos efectos adversos comprometen la salud bucal, particularmente al reducir la secreción salival (43).

La disparidad en el acceso a la atención dental, condicionada por factores raciales y socioeconómicos, genera una significación adversa en la salud bucodental y el confort físico y emocional de los ancianos. Si bien se reconoce la labor de diversas organizaciones orientadas a potenciar la salud integral de los AM mediante diagnósticos y tratamientos adecuados, aún subsisten deficiencias significativas en la provisión asistencial en salud a esta población a nivel global (40).

Partiendo de una concepción de salud que incluye el bienestar subjetivo físico y psicológico, así como la capacidad funcional y la autonomía en las actividades diarias, se reconocen determinantes

positivos que se relacionan con una mayor probabilidad de conservar una buena salud oral. El interés actual por el cuidado estético de la dentición y el bienestar psicológico en personas mayores resalta el rol fundamental de la salud oral en la conservación de una vida plena y en la promoción de su salud integral (44).

Dentro de su campo de acción, la estomatología geriátrica abarca tanto los trastornos de la cavidad oral como las condiciones sistémicas persistentes y las alternativas terapéuticas dirigidas a la población AM. Con el envejecimiento, las alteraciones orales se vuelven más prevalentes y complejizan la labor del profesional odontólogo, ya que tanto el deterioro bucodental como las posibles actitudes desfavorables del AM pueden afectar de manera significativa su estado de salud bucal. La implantación de prácticas preventivas adecuadas, mediante una exhaustiva labor educativa dirigida a la población de edad avanzada, en conjunción con el acceso efectivo a los servicios odontológicos, resulta fundamental para la obtención de resultados duraderos en materia de salud bucodental (45).

Considerando que el deterioro cognitivo y funcional propio del envejecimiento afecta progresivamente la función de preservación de una adecuada atención de la salud bucal, y que este proceso suele ir acompañado de una merma en los recursos económicos, resulta esencial que las demandas relacionadas con el bienestar bucodental sean atendidas desde las etapas iniciales del envejecimiento. Frente a la perspectiva de un eventual deterioro bucal, se vuelve necesario implementar un abordaje clínico que establezca condiciones orales funcionales y estables, con capacidad de defensa ante la aparición de caries y afecciones inflamatorias. Se hace necesaria, por ello, una planificación odontológica que integre estrategias para alcanzar y conservar una dentición estable durante el proceso de envejecimiento. Con el incremento de la dependencia en los AM, la atención bucodental se restringe, en muchos casos, a medidas paliativas enfocadas en mitigar el dolor, contener infecciones y facilitar el mantenimiento de los vínculos sociales y el ejercicio activo de roles comunitarios significativos (46).

La inteligencia práctica, entendida como el saber adquirido a través de vivencias previas, suele verse comprometida en el AM, lo que representa para el profesional odontólogo múltiples consideraciones clínicas que inciden en la elección de una rehabilitación con prótesis (47):

- En determinadas circunstancias, el profesional se ve en la necesidad de priorizar una prótesis que el paciente pueda manipular con destreza, aunque no represente la solución protésica más adecuada según los criterios técnicos, antes que diseñar una prótesis ideal que exceda sus capacidades de adaptación y control (47).
- En casos donde el AM nunca ha sido portador de prótesis, es probable que experimente obstáculos durante el proceso de adaptación a una rehabilitación total (47).

- Un abordaje excesivamente acelerado del proceso rehabilitador puede comprometer su éxito clínico y funcional (47).
- El control neuromuscular previamente adquirido mediante el uso de prótesis anteriores facilita la integración y manejo de una nueva rehabilitación protésica (47).

Se produce una declinación paulatina de las habilidades visoespaciales, siendo particularmente comprometida la interpretación de estímulos complejos. Durante la rehabilitación protésica, puede observarse que aquellos pacientes que nunca han utilizado una prótesis enfrentan una marcada dificultad para procesar adecuadamente los estímulos sensoriales emitidos por las estructuras orales, sean naturales o artificiales. La instauración de un patrón motor automatizado puede representar un desafío prolongado. Resulta bastante frecuente que personas mayores que han sufrido la pérdida dental pasada la sexta década de vida, y que no han aprendido a mantener la estabilidad de sus prótesis, vuelvan esporádicamente al especialista con diversas explicaciones sobre la imposibilidad de usarlas de manera continua (48).

En la población AM, tanto la exactitud como la atención presentan deterioro, lo que obliga al odontólogo a considerar que puede resultar complicado lograr adherencia a las pautas de higiene oral y protésica. Aunque dichas indicaciones estén adaptadas a su estado actual, es común que sean vistas como arduas o innecesarias por el paciente (49).

El avance de la edad puede conllevar a una disminución en la velocidad o fluidez para llevar a cabo actividades psicomotoras, sin que esto suponga una merma en la destreza adquirida o en la competencia funcional. La claridad en la exposición de las instrucciones es esencial para los adultos mayores, quienes tienden a experimentar dificultades para entender problemas con estructuras abstractas complejas. Para que los pacientes comprendan adecuadamente, el odontólogo debe ofrecer instrucciones claras y concisas, empleando oraciones simples, recomendándose que la información sobre higiene bucal, prótesis y cuidados postoperatorios sea proporcionada por escrito. Por otra parte, cualquier actividad odontológica implicará para el paciente una mayor dedicación temporal para su comprensión y ejecución (49).

Predominantemente, las enfermedades tratadas por los odontólogos presentan un curso crónico con daños permanentes; no obstante, ciertas alteraciones agudas en la mucosa oral y algunas pulpitis pueden sanar por sí solas o responder favorablemente al tratamiento. Las exacerbaciones agudas de caries y de la EP representan el diagnóstico inicial más recurrente en los AM. La resolución efectiva de estas situaciones es un elemento clave en la organización del tratamiento odontogeriatrico (47).

La planificación del tratamiento odontológico en AM requiere una perspectiva holística; es crucial considerar no solo la salud bucal, sino también el estado cognitivo, la movilidad, las capacidades comunicativas, la medicación, el pronóstico de vida y la historia de tratamientos dentales previos

para determinar la mejor estrategia terapéutica. Las diversas condiciones propias de la edad y las modificaciones biológicas, patológicas, sociológicas y psicológicas que ocurren durante el proceso de envejecimiento deben ser integradas como factores que potencialmente pueden modificar el plan de tratamiento y su desarrollo (50).

Corresponde al odontólogo brindar recomendaciones sobre el tratamiento más conveniente, sin embargo, la decisión última debe recaer en el paciente, quien debe elegir sin sentirse presionado. Para que el tratamiento tenga éxito, es indispensable que el AM esté motivado, pues sin ello no se producirá la adaptación requerida. La motivación es un factor clave para alcanzar buenos resultados, siempre que el nivel de esfuerzo solicitado sea compatible con las habilidades del paciente; si se le exige en exceso, puede surgir una presión familiar que conduzca a la inestabilidad funcional y a la pérdida del éxito terapéutico (51).

Aunque no lo verbalice de forma directa, la persona mayor anhela formar parte del tratamiento, manifestando sus requerimientos, opiniones y señalando fallos que atribuye a intervenciones previas de otros profesionales. El odontólogo debe contar con preparación en torno a las problemáticas psicológicas presentes en el adulto mayor para llevar a cabo una psicoterapia adecuada en las fases previa y posterior al tratamiento, dado que las múltiples características que presenta este grupo influirán de forma crucial en la evaluación clínica, en la organización terapéutica y en la efectividad del tratamiento, previniendo posibles impactos psicológicos adversos (52).

Durante un largo período, los odontólogos consideraron que el uso de prótesis, ya fueran parciales o completas, era inevitable en los AM, centrando su atención únicamente en los aspectos técnicos de dicha rehabilitación. Ese enfoque ha experimentado una transformación, ya que en el presente se considera a AM que aún poseen numerosas piezas dentarias funcionales y aspiran a preservarlas por un período prolongado. Así, las exigencias de tratamiento para estos individuos se vuelven más complejas y deben ser interpretadas en relación con el efecto que tienen sobre su bienestar integral. Lo anterior implica un alza significativa en la incidencia de caries y EP, y plantea la dificultad de cómo llevar a cabo la rehabilitación oclusal, sobre todo en pacientes de edad avanzada (52).

Conforme avanza la edad, la autonomía en el autocuidado tiende a deteriorarse; por ello, la formación en salud bucal debe orientarse tanto a los AM como a quienes asumen su cuidado, ya sean profesionales o personas del entorno familiar. Para comunicar información, se recurre a la exposición verbal cara a cara en el consultorio y al empleo de textos informativos (53).

La prevención en salud dental en esta etapa de la vida tiene como propósito asegurar una función bucal competente y una vida con estándares adecuados de calidad. Para frenar el desarrollo de afecciones dentales como las lesiones cariosas e inflamaciones a los tejidos periodontales, es

indispensable una correcta limpieza bucal cotidiana junto con intervenciones profesionales. Todo AM debería contar con una rutina estructurada de cuidado bucal diario, diseñada en función de su situación clínica y su autonomía funcional, que incluya el cepillado y medidas coadyuvantes como dentífricos con flúor, enjuagues fluorados y limpieza interdental (53).

A través de procedimientos como la profilaxis, el raspado dental y el tratamiento con flúor, el profesional contribuye notablemente al decrecimiento de la carga de patologías en la cavidad oral. La atención dental preventiva móvil resulta fundamental para ancianos en centros de larga estada con problemas motores y cognitivos, al asegurarles el acceso a cuidados que promueven la conservación de su dentadura, la funcionalidad bucal y mejoran su calidad de vida. Estudios en hogares de ancianos muestran que la implementación de programas de higiene oral, con cepillado frecuente y atención odontológica regular, disminuye las enfermedades bucales, las complicaciones de neumonía, y mejora la salud física y cognitiva de los residentes; esta evidencia refuerza la necesidad urgente de formar a los cuidadores en las mejores prácticas de higiene oral y mantenimiento protésico (54).

La reducción de la destreza manual y la agudeza visual que acompaña al envejecimiento puede hacer que numerosos AM eviten realizar el cepillado dental manual y el cuidado interdental. Este hecho supone un obstáculo mayor, ya que la reaparición de lesiones cariosas modula notablemente en la pérdida de éxito de las restauraciones; asimismo, una higiene oral inadecuada en un paciente vulnerable a las EP puede desencadenar la pérdida de la inserción periodontal y favorecer el desarrollo de patologías periimplantarias. Mantener altos estándares de higiene bucal es un desafío en los AM si se considera el impacto del ED o la inclinación de los ellos, la recesión, los dientes muy restaurados y la presencia de PPR (55).

Se vuelve indispensable promover una rutina exhaustiva de saneamiento protésico, dado que es frecuente que los usuarios ignoren las superficies de acoplamiento con dientes y tejidos blandos, lo que desencadena procesos lesivos de índole cariosa y periodontal. El empleo de PPR multiplica por seis la probabilidad de desarrollar lesiones cariogénicas en las raíces de las piezas contiguas. La aplicación de tintes reveladores sobre la prótesis permite detectar de forma visual las zonas donde el cepillado ha sido ineficaz, estos colorantes tiñen intensamente las áreas con mayor presencia de placa, destacándose en azul sobre el fondo rosado del acrílico. Esta técnica resulta especialmente práctica para enseñar a los AM a mejorar su rutina de limpieza, enfocándose en los puntos más descuidados; del mismo modo, se debe orientar a los pacientes sobre cómo utilizar estos colorantes también en sus dientes restantes tras retirar la prótesis, lo que les permitirá identificar con mayor precisión las zonas que necesitan una limpieza más cuidadosa (6).

Para AM con dificultades en la coordinación o movilidad, el cepillo eléctrico puede ser una herramienta útil, utilizada de manera exclusiva o en conjunto con el cepillado manual, para

mejorar el control de placa. Se ha evidenciado que los cepillos eléctricos con movimientos oscilantes y rotatorios superan en eficacia a los manuales en la remoción de placa, disminuyendo así el riesgo de patologías cariosas y periodontales. Los modelos actuales de cepillos eléctricos ofrecen prestaciones como control de presión, detección de áreas no cepilladas y sistemas temporizadores, que favorecen una limpieza más completa; asimismo, sus mangos ergonómicos y de mayor grosor resultan más cómodos de manipular que los de los cepillos manuales convencionales (56).

Seleccionar un dentífrico adecuado implica tener en cuenta el riesgo individual de caries, lo cual orienta la decisión sobre la cantidad óptima de fluoruro en su composición. El fluoruro de estaño estabilizado ha demostrado ser eficaz en la prevención de la acumulación de biofilm en AM, al interferir con los procesos metabólicos de las bacterias orales y limitar su capacidad de replicación celular a lo largo del tiempo (57).

Cuando existen dificultades para higienizar las áreas interdetales, los agentes químicos antiplaca pueden ofrecer un apoyo complementario en la prevención de enfermedades bucales. Una estrategia efectiva de higiene oral domiciliaria puede incluir el uso combinado de un cepillo eléctrico, un dentífrico con agentes antimicrobianos y un enjuague bucal antibacteriano posterior al cepillado, optimizando así la reducción de la carga bacteriana. Los beneficios pueden incrementarse sustancialmente cuando se emplean múltiples abordajes terapéuticos cuyos principios activos muestran interacción aditiva o sinérgica en su acción sobre el biofilm (57).

Una exposición prolongada y constante al agua con niveles óptimos de flúor favorece la incorporación de este mineral en las superficies radiculares, lo que se asocia con una disminución de entre el 30 % y el 75 % en la prevalencia de caries radicular en AM. La eficacia de los programas preventivos en la disminución de la caries dental en adultos mayores puede variar en función del tipo de fluoruro empleado. La aplicación de dentífricos con 5000 ppm y barnices con 22 600 ppm de fluoruro ha mostrado una capacidad significativamente mayor para remineralizar y revertir caries radicular en adultos mayores, en comparación con dentífricos y barnices de concentración estándar (1100 ppm y 14 500 ppm), abarcando desde individuos independientes hasta ancianos frágiles y discapacitados (58).

A medida que las personas envejecen, se observa un aumento en la proporción de casos con retracción gingival. La recesión en adultos jóvenes generalmente es localizada, pero en AM se extiende de forma amplia e incluye la pérdida de las papilas interproximales; por ende, los individuos septuagenarios presentan una alta prevalencia de pérdida en la inserción clínica. El manejo de la recesión gingival en personas mayores suele limitarse a evitar su avance, reservando los procedimientos quirúrgicos para aquellos pacientes que expresen un deseo explícito de mejorar la estética (59).

La recesión gingival que surge por un cepillado incorrecto o por procedimientos de desbridamiento realizados por el dentista puede ser contenida mediante la instrucción en técnicas adecuadas de higiene oral, haciendo énfasis en el uso de cepillos con cerdas suaves o ultrasuaves para minimizar el daño adicional. En situaciones donde la retracción gingival es consecuencia del proceso natural de envejecimiento, las intervenciones señaladas no alcanzan a evitar su evolución continua (59).

La continuidad terapéutica a largo plazo en individuos con patología periodontal avanzada ha mostrado buenos resultados, aunque su aplicabilidad en la población de edad avanzada, principalmente en los que sobrepasan los 80 años, permanece incierta. Adicionalmente, los estudios sobre el poder predictivo de las profundidades de sondaje residuales luego de intervenciones periodontales no invasivas en adultos mayores son limitados (60).

La integridad periodontal está claramente vinculada al grado de cumplimiento del paciente en el control de la biofilm oral de forma independiente y en el seguimiento del mantenimiento periodontal posterior a la terapia restauradora. La literatura disponible señala que los diferentes componentes dentales actúan de forma análoga al esmalte en la adhesión de la placa, lo que puede desencadenar inflamación gingival (60).

El manejo clínico de pacientes con pérdida parcial de piezas dentales y desgaste severo en sus denticiones se está volviendo más frecuente, ya que la población mayor conserva sus dientes naturales, los cuales suelen presentar evidencias de desgaste normal asociado a la edad. Cuando el desgaste dental avanzado se combina con ED parcial, pueden surgir complicaciones tanto en la función masticatoria como en la apariencia facial, junto con una disminución en la dimensión vertical oclusal (61).

Para compensar la pérdida de dientes y tejidos, así como para restablecer la dimensión vertical, se recurre a prótesis removibles como prótesis parciales y sobredentaduras. En ciertos casos de desgaste dental extremo, la prótesis puede extenderse para cubrir los dientes erosionados hasta la línea gingival, con el fin de restablecer y conservar la dimensión vertical que se ha perdido. En la población AM, esta es una estrategia eficaz para restaurar la dimensión vertical, especialmente en casos con un riesgo elevado de caries que podría afectar con rapidez los materiales de resina (62).

En ciertas situaciones, la prótesis removible se opta por ser un tratamiento menos agresivo, reversible y económicamente accesible. Cuando el desgaste es muy avanzado y la prótesis se transforma en una sobredentadura, esta puede emplearse como un medio para aplicar flúor en los dientes que aún permanecen. Se identifican como posibles desventajas la disminución estética al extraer las prótesis; el riesgo de caries y EP vinculado a la falta de higiene oral; y daños en el material de revestimiento, tales como fracturas, desprendimientos, pérdida de color y desgaste (63).

Cuando existe alguna enfermedad sistémica o xerostomía, es necesario establecer controles cada tres meses, que incluyan una revisión detallada del entorno bucal y facial, así como un análisis de la prótesis en busca de desgaste u otros cambios estructurales. Para evitar la aparición de caries recurrente en las piezas dentales remanentes, es fundamental instaurar una rutina rigurosa de higiene oral, que incluya el uso de dentífricos y colutorios con elevados niveles de flúor; asimismo, la prótesis puede servir como medio de aplicación para geles o barnices fluorados (64).

Además, pueden emplearse como herramienta temporal para analizar cómo el paciente se ajusta funcional y psicológicamente a la dimensión vertical restaurada, antes de optar por soluciones protésicas irreversibles. A lo largo del ensayo funcional con la prótesis, debe monitorearse activamente la aparición de desgaste inusual, signos de disarmonía mandibular o cualquier reacción de hipersensibilidad muscular. Las superficies masticatorias perdidas debido al desgaste dental pueden ser reconstruidas utilizando acrílico o resina integrados en la prótesis removible, o incluso formar parte del armazón metálico de la misma (65).

Cuando no es factible recurrir a rehabilitaciones fijas o implantoportadas, ya sea por limitaciones biológicas, financieras o por elección del propio paciente; la PPR se presenta como una alternativa funcional, capaz de reponer la anatomía perdida, recuperar la eficiencia al masticar y favorecer una fonación adecuada. La elección de una PPR puede ser prioritaria en casos de brechas edéntulas amplias que descartan una rehabilitación fija convencional, así como en pacientes que rechazan o no son candidatos a implantes dentales, o cuando existe pérdida significativa del reborde alveolar y se requiere compensación estructural para restituir la eficiencia funcional (66).

Por otro lado, se consideran candidatas a tratamiento con PPR aquellas situaciones donde no es factible alcanzar una posición dentaria ideal por limitaciones inherentes al uso de implantes, donde el paciente presenta dificultades funcionales o higiénicas, o en casos de defectos maxilofaciales de gran magnitud que demandan mecanismos de estabilización bilateral. También es aplicable en individuos con un estado periodontal comprometido (67).

Los esquemas prototípicos de las PPR, según las cuatro “clases de Kennedy”, se estructuran sobre tres pilares esenciales: el soporte funcional, la estabilidad mecánica y la retención del dispositivo en cavidad oral. Cuando el pilar distal de una PPR presenta afectación periodontal, suelen implementarse ajustes al diseño protésico convencional para optimizar su funcionalidad y longevidad. Es fundamental que el retenedor minimice el efecto de palanca sobre el pilar dental, además de permitir la modificación posterior de la prótesis con la inclusión de un diente acrílico, evitando la necesidad de reconstrucción total. La importancia de este enfoque radica en que, conforme avanza la edad, las habilidades motoras, cognitivas y el estado sistémico pueden decaer,

favoreciendo la pérdida de dientes; en consecuencia, la reparación de la prótesis se presenta como una solución más económica y práctica que su sustitución total (68).

La evidencia más actual no revela diferencias significativas en los resultados clínicos ni en la salud periodontal entre los variados diseños de retenedores en PPR, ni en las tasas de caries o movilidad dental relacionadas con su uso. En relación con los conectores mayores, se observó una mayor movilidad dental asociada al uso de barras linguales en comparación con conectores cingulares; además, las prótesis fabricadas en cromo-cobalto mostraron una menor incidencia de fracturas frente a aquellas elaboradas en titanio o acrílico (6).

Investigaciones indican una predilección por las PPR tradicionales entre los pacientes, sobre todo AM, debido a su menor precio, simplicidad y duración del tratamiento, a pesar de su deficiente fijación. Las prótesis fijas múltiples, por su parte, reportan altos niveles de satisfacción. Si bien los tratamientos con implantes ofrecen una estética superior, su elevado coste, la demanda de prótesis removibles, la complejidad del procedimiento, el tiempo involucrado y los riesgos quirúrgicos restringen su adopción generalizada en la población de edad avanzada (69).

A pesar de la implementación de diversas estrategias, la cobertura de servicios de salud bucodental para la población anciana a nivel mundial resulta insuficiente; no obstante, la calidad humana y profesional de los equipos de salud oral se percibe positivamente por este grupo etario. La evolución demográfica, caracterizada por el envejecimiento, junto con las limitaciones estructurales del sistema odontológico, han determinado una situación de exclusión social y sanitaria para los AM (45).

Un programa de prevención y cuidado bucal es una propuesta de intervención que integra componentes educativos y clínicos para promover prácticas sostenibles de salud oral y minimizar el riesgo de enfermedades orales (9). Estos programas de mejora en odontología, fundamentadas en modelos como el de creencias sobre la salud, buscan optimizar la salud bucal, tanto individual como comunitaria, mediante estrategias que favorecen el aprendizaje y la modificación de conductas. En el contexto de AM, estas intervenciones: enseñanza de técnicas de higiene oral y concienciación sobre visitas dentales regulares, se centran en modificar comportamientos relacionados con la salud bucal y su impacto en la salud general, abordando la prevención de caries y EP (70).

La medición del éxito de una intervención educativa en salud oral resulta esencial, empleando métodos de evaluación tanto diagnósticos (durante su desarrollo) como retrospectivos (una vez concluida). Utilizando instrumentos como encuestas, observaciones directas y registros de salud bucodental, se cuantifican los resultados (incremento en la comprensión, alteraciones conductuales), contrastándolos con los objetivos preestablecidos. Este proceso permite discernir

los aspectos satisfactorios y aquellos que requieren optimización; la rigurosidad y precisión de los métodos empleados aseguran la exactitud de la evaluación (71).

Las sesiones formativas orientadas a la salud e higiene oral tienen como finalidad desarrollar competencias en la población respecto al mantenimiento bucodental, abordando no solo la prevención de afecciones prevalentes, como lesiones cariosas, procesos inflamatorios gingivales o periodontales; sino también la incorporación de procedimientos efectivos de limpieza, entre ellos técnicas mecánicas y auxiliares. De igual modo, fomentan hábitos dietéticos compatibles con una salud oral óptima y refuerzan la necesidad del control clínico periódico. Estas acciones educativas, en su conjunto, buscan fortalecer la autonomía del individuo en la adopción de conductas protectoras, disminuyendo así la carga de enfermedad bucal (72).

Los talleres prácticos en higiene oral constituyen un componente esencial en la consolidación de aprendizajes teóricos, al facilitar la aplicación activa de los conocimientos adquiridos. Mediante ejercicios guiados como la ejecución correcta de técnicas de cepillado, el uso racional de dispositivos interdetales o la simulación de escenarios clínicos para la detección temprana de alteraciones bucales, se potencia el desarrollo de destrezas orientadas al autocuidado y se refuerza el compromiso con la salud bucodental (72).

En consecuencia, se formuló como hipótesis central que existe un impacto positivo y estadísticamente significativo del programa de prevención y cuidado de la salud bucal para adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025. Esta hipótesis partió de la premisa de que la intervención contribuirá a mejorar el conocimiento sobre el uso de las prótesis, así como la higiene oral y el estado de las mismas. Se reconoció, sin embargo, que para efectos del análisis estadístico se consideró también la hipótesis nula, la cual sostiene que no existe tal impacto significativo, siendo esta contrastada empíricamente a lo largo del estudio.

Las hipótesis específicas son necesarias cuando se busca establecer una relación causal o predictiva entre variables; en este caso, la ausencia de hipótesis específicas fue coherente con el enfoque descriptivo de los objetivos, que se limitaron a documentar el estado de las variables antes y después de la intervención, sin asumir una dirección específica del cambio (73).

## II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En cuanto al diseño metodológico, la investigación fue de tipo aplicativo, ya que se enfocó en la implementación práctica de un programa de prevención y cuidado bucal en AM portadores de prótesis dentales removibles, buscando no solo aportar conocimiento teórico, sino también generar soluciones efectivas para mejorar la higiene oral y la conservación de las prótesis en los pacientes. La visión consistió en aplicar el conocimiento en un contexto real para obtener resultados prácticos y tangibles que pudieran ser utilizados por profesionales en el área de la odontología (74).

El nivel de la investigación fue aplicativo, dado que, en el contexto de la gestión sanitaria comunitaria en odontología, se direccionó hacia el fortalecimiento de la integridad bucodental y la calidad percibida de vida en AM que utilizaron PPR (75).

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, ya que se buscó medir y analizar numéricamente las variables del estudio a través de datos objetivos y se comprobó la hipótesis planteada mediante métodos estadísticos, lo que permitió analizar los resultados de manera precisa y válida (75).

La investigación se llevó a cabo con un diseño cuasiexperimental, lo que implicó la presencia de un grupo de control y un grupo experimental. Los participantes no fueron asignados aleatoriamente, sino que se preseleccionaron según criterios específicos; además, fue posible aplicar la intervención en diferentes niveles o tiempos (76).

Finalmente, el corte del estudio fue prospectivo y longitudinal, lo que significó que se realizó un seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo, recogiendo datos en diferentes momentos para evaluar los efectos de la intervención y estudiar el cambio de las variables con el paso del tiempo (77).

Las variables del estudio fueron: “el programa de prevención y cuidado” y “la salud bucal” en AM portadores de prótesis dentales removibles. La variable independiente, también llamada variable causal, es aquella que el investigador manipula o introduce en el estudio con el fin de observar sus efectos (77). En este caso, se trató del programa de prevención y cuidado, definida operacionalmente como la implementación del programa para pacientes AM portadores de PPR, el cual se dio mediante sesiones formativas y talleres prácticos, cuya ejecución y efectos se evaluaron en distintos momentos del estudio.

Por su parte, la variable dependiente es aquella que recibe el efecto de la intervención; es decir, la que se espera que cambie o se modifique como resultado del programa aplicado (77). En este estudio, se trató de la salud bucal, definida operacionalmente como la variación en los resultados obtenidos entre la evaluación inicial y la evaluación posterior a la aplicación del programa, que refleja el impacto en la prevención y cuidado de la salud bucal en los AM. Esta variable fue

evaluada a través de tres dimensiones: “el conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles”, “el índice de higiene oral” y “el nivel de higiene de las prótesis”, lo que permitió medir objetivamente el impacto del programa en los participantes.

La unidad de análisis de la presente investigación estuvo constituida por cada paciente AM portador de PPR que acudió a la Clínica Dental “Cristo Rey” durante el año 2025. La población estuvo integrada por todos los AM que asistieron a dicha institución odontológica en el periodo de ejecución del estudio. De esta población, se seleccionó una muestra compuesta por 80 AM portadores de PPR, quienes fueron divididos en dos grupos de 40 participantes cada uno: grupo experimental y grupo control, permitiendo así la comparación de los hallazgos entre ambos. Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo intencional, eligiendo únicamente a aquellos pacientes que cumplieron con los criterios previamente establecidos por la investigadora, lo cual garantizó que los sujetos incluidos en el estudio presentaran las características específicas requeridas para el análisis (77,78).

Se consideraron como criterios de inclusión: pacientes AM que asistieron a la Clínica Dental “Cristo Rey” durante el año 2025; pacientes que fueron portadores de PPR; pacientes voluntarios del estudio que otorgaron su consentimiento informado; y aquellos que fueron capaces de comprender y responder al cuestionario de conocimiento. Por otro lado, se excluyeron del estudio aquellos pacientes que presentaron problemas cognitivos o psicológicos que impidieron la comprensión del consentimiento informado o el seguimiento adecuado del programa de cuidado bucal; quienes habían recibido un programa de prevención y cuidado bucal similar en los últimos seis meses; y quienes no asistieron a las citas de seguimiento programadas durante la intervención.

A fin de alcanzar los objetivos estimados en la investigación, se recurrió a dos técnicas de recolección de datos, que permitieron captar, desde perspectivas complementarias, tanto la conducta observable como el conocimiento declarado por los participantes. En primera instancia, se utilizó la observación clínica directa, entendida como una estrategia que implica una mirada estructurada y sistemática del comportamiento o condición física y clínica de los sujetos, lo que permite registrar fenómenos empíricos en tiempo real. Esta técnica resulta especialmente útil cuando se requiere valorar aspectos tangibles y verificables, como el estado higiénico de las prótesis dentales. Por otro lado, se empleó la encuesta, una técnica que permite explorar creencias, saberes, actitudes o percepciones mediante interrogantes formuladas con propósito específico; por ende, se constituye como una herramienta que recoge el discurso del participante, brindando una perspectiva subjetiva pero valiosa para el análisis (79).

El primer instrumento que se utilizó fue el cuestionario titulado "Adultos Mayores", desarrollado originalmente por Ccapcha (80) y adaptado y validado en Perú por Jiménez (81) en 2022. Este cuestionario presentó una alta validez (Aiken = 0.913), lo que indicó que los ítems fueron

relevantes y adecuados para medir lo que se propuso, y una buena confiabilidad (Kuder-Richardson = 0.700), lo que sugirió que el instrumento presentó una buena consistencia interna y evaluó de manera estable el constructo de interés.

La adaptación del instrumento dejó un total de 22 ítems distribuidos en dos dimensiones: "Desinfección y limpieza" (ítems 1–11) y "Conservación y percepción" (ítems 12–22). La escala de puntuación fue de 0 a 22 puntos, otorgando 1 punto por cada respuesta acertada; con ello, el nivel de conocimiento se clasificó en tres categorías: "malo" (0-14 puntos), "regular" (15-18 puntos) o "bueno" (19-22 puntos).

Adicionalmente, junto con el cuestionario, se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos adaptada por la investigadora, la cual permitió evaluar el índice de higiene oral de los pacientes y el nivel de higiene de las prótesis dentales removibles. En relación al estado higiénico protésico, se aplicó el criterio de la escala de Vigild (82), donde se estimó la cantidad de acumulación de placa bacteriana. A cada prótesis (superior o inferior) se le asignó un puntaje de 0, 1 o 2, en función de si estuvo limpia o si presentó una acumulación moderada o abundante de depósitos, respectivamente.

Los valores obtenidos por cada aparato protésico evaluado se sumaron para determinar el nivel de higiene de las prótesis dentales removibles: "mala" (2-4 puntos), "regular" (1 punto), "buena" (0 puntos). Si el paciente utilizó únicamente una prótesis parcial, se asignó un valor de 0, considerando únicamente el puntaje resultante de la evaluación de la prótesis que usó.

El índice de higiene oral simplificado, creado por Greene y Vermillion (83), se utilizó para evaluar la higiene bucal a través del análisis de la placa dental. Se incluyeron dos componentes: el índice de placa blanda y el índice de placa calcificada, y se clasificó según la cantidad de placa presente en las superficies de las estructuras dentarias. El cálculo final se obtuvo sumando los puntajes de cada superficie dental y dividiendo entre el número total de superficies examinadas, lo que dio un valor final de un índice de higiene "excelente" (0), "bueno" (0,1-1,2), "regular" (1,3-3,0), "malo" (3,1-6,0).

Dentro de los procedimientos desarrollados para llevar a cabo esta investigación, se consideraron tres fases principales: diagnóstico, intervención y evaluación post-intervención.

Antes del desarrollo de las actividades de campo, se realizaron las gestiones administrativas y éticas correspondientes, indispensables para garantizar la viabilidad y el rigor del estudio. En primer lugar, se elaboró un proyecto de investigación que fue presentado ante el comité evaluador de la institución correspondiente, cumpliendo con los requisitos metodológicos, éticos y legales exigidos. Luego de su revisión y análisis, el proyecto fue aprobado formalmente, permitiendo dar inicio a la ejecución del estudio. De manera paralela, se solicitaron y obtuvieron los permisos

necesarios ante la autoridad de la Clínica Dental participante, así como los consentimientos informados de los pacientes AM que decidieron formar parte del estudio. Solo una vez obtenida la aprobación institucional y el consentimiento voluntario de los participantes, se procedió a la aplicación de los instrumentos y técnicas de recolección de datos.

Durante la etapa de diagnóstico, en la fase inicial, se evaluó el conocimiento de los pacientes referente al cuidado de prótesis dentales mediante el cuestionario seleccionado, el cual abordó temas como el uso adecuado de la prótesis, los cuidados requeridos para su mantenimiento y la necesidad de reemplazo. Los participantes fueron divididos en dos grupos: experimental y control; el grupo experimental recibió capacitación, mientras que el grupo control sirvió como grupo de comparación. Posteriormente, se evaluó la limpieza de las prótesis y el índice de higiene oral de ambos grupos utilizando un agente revelador de placa; los datos fueron recolectados en una ficha diseñada específicamente para este fin.

En la etapa de intervención, tras la evaluación inicial, se implementó un programa de prevención y cuidado bucal denominado “Mejor salud bucal para los ancianitos”, con el propósito de optimizar la salud bucodental de los pacientes AM parcialmente edéntulos. Este programa se desarrolló en un período estimado de un mes y medio, y consistió en sesiones o talleres prácticos de aproximadamente 10 a 15 minutos cada uno. Los participantes, asignados aleatoriamente en 4 grupos de 10 personas, recibieron sesiones de capacitación y talleres demostrativos, realizando un total de 5 jornadas educativas.

En la primera sesión, titulada “Importancia de la salud bucal en adultos mayores”, se buscó sensibilizar a los pacientes sobre la importancia del cuidado adecuado de las prótesis dentales removibles y su impacto en la salud bucal general.

Durante la segunda sesión, “Cuidados de las encías y la boca en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles”, se instruyó a los pacientes sobre la importancia del cuidado de las encías y las estructuras que sostienen la prótesis.

La tercera sesión, “Hábitos saludables para la salud bucal”, fomentó en los pacientes hábitos saludables que contribuyeran al bienestar de su salud bucal y general.

En la cuarta sesión, denominada “Uso y mantenimiento de las prótesis dentales removibles”, se enseñaron las técnicas correctas de uso y limpieza de las prótesis.

Finalmente, en la quinta sesión, “Mantenimiento y prevención de problemas comunes de las prótesis dentales removibles”, se brindaron estrategias preventivas para maximizar la durabilidad de las prótesis y evitar problemas frecuentes como desajustes o desgaste.

En la etapa post-intervención, al finalizar la intervención, se aplicó nuevamente el mismo cuestionario a los pacientes de ambos grupos para evaluar los cambios en su nivel de conocimiento acerca del cuidado de las prótesis dentales. Además, se repitió la evaluación del estado de las prótesis dentales y del índice de higiene oral para determinar la eficiencia del cepillado.

Para el análisis estadístico, los datos fueron ingresados y organizados en el programa Microsoft Excel 2018; posteriormente, fueron procesados utilizando el software SPSS versión 27. Con el objetivo de evaluar la efectividad del programa, se aplicó la “Prueba de Kolmogorov-Smirnov”, acorde al tamaño de la muestra, a fin de determinar si los datos seguían una distribución paramétrica o no paramétrica. De acuerdo con los resultados obtenidos, se procedió a la contrastación de la hipótesis mediante la “Prueba U de Wilcoxon”. Los resultados se presentaron en forma de tablas o gráficos, con la finalidad de facilitar su interpretación.

El presente estudio adhirió completamente a los principios éticos de la “Declaración de Helsinki” e “Informe Belmont”, asegurando la salvaguarda de los derechos, la dignidad y el bienestar de la población AM participante. En línea con las directrices bioéticas internacionales, se aplicaron rigurosamente los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (84).

Se garantizó la autonomía de los participantes mediante la obtención de un consentimiento informado, donde se describió con claridad y sencillez la naturaleza, objetivos y procedimientos del estudio, incluyendo los posibles riesgos y beneficios, así como el derecho a la retirada voluntaria sin consecuencias negativas. La participación fue completamente voluntaria, libre de presiones o coerciones (85).

Se priorizó la no maleficencia, evitando cualquier procedimiento que pudiera causar daño físico, psicológico o social a los participantes. Todas las etapas del estudio se realizaron con seguridad y respeto, adaptándose a las necesidades de la población AM y protegiendo su integridad como grupo vulnerable (86).

Se buscó la beneficencia ofreciendo al grupo experimental un programa educativo para mejorar el conocimiento y cuidado de sus prótesis dentales, con el fin de promover beneficios directos en su salud bucal y nivel de vida (86).

La justicia se garantizó mediante una selección equitativa de los participantes, sin distinción por grupo etario, sexo, condición socioeconómica ni nivel de instrucción formal. Se aseguró la igualdad de oportunidades en el acceso a la información, a los beneficios del programa y al respeto de sus derechos como participantes en la investigación (87).

Se mantuvo la transparencia informativa, comunicando honestamente a los participantes los objetivos académicos del estudio, los métodos utilizados y el manejo de la información. Se

garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos, codificados y empleados únicamente con fines científicos, académicos y estadísticos.

La autora financió la investigación con recursos propios, asumiendo íntegramente los gastos generados durante el desarrollo del estudio. Esto incluyó los costos relacionados con la aplicación de los instrumentos, la reproducción de materiales educativos, la implementación del programa de intervención, así como los insumos necesarios para la recolección y análisis de los datos. Esta decisión evidenció su compromiso con la viabilidad y ejecución autónoma del proyecto, garantizando así su continuidad sin depender de fuentes externas de financiamiento.

## RESULTADOS

**Tabla 1.**

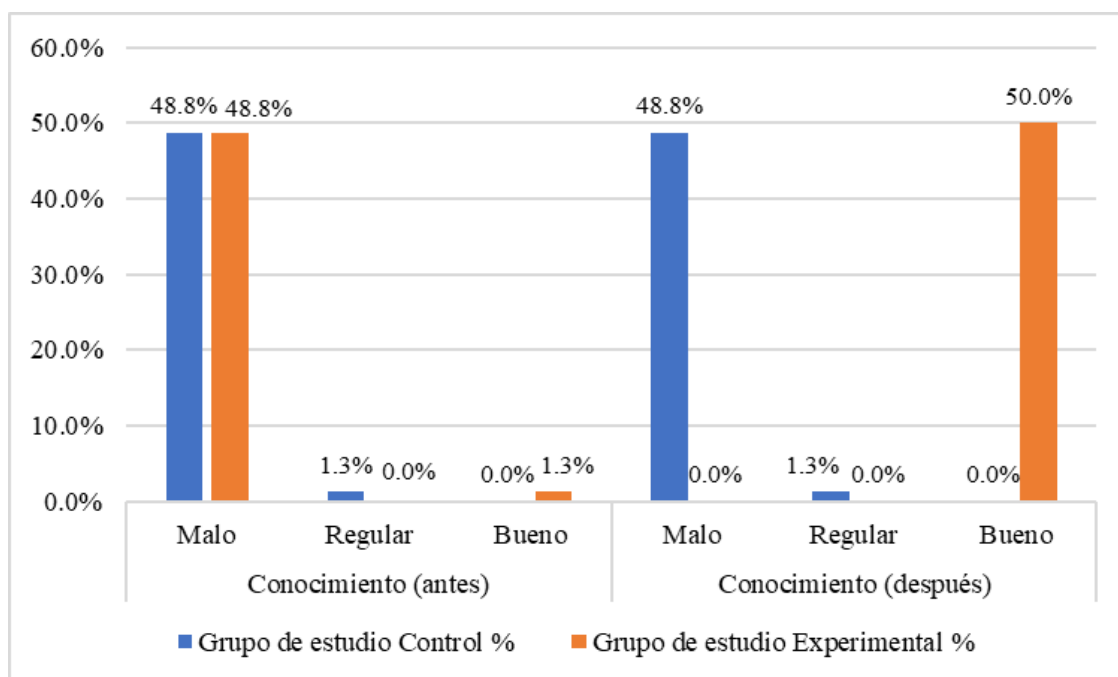
*Nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025*

		Grupo de estudio				Total	
		Control		Experimental			
		n	%	n	%	n	%
Conocimiento (antes)	Malo	39	48,8%	39	48,8%	78	97,5%
	Regular	1	1,3%	0	0,0%	1	1,3%
	Bueno	0	0,0%	1	1,3%	1	1,3%
Total		40	50,0%	40	50,0%	80	100,0%
Conocimiento (después)	Malo	39	48,8%	0	0,0%	39	48,8%
	Regular	1	1,3%	0	0,0%	1	1,3%
	Bueno	0	0,0%	40	50,0%	40	50,0%
Total		40	50,0%	40	50,0%	80	100,0%

Nota. Obtenido de instrumentos

**Figura 1.**

*Nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal*



De la tabla y figura 1 se observó que, antes de la implementación del programa de prevención y cuidado de la salud bucal, el 97,5% (78 de 80) de los adultos mayores tenían mal conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles, distribuido equitativamente entre los grupos control y experimental (48.8% cada uno). Cabe destacar que un 1.3% de la muestra total (un participante del grupo control) exhibía un nivel “regular”. Por otra parte, después del programa, el 48.8% del grupo control (39 pacientes) se mantuvo el conocimiento malo; mientras que, en el grupo experimental se encontró una mejora, ya que el 50% (40 participantes) alcanzaron un nivel bueno y ninguno permaneció en nivel malo.

**Tabla 2.**

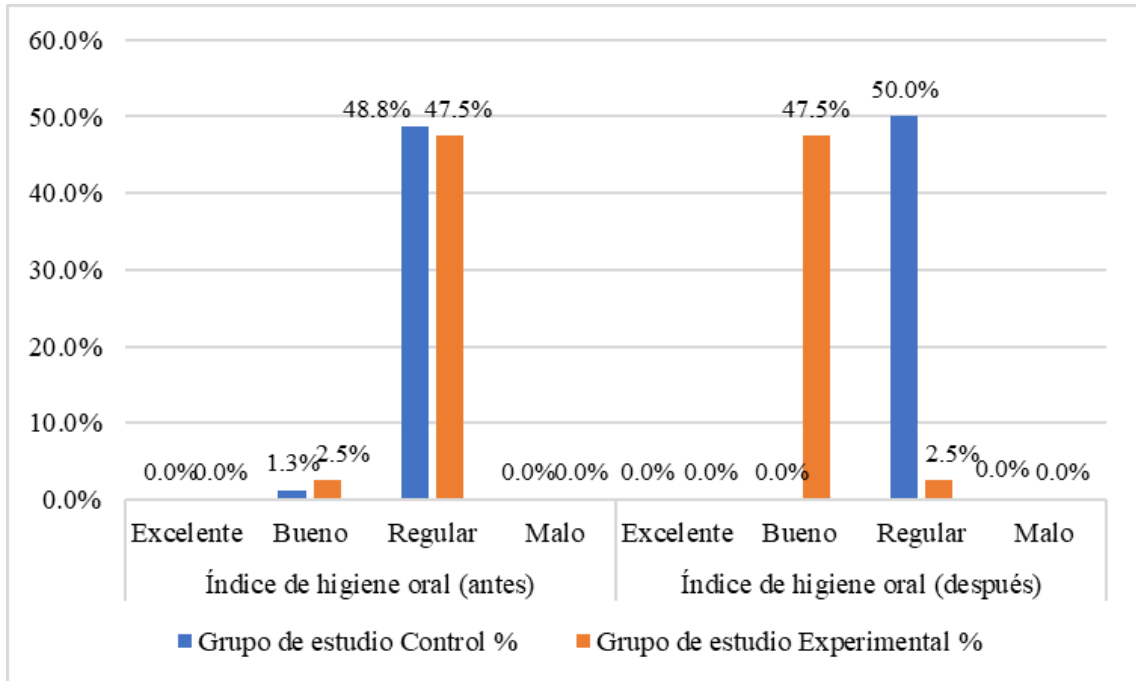
*Índice de higiene oral de los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025*

		Grupo de estudio				Total	
		Control		Experimental		n	%
		n	%	n	%		
Índice de higiene oral (antes)	Excelente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Bueno	1	1,3%	2	2,5%	3	3,8%
	Regular	39	48,8%	38	47,5%	77	96,3%
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total		40	50,0%	40	50,0%	80	100,0%
Índice de higiene oral (después)	Excelente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Bueno	0	0,0%	38	47,5%	38	47,5%
	Regular	40	50,0%	2	2,5%	42	52,5%
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total		40	50,0%	40	50,0%	80	100,0%

Nota. Obtenido de instrumentos

**Figura 2.**

*Índice de higiene oral de los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal*



De la tabla y figura 2 se encontró que, antes del aplicar el programa de prevención y cuidado de salud bucal, casi todos (96,3%) de los participantes presentaban un índice de higiene regular; no obstante, después del programa se verificó que, en el grupo control, no se presentaron mayores cambios, puesto que el 50% mantenía un nivel regular. Sin embargo, en el grupo experimental, el 47,5% mejoró a nivel bueno y solo el 2,5% (2 personas) permanecieron en nivel regular.

**Tabla 3.**

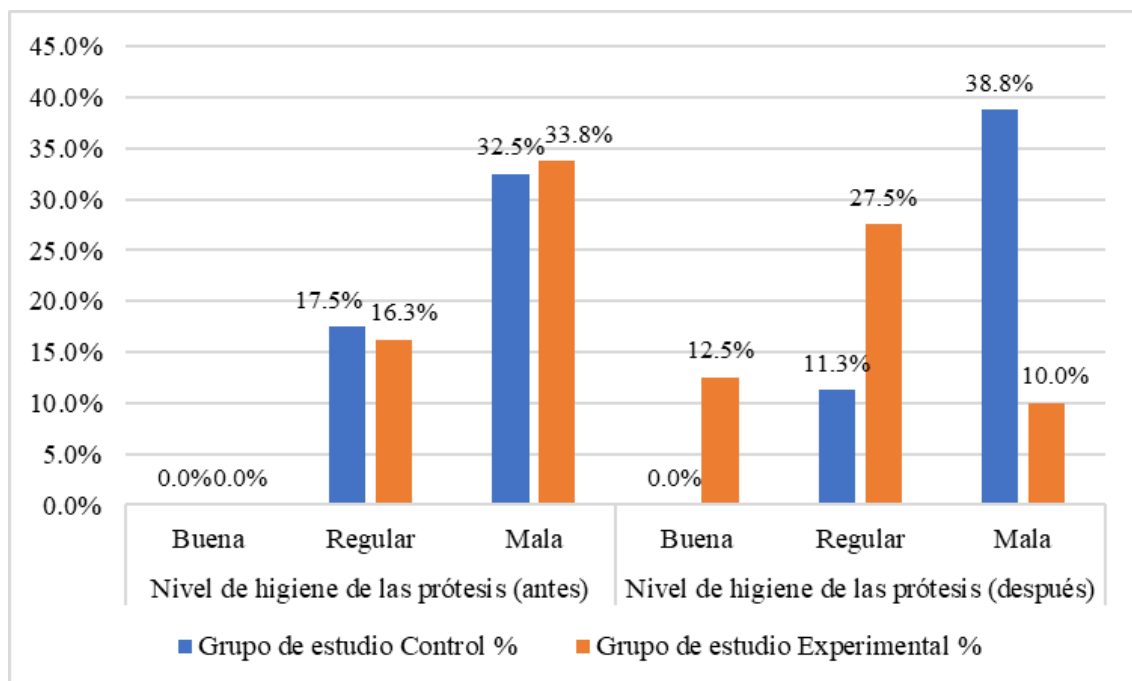
*Nivel de higiene de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025*

		Grupo de estudio				Total	
		Control		Experimental			
		n	%	n	%	n	%
Nivel de higiene de las prótesis (antes)	Buena	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Regular	14	17,5%	13	16,3%	27	33,8%
	Mala	26	32,5%	27	33,8%	53	66,3%
Total		40	50,0%	40	50,0%	80	100,0%
Nivel de higiene de las prótesis (después)	Buena	0	0,0%	10	12,5%	10	12,5%
	Regular	9	11,3%	22	27,5%	31	38,8%
	Mala	31	38,8%	8	10,0%	39	48,8%
Total		40	50,0%	40	50,0%	80	100,0%

Nota. Obtenido de instrumentos

**Figura 3.**

*Nivel de higiene de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal*



De la tabla y figura 3 se verificó que, antes de la implementación del programa de prevención y cuidado de la salud bucal, el 66,3% de los adultos mayores tenían higiene de prótesis calificada como mala; además, nadie tenía buena higiene. Pero, después del programa, en el grupo control se observó que prácticamente no hubo mejoría, puesto que el 77,5% seguían en niveles regular o malo. No obstante, en el grupo experimental, el 12,5% logró un nivel de higiene buena, llegando a disminuir significativamente el número de personas en nivel malo (del 33,8% al 10%).

### **Estadística diferencial**

Por otro lado, según los hallazgos obtenidos de la prueba de normalidad (tabla 4), se verificó que los datos no siguen una distribución normal, puesto que el valor de Sig. fue menor a  $<0,05$  en la mayoría de los casos, lo que justifica el uso de las pruebas no paramétricas como Wilcoxon y Mann-Whitney.

Por lo tanto, se contrastó la hipótesis general ( $H_a$ : Existe un impacto positivo y estadísticamente significativo de un programa de prevención y cuidado bucal para pacientes adultos mayores con prótesis dentales removibles, 2025,  $H_0$ : No existe un impacto positivo y estadísticamente significativo de un programa de prevención y cuidado bucal para pacientes adultos mayores con prótesis dentales removibles, 2025), en el grupo de estudio experimental (tabla 5) hubo un impacto antes y después de implementado el programa, aceptando la  $H_a$  y rechazando la  $H_0$ .

Mientras que en el grupo de estudio control no hubo un impacto antes y después de implementado el programa. (tabla 6)

Considerando que el grupo control es un grupo independiente, es decir que no está relacionado al grupo experimental, se emplea la prueba U de Mann – Whitney, como prueba comprobatoria. El pre-test (tabla 7), el valor de la significancia fue de 0,039, encontrando que existía diferencia significativa inicial entre los grupos; además, en el pos-test (tabla 8), el valor de significancia fue de 0,000, lo que indica una diferencia aún más significativa luego de la intervención. De esta manera, se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$ , es decir, que existe un impacto positivo y estadísticamente significativo de un programa de prevención y cuidado bucal para pacientes adultos mayores con prótesis dentales removibles, 2025.

### III. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en AM portadores de PPR durante el año 2025. Para ello, se trabajó con una muestra de 80 AM, distribuidos equitativamente entre un grupo control y un grupo experimental, seleccionados de la Clínica Dental “Cristo Rey”. Tras la aplicación del programa, que incluyó sesiones educativas y talleres prácticos, se observaron mejoras significativas en los indicadores evaluados: nivel de conocimiento, índice de higiene oral y estado de higiene de las PPR. A continuación, se discuten los hallazgos obtenidos en función de los objetivos planteados, contrastándolos con el marco teórico y los antecedentes científicos disponibles, a fin de valorar el alcance e implicancias del programa educativo implementado.

Tras la intervención, el porcentaje de AM del grupo experimental con un nivel de conocimiento “bueno” aumentó de 1,3 % a 50 %, mientras que en el grupo control no se observaron cambios. Este hallazgo es consistente con lo reportado por García B et al. (13) en Cuba, donde el conocimiento adecuado sobre el cuidado de la prótesis se incrementó del 21,95 % al 92,68 %. De forma similar, Rieche et al. (18) observaron que el nivel de conocimiento “alto” pasó de 0 % a 75 % luego de una intervención educativa; asimismo, Robaina et al. (17) reportaron mejoras relevantes tras una intervención formativa: el conocimiento sobre uso y conservación de prótesis alcanzó el 100 %, el de higiene bucal el 98,4 %, y el conocimiento sobre lesiones asociadas el 95,2 %.

También, García P et al. (14), quienes aplicaron una obra de teatro como estrategia educativa para AM, lograron mejoras significativas en aspectos clave del conocimiento en salud bucal, como el momento adecuado para acudir al dentista (incremento del 37,2%) y el uso correcto del hilo dental (25,9%), lo cual evidencia que métodos pedagógicos adaptados a esta población pueden favorecer el aprendizaje. De igual manera, el estudio de Amat M et al. (20) mostró que tras una intervención orientadora en estomatología, el conocimiento aceptable pasó de 42,1% a 68,4%, aunque persistieron brechas en parte de la población.

La TAS de Bandura puede entender este efecto, proponiendo que el aprendizaje se produce a través de la observación, la imitación y la modelación de comportamientos, particularmente en entornos sociales donde se involucran atención, retención y motivación (23). Las sesiones prácticas y explicativas incorporadas en la intervención proporcionaron a los AM una experiencia relevante, lo que promovió la comprensión de temas fundamentales sobre el cuidado protésico y facilitó una asimilación más efectiva del saber. Además, el conocimiento en salud oral no solo sirve como información, sino que también funciona como un elemento causal en la implementación de comportamientos protectores, al incrementar la habilidad para tomar decisiones basadas en información y promover el acceso a tiempo a servicios preventivos; por

ende, el incremento del saber no se limitó a la transmisión de información, sino a una táctica deliberada que reforzó la participación activa de los AM en la protección de su salud bucal (35).

Por otro lado, el aumento cognitivo observado no se debe solo a la exposición pasiva de contenidos, sino también a la implementación de estrategias pedagógicas diseñadas para promover un aprendizaje entendible, motivador y práctico. Según la “Declaración de Shanghai”, el fomento de la salud requiere modificar actitudes y estilos de vida a través de ambientes educativos que impulsen el crecimiento personal y social (32). Aunado a ello, el mayor conocimiento en salud oral se forma como un proceso dinámico e intencional, que demanda claridad en el mensaje, adaptación cultural y posibilidades de interacción específica (34,35).

También, el estudio reflejó una mejora considerable en el índice de higiene oral de los AM del grupo experimental. Al inicio, el 96,3 % presentaba un nivel de higiene regular; sin embargo, tras la intervención, el 47,5 % alcanzó un nivel “bueno” y el 52,5 % un nivel regular, sin presentarse algún participante con un nivel de higiene mala; no obstante, en el grupo control no se observaron avances, ya que el 50 % mantuvo una higiene regular y ninguno alcanzó el nivel bueno o excelente. Estos resultados son coherentes con lo hallado por Rodríguez M et al. (16) en Cuba, quienes reportaron que la higiene bucal eficiente aumentó del 30 % al 82 % luego de una intervención educativa aplicada a portadores de PPR; asimismo, Robaina E et al. (17) evidenciaron que la higiene bucal eficiente se elevó del 55,6 % al 96,8 % tras un programa educativo adaptado a AM con prótesis dentales.

En el mismo sentido, Torrecilla R et al. (22) hallaron que la proporción de AM con buena higiene oral pasó de 32,9 % a 91,1 % luego de una intervención que combinó información teórica y actividades prácticas. También, en el estudio de Overgaard C et al. (15), realizado en Dinamarca, el grupo de intervención mostró reducciones significativas en placa e inflamación gingival, con odds ratios ajustados de 11,8 y 11, respectivamente, a los tres y seis meses del seguimiento, en comparación con el grupo control. Finalmente, Hee K et al. (21) en Corea del Sur, donde tras un programa educativo aplicado con apoyo de un manual gráfico para personas mayores, se evidenció una disminución significativa en los indicadores clínicos del índice de O’Leary (0,32 puntos) y del recubrimiento lingual (2,10 puntos), lo cual indica una mejora objetiva en la higiene bucal.

Este cambio puede justificarse desde el “Modelo de Creencias en Salud”, que propone que los comportamientos de protección se incrementan cuando las personas perciben una amenaza auténtica a su salud, reconocen ventajas evidentes en modificar sus costumbres, y obtienen información valiosa para responder a dicha amenaza (70). Adicionalmente, según los principios teóricos, este cambio muestra que la práctica del autocuidado en salud oral se desarrolla a través de procesos educativos organizados que fusionan el saber con la motivación, y se intensifican

cuando se ajustan a las habilidades y circunstancias del individuo de edad avanzada (37). El logro del programa en este parámetro evidencia la eficacia de una estrategia educativa apropiada, progresiva y enfocada en potenciar habilidades reales para el cuidado de la salud oral.

Referente al estado protésico de los AM, se evidenció una mejora relevante en el nivel de higiene del grupo experimental. Inicialmente, el 66,3 % presentaba un nivel malo de higiene protésica y ninguno alcanzaba un nivel bueno; tras la intervención, este porcentaje se redujo al 48,8 % y el 12,5 % de los participantes logró un nivel bueno. En cambio, el grupo control no presentó variaciones destacables, manteniendo bajos niveles de higiene en las PPR. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de García B et al. (13), quienes observaron un incremento de la higiene eficiente de prótesis de 17,07 % a 87,81 % tras una intervención educativa en AM de una consulta protésica en Cuba, lo que evidencia el poder de la educación estructurada para modificar conductas deficientes de higiene. Asimismo, Rodríguez M et al. (16) reportaron una mejora del 8 % al 68 % en la higiene de prótesis en pacientes con PPR, lo que resalta la efectividad del acompañamiento educativo en esta área crítica del cuidado oral geriátrico.

De igual modo, Ming J et al. (19), mediante una intervención educativa basada en una aplicación web, demostraron mejoras significativas en la higiene de prótesis y la salud gingival a los tres meses de seguimiento ( $p=0,008$ ), confirmando que herramientas tecnológicas también pueden complementar exitosamente los programas educativos tradicionales. Complementariamente, Torrecilla R et al. (22), quienes tras una intervención educativa en AM cubanos, reportaron que el porcentaje de participantes con buena higiene oral, incluyendo el cuidado de sus prótesis, se incrementó del 32,9 % al 91,1 %.

Este efecto puede entenderse a través del MTT, que explica cómo los individuos pasan por distintas fases de disposición para cambiar comportamientos. La puesta en marcha gradual del programa mediante sesiones de enseñanza, demostraciones prácticas y seguimiento, posibilitó el progreso desde la reflexión hasta la acción, fomentando un compromiso más firme con el cuidado protésico. Además, una mala higiene de las prótesis puede propiciar procesos inflamatorios, lesiones cariosas y estomatitis protésica; por lo tanto, actuar en este aspecto es esencial para evitar problemas y mantener el bienestar completo de la tercera edad (28,30,35).

Además, los hallazgos obtenidos evidenciaron que el programa “Mejor salud bucal para los ancianitos” tuvo un impacto positivo y estadísticamente significativo en los adultos mayores usuarios de PPR, tal como lo demuestra la prueba de Wilcoxon aplicada, cuyos resultados fueron significativos en todas las dimensiones evaluadas ( $p < 0,05$ ). Este resultado confirma que la intervención educativa no solo generó un aumento en los niveles de conocimiento, sino que también favoreció mejoras sustanciales en las prácticas de higiene oral y protésica, validando el

diseño del programa como una estrategia eficaz para la promoción de la salud bucodental en la vejez.

Estos efectos positivos son concordantes con los reportados por Rodríguez M et al., quienes también utilizaron la prueba de Wilcoxon y demostraron incrementos significativos en el conocimiento (de 6% a 52%), en la eficacia del cepillado (de 30% a 82%) y en la higiene de las prótesis (de 8% a 68%), todos con valores de  $p < 0,05$  (16). Similarmente, Ming et al. (19) reportaron mejoras significativas ( $p < 0,001$ ) en el conocimiento y la higiene bucal tras una intervención con una aplicación educativa, siendo aún mayores los beneficios en el grupo experimental, que además mostró una mejora en salud gingival a los tres meses ( $p = 0,008$ ). Asimismo, Hee et al. (21) evidenciaron que tanto el conocimiento como el reconocimiento de problemas bucales mejoraron significativamente en grupos de intervención comparados con el grupo control ( $p < 0,05$ ), lo cual estuvo acompañado de disminuciones en índices clínicos como el de O'Leary y el recubrimiento lingual.

Estos antecedentes demuestran que la eficacia del programa local no es un descubrimiento independiente, sino un componente de una tendencia mundial que corrobora que los métodos educativos bien organizados, ajustados al público de la tercera edad y evaluados a través de pruebas estadísticas sólidas, producen transformaciones positivas cuantificables y duraderas. En resumen, los resultados alcanzados refuerzan la intervención como una táctica reproducible y efectiva para incrementar los niveles de autocuidado dental en esta población en situación de vulnerabilidad.

#### IV. CONCLUSIONES

1. Se determinó que el programa de prevención y cuidado de la salud bucal tuvo un impacto positivo y estadísticamente significativo en los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, evidenciado en el grupo experimental mediante la prueba de Wilcoxon ( $Z = -5,456$ ;  $p = 0,000$ ), lo que confirma la efectividad de la intervención.
2. Se determinó que, antes del programa, el 97,5 % de los adultos mayores presentaba un nivel de conocimiento malo sobre el uso y cuidado de sus prótesis, mientras que, después de la intervención, el 50 % del grupo experimental alcanzó un nivel bueno, a diferencia del grupo control que no mostró mejoras.
3. Se evaluó que el índice de higiene oral mejoró en el grupo experimental, donde el 47,5 % alcanzó un nivel bueno, en contraste con el grupo control, que permaneció mayoritariamente en nivel regular.
4. Se evaluó que el nivel de higiene de las prótesis dentales removibles también presentó mejoría en el grupo experimental, reduciéndose el porcentaje en nivel malo del 33,8 % al 10 % y aumentando el nivel bueno al 12,5 %.

## **V. RECOMENDACIONES**

1. Crear protocolos institucionales que integren programas de prevención en salud bucodental dirigidos a adultos mayores, con información ajustada a sus requerimientos cognitivos, funcionales y sociales.
2. Incluir la evaluación del nivel de conocimiento y la condición de higiene oral como una práctica habitual en el seguimiento clínico de pacientes que utilizan prótesis dentales removibles, lo que facilitará la detección temprana de aquellos casos que necesiten un refuerzo educativo.
3. Estimular la realización de investigaciones comparativas que examinen diversas estrategias de enseñanza en salud bucal para adultos mayores, con el fin de determinar cuáles son las más efectivas y que puedan ser implementadas en contextos similares.
4. Formar a los cuidadores y familiares de adultos mayores en técnicas fundamentales de higiene bucal y el cuidado de prótesis, reconociendo su papel esencial en el apoyo diario al autocuidado, especialmente en situaciones de dependencia parcial o total.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Friel T, Waia S. Removable Partial Dentures for Older Adults. *Prim Dent J* [Internet]. 2020 [Cited 2025 Jan 25]; 9(3): 34-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2050168420943435>.
2. Sarmiento M, Valdés H, Martín L, Mendoza J. Prevalencia del edentulismo en adultos mayores. *Rev San Gregorio* [Internet]. 2022 [Citado 25 Ene 2025]; 1(52): 161-174. Disponible en: <https://doi.org/10.36097/rsan.v0i52.2174>.
3. Zelig R, Goldstein S, Touger-Decker R, Firestone E, Golden A, Johnson Z, et al. Tooth Loss and Nutritional Status in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JDR Clin Trans Res* [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jan 25]; 7(1): 4-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2380084420981016>.
4. Yutaka W, Kazutaka O, Miyako K, Takae M, Seitaro N, Yutaka Y. Oral health for achieving longevity. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2020 [Cited 2025 Jan 25]; 20(6): 526-538. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ggi.13921>.
5. Ortiz M. Salud bucal en América Latina: Desafíos por afrontar. *Rev Latinoam Difusión Cien* [Internet]. 2024 [Citado 25 Ene 2025]; 6(11): 141-156. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.12692675>.
6. Dakka A, Nazir Z, Shamim HJM, Umair M, Muddallor P, Farinango M, et al. Ill Effects and Complications Associated to Removable Dentures With Improper Use and Poor Oral Hygiene: A Systematic Review. *Cureus* [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jun 08]; 14(8): e28144. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.28144>.
7. Rea V, Chela A, Velez M. Impacto de las prótesis dentales en la salud periodontal con una higiene inadecuada. *Rev Cub Investig Bioméd* [Internet]. 2024 [Citado 25 Ene 2025]; 43: e.3646. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3646/1708>.
8. Coll P, Lindsay A, Meng JGA, Raghavendra S, Bysani P, O'Brien D. The Prevention of Infections in Older Adults: Oral Health. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020 [Cited 2025 Jan 25]; 68(2): 411-416. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.16154>.

9. Lafaurie M, Ruíz J, González M, Restrepo L. Odontología comunitaria y atención primaria en salud: una aproximación conceptual [Internet]. Colombia Bosque UE, editor.; 2022 [Citado 25 Ene 2025]. 287p. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=SqemEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=estrategias+de+salud+oral+conceptos&ots=IHDVKqHHb8&sig=MNSFGKTFXNwEuV6Zz-Re5hX2cg&redir\\_esc=y#v=onepage&q=estrategias%20de%20salu](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=SqemEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=estrategias+de+salud+oral+conceptos&ots=IHDVKqHHb8&sig=MNSFGKTFXNwEuV6Zz-Re5hX2cg&redir_esc=y#v=onepage&q=estrategias%20de%20salu).
10. Fleites T, Gispert E, Barbeito N. Promoción de salud bucal desde la intersectorialidad. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2022 [Citado 25 Ene 2025]; 38(3): e.2211. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252022000300015&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252022000300015&script=sci_arttext&tlng=en).
11. Núñez A. Teoría del aprendizaje desde las perspectivas de Albert Bandura y Burrhus Frederic Skinner: Vinculación con aprendizaje organizacional de Peter Senge. UCE Cienc. Rev de postgrado [Internet]. 2022 [Citado 22 ene 2025]; 13(3): 1-11. Disponible en: <https://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/295/270>.
12. Villagómez A, Bonilla L, Bonilla G, Torres T. El aprendizaje social de Albert Bandura como estrategia de enseñanza de educación para la ciudadanía. Polo del conocimiento. Rev Polo Conoc (Edición núm. 82) [Internet]. 2023 [Citado 22 ene 2025]; 8(5): 1286-1307. Disponible en: <https://doi.org/10.23857/pc.v8i5>.
13. García B, Hernández R, Martínez I. Intervención educativa sobre el uso de prótesis dental en el adulto mayor. I Conv Int Odontol [Internet]. 2023 [Citado 25 Ene 2025];: 1-16. Disponible en: <https://odontologiagramma.sld.cu/index.php/odontogran/2023/paper/download/52/21>.
14. García P, Borges S, Sánchez S. Programa de educación para la salud bucal en adultos mayores. Rev Odontol [Internet]. 2023 [Citado 25 Ene 2025]; 26(2): 27-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9203988>.
15. Overgaard C, Bøggild H, Hede BDMB, Gøtz L, Aagaard K. Improving oral health in nursing home residents: A cluster randomized trial of a shared oral care intervention. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jan 25]; 50(2): 115-123. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12638>.

16. Rodríguez M, Yero I, Fernández C, Álvarez A, De Castro J, Acosta M. Intervención educativa para mejorar la salud bucal de pacientes portadores de prótesis estomatológicas parciales. *Gac Méd Espir* [Internet]. 2022 [Citado 25 Ene 2025]; 24(2): 1-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212022000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212022000200009).
17. Robaina E, Mora E, Blanco F. Intervención educativa sobre salud bucal en adulto mayor institucionalizado portador de prótesis. *AD* [Internet]. 2021 [Citado 27 Ene 2025]; 4(1): 65-76. Disponible en: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v4i1.1482>.
18. Rieche E, García O, Barrio T. Estrategia educativa de salud bucal dirigida al adulto mayor. Policlínico Ernesto Guevara. Cienfuegos, 2019-2020. *Estomov Int* [Internet]. 2021 [Citado 25 Ene 2025]; 1-10. Disponible en: <https://estomovision2021.sld.cu/index.php/estomovision/2021/paper/view/191/0>.
19. Ming J, Wah T, Khee T. Effect of educational progressive web application on patient's oral and denture knowledge and hygiene: A randomised controlled trial. *Health Informatics J* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jan 25]; 27(3): 1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/14604582211035821>.
20. Amat M, Valera V, Ávila B, Cruz D. Intervención educativa sobre salud bucal en pacientes adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica “3 de octubre” del municipio de Las Tunas. *EPISTEME Rev Digit Cienc Tecnol Innov* [Internet]. 2021 [Citado 25 Ene 2025]; 8(2): 291-304. Disponible en: <https://www.bing.com/ck/a?&p=c97667f69d66c2be46fd49b0867f16aad583a07596450f5b703474d67fd30942JmltdHM9MTczODAyMjQwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=17f04368-f40f-6984-2824-5204f574682b&psq=Intervenci%c3%b3n+educativa+sobre+salud+bucal+en>.
21. Hee K, Young Y, Seo E. Effectiveness of an oral health education programme for older adults using a workbook. *Gerodontology* [Internet]. 2020 [Cited 2025 Jan 25]; 37(4): 374-382. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ger.12472>.
22. Torrecilla R, Valdivia G, Castro I, Yera K, Yero I. Intervención educativa sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico. *Rev Cient Estud Univ Cienc Méd La Habana* [Internet]. 2020 [Citado 25 Ene 2025]; 59(278): e1034. Disponible en: [http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_4/article/view/1034](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1034).

23. Rodríguez R, Cantero M. Albert Bandura: Impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. *Padres y Maestros* [Internet]. 2020 [Citado 02 Jun 2025]; 384: 71-86. Disponible en: <https://doi.org/10.14422/pym.i384.y2020.011>.
24. Gil M, Pons M, Rubio M, Murrugarra G, Maslukh B, Rodríguez B, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 [Citado 03 Jun 2025]; 35(1): 48-59. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>.
25. Torres J. Modelo de creencias de salud en personas sanas o enfermas: una revisión sistematizada. *Rev Mex Enferm Cardiol* [Internet]. 2021 [Citado 03 Jun 2025]; 29(1): 24-33. Disponible en: <http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/191>.
26. Bessa T, Lima D, Rincón F, da Silva J. sistemática, Intervenções baseadas no modelo transteórico de mudança para ansiedade: uma revisão. *Psicólogo InFormação* [Internet]. 2024 [Citado 03 Jun 2025]; 25(25): 126-151. Disponible en: <https://doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v25n25p127-152>.
27. Franco A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. *Hacia promoció Salud* [Internet]. 2022 [Citado 03 Jun 2025]; 27(2): 237-254. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.17>.
28. Ramasamy M, Rizidah Z, Rajam D, Singh J. Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health* [Internet]. 2020 [Cited 2025 Jun 03]; 20(1): 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01075-w>.
29. Castañeda M, Medina C. La salud bucal en América Latina. Una revisión desde las políticas públicas. *Salud, ciencia y tecnología*[Internet]. 2023 [Citado 03 May 2025]; 3(340): 1-10. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023340>.
30. Bautista V, Deyta A, González V, Reyes N, Sosa E, Blanco E. Optimización de la atención de salud de las personas mayores: recomendaciones para la mejora continua. *Rev Conamed* [Internet]. 2024. [Citado 22 Feb 2025]; 29(1): 70-74. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol\\_29\\_2024/art\\_11.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/art_11.pdf).

31. Watt R. Oral health inequalities-Developments in research, policy and practice over the last 50 years. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2023 [Cited 2025 Jun 03]; 51(4): 595-599. Disponible en:<https://doi.org/10.1111/cdoe.12880>.
32. Lamster I. The 2021 WHO Resolution on Oral Health. *Int Dent J* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 03]; 71(4): 279-280. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.06.003>.
33. Huang S, Li J, Zheng L, Qiao W, McGrath C. One Health and Oral Health: A Scoping Review to Inform Research and Present Challenges. *JDR Clin Trans Res* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 03]; 9(1): 88-98. Disponible en:<https://doi.org/10.1177/23800844241273821>.
34. Alzahrani A, Meligy O, Bahdila D, Aljawi R, Bamashmous N, Almushayt A. Health and oral health literacy: A comprehensive literature review from theory to practice. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2025 [Cited 2025 Jun 03]; 35(2): 434-445. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ipd.13255>.
35. Dye B, Albino J. Finding Knowledge to Improve Oral Health for All. *J Dent Res* [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jun 03]; 101(7): 739-741. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00220345221094765>.
36. Feldman C, Fredericks J, Fine D, Markowitz K, Sabato E. Advancing oral health through practice-based research. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2023 [Cited 2025 Jun 03]; 154(11): 859-962. Disponible en:<https://doi.org/10.1016/j.adaj.2023.03.006>.
37. Naavaal S, Claiborne D. Oral Health Knowledge, Practices, and Awareness of Oral Health Guidelines and Dental Coverage Policies among Midwives. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 03]; 66(1): 88-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13191>.
38. Prakash P, Grish P, A R, G A, Wenche B, Lal R. Oral health and healthy ageing: a scoping review. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 03]; 24(33): 1-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04613-7>.
39. Gibney J, Naganathan V, Wei M. Oral health is Essential to the Well-Being of Older People. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 05]; 29(10): 1053-1057. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.06.002>.

40. Dibello V, Lobbezoo F, Lozupone M, Sardone R, Ballini A, Berardino G, et al. Oral frailty indicators to target major adverse health-related outcomes in older age: a systematic review. *Geroscience* [Internet]. 2023 [Cited 2025 Jun 05]; 45(2): 663-706. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11357-022-00663-8>.
41. Yang C, Gao Y, An R, Lan Y, Yang Y, Wan Q. Oral frailty: A concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 05]; 80(8): 3134-3145. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.16042>.
42. Dibello V, Zupo R, Sardone R, Lozupone M, Castellana F, Dibello A, et al. Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. *Lancet Healthy Longev* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 05]; 2(8): 507-520. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(21\)00143-4](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(21)00143-4).
43. Bakker M, De Smit M, Valentijn A, Visser A. Oral health assessment in institutionalized elderly: a scoping review. *BMC Oral Health* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 05]; 24(1): 1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04025-y>.
44. Cicek T, Burak U, Keskin T, Baskurt F, Banu R. Determining the relationship between oral health and physical function in elderly people. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 05]; 51(10): 2055-2062. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/joor.13790>.
45. Paping L, Schuller A. The oral health of frail home-dwelling elderly in the general practice. *Ned Tijdschr Tandheelkd* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 05]; 128(10): 503-511. Disponible en: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2021.10.21083>.
46. Ettinger R, Marchini L, Hartshorn J. Consideration in Planning Dental Treatment of Older Adults. *Dental Clinics* [Internet]. 2021. [Cited 2025 Jun 06]; 65(2): 361-376. Disponible en: [https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532\(20\)30101-4/abstract](https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532(20)30101-4/abstract).
47. Nitschke I, Wendland A, Weber S, Jockusch J, Lethaus B, Hahnel S. Considerations for the Prosthetic Dental Treatment of Geriatric Patients in Germany. *J Clin Med* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 06]; 10(2): 304. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm10020304>.
48. Dou J, Liu H, Mei Y, Wang S, Zhang Y, Zhao S, et al. Prevalence of oral frailty in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health* [Internet]. 2025 [Cited 2025 Jun 09]; 1(13): 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1423387>.

49. Ferrillo M, Migliario M, Agostini F, Marotta N, Santilli G, Boffano P, et al. Oral health-related quality of life in elderly: an umbrella review of systematic reviews from a multidisciplinary rehabilitation point-of-view. *Clin Ter* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 09]; 175(1): 73-82. Disponible en: <https://doi.org/10.7417/ct.2024.5036>.
50. León S, Giacaman R. Proposal for a Conceptual Framework for the Development of Geriatric Dentistry. *J Dent Res*[Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 06]; 101(3): . Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00220345211042268>.
51. Chiu- Man K, Chu C. Dental Care for Older Adults. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [Cited 2025 Jun 06]; 20(1): 214. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010214>.
52. Samietz S, Wöstmann B, Kuhr K, Jordan R, Stark H, Nitschke I. Oral health in the elderly: results of the 6th German Oral Health Study. *Quintessence International* [Internet]. 2025 [Cited 2025 Jun 06]; 56(112): . Disponible en: <https://doi.org/10.3290/j.qi.b5982021>.
53. Janto M, Lurcov R, Daina C, Neculoiu D, Venter A, Badau D, et al. Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review. *J Pers Med* [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jun 06]; 12(3): 372. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jpm12030372>.
54. Pragya G, Logaranjani K, Prashanthi P, Vijayalakshmi R, Jaideep M. patients, A review on periodontal care: Challenges among geriatric and pediatric. *Bioinformation* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 10]; 20(11): 1532-1536. Disponible en: <https://doi.org/10.6026/9732063002001532>.
55. Hillebrecht A, Höfer K, Blasi A, Wicht M, Barbe A. Comparison of facilitators and barriers to providing oral hygiene measures in dependent older people and young children: A systematic review. *Gerodontology* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 09]; 41(1): 111-124. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ger.12684>.
56. Yeh C, Lin C, Ma T, Peng T, Tien T, Lin W, et al. Comparison Between Powered and Manual Toothbrushes Effectiveness for Maintaining an Optimal Oral Health Status. *Clin Cosmet Investig Dent* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 08]; 16: 381-396. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S490156>.

57. Ruiz M, da Luz M, Goulart R, Schaefer A. Dental plaque control strategies for the elderly population: A scoping review. *Int J Dent Hygiene* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 11]; 20: 167-181. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/idh.12497>.
58. Ying A, Tamrakar M, Meng C, Cheung Y, Man KHC. Clinical evidence for professionally applied fluoride therapy to prevent and arrest dental caries in older adults: A systematic review. *J Dent* [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jun 11]; 125: 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104273>.
59. Curtis D, Lin G, Rajendran Y, Gessese S, Suryadevara J, Kapila Y. Treatment planning considerations in the older adult with periodontal disease. *Periodontology 2000* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 09]; 87(1): 157-165. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/prd.12383>.
60. Kaur R, Kothiwale S. Geriatric Dental Care - A Review. *IJMSCR* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 09]; 4(1): 262-270. Disponible en: <https://www.ijmscr.com/asset/images/uploads/16122813238939.pdf>.
61. Thinzar T, Khaohoen A, Myat K, Rungsiyakull P. Oral-Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients with Full-Arch Rehabilitation Treatments: A Systematic Review. *J Clin Med* [Internet]. 2024 [Cited] 2025 Jun 06; 13(12): 3391. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm13123391>.
62. Borg R, Rocuzzo A, Molinero P, Schimmel MGK, Chaurasia A, Koca R, et al. Global prevalence of edentulism and dental caries in middle-aged and elderly persons: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jun 06]; 127: 104335. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104335>.
63. Yaparathna N, Manjula R, Kumar S, Love R, Robb N, Abuzar M. Impact of Removable Partial Dentures on Masticatory Performance in Partial Edentulism: A Systematic Review. *Int J Prosthodont* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 10]; 21(3): 327-338. Disponible en: <https://doi.org/10.11607/ijp.8278>.
64. Tanaka A, Varela S, Arany S. Xerostomia and patients' satisfaction with removable denture performance: systematic review. *Quintessence Int* [Internet]. 2021 [Cited 2025 Jun 10]; 52(1): 46-55. Available from: <https://doi.org/10.3290/j.qi.a45427>.

65. Khalid T. Complications and maintenance in prosthodontic care: removable partial dentures. *Dental Update* [Internet]. 2023 [Cited 2025 Jun 09]; 50(4): 2515-2589. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/denu.2023.50.4.300>.
66. Yousief S, Saieed R, Nasser A. Comparison of Mini Implant in Fixed and Removable Prosthodontics: A Review Article. *EC Dental Science* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 10];: 1-10. Disponible en: <https://ecronicon.net/assets/ecde/pdf/ECDE-24-02191.pdf>.
67. Man E, Shu X, Chiu K, Leung M, Chin E. Oral health-related quality of life (OHRQoL) after rehabilitation with removable partial dentures (RPDs): A systematic review and meta-analysis. *J Dent* [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jun 10]; 127: 104351. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104351>.
68. Ceraulo S, Caccianiga P, Barbarisi A, Caccianiga G, Biagi R. Insertion axis in removable prosthesis: a preliminary report. *Minerva Dent Oral Sci* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 10]; 73(6): 328-334. Disponible en: <https://doi.org/10.23736/s2724-6329.24.04973-8>.
69. Awawdeh M, Alotaibi M, Alharbi A, Alnafisah S, Alasiri T, Alrashidi N. A Systematic Review of Patient Satisfaction With Removable Partial Dentures (RPDs). *Cureus* [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jun 10]; 16(1): e59713. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.51793>.
70. Quispe C, Huiman R. Políticas públicas de salud oral propuestas e instauradas durante la pandemia: Una revisión sistémica. *Cienc Lat Rev Cienc Multidiscip* [Internet]. 2022 [Citado 03 Jun 2025]; 6(2): 2705-2722. Disponible en: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i2.2047](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.2047).
71. Llanos J, Velásquez E, Gonza B, Pajsi A, Umiña E, Padilla T. Revisión de literatura de estrategias preventivas en salud oral. *Rev Odontol Basadrina* [Internet]. 2024 [Citado 03 Jun 2025]; 8(1): 79-87. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/26644649.2024.8.1.1895>.
72. Sifuentes M, Nieto M, De La Fuente J. La salud pública en la odontología. Teoría y práctica [Internet]. Estados Unidos: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; 2020 [Citado 03 Jun 2025] 300p. Disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/La\\_salud\\_p%C3%BAblica\\_en\\_la\\_odontolog%C3%ADa/dZDnDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=0](https://www.google.com.pe/books/edition/La_salud_p%C3%BAblica_en_la_odontolog%C3%ADa/dZDnDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=0).

73. Babbie E. The practice of Social research [Internet]. Estados Unidos: Cengage AU; 2016 [citado 28 may 2024]. 592 p. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?id=IFvjDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gs\\_bse\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=IFvjDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gs_bse_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
74. Rodríguez D, Castiblanco M, Pulido X. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. 1st ed.: Sello Editorial Universidad del Tolima; 2024[citado 2025 Abr 16]. Disponible en: <https://repository.ut.edu.co/entities/publication/30adede1-16d5-4764-9003-22819848e477>.
75. Albornoz J, del Carmen M, Almache K, GJ, Villanueva J, Miranda J, et al. Metodología de la investigación aplicada a las ciencias de la salud y la educación. 1st ed.: Mawil Publicaciones de Ecuador; 2023[citado 2025 Abr 16]. Disponible en: <https://repositorio.ister.edu.ec/jspui/handle/68000/239>.
76. Reyes E. Metodología de la investigación científica. 1st ed.: Page Publishing; 2022[citado 2025 Abr 16]. Disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Metodologia\\_de\\_la\\_Investigacion\\_Cientifi/Sm dxEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+tipo+aplicado&printsec=frontcover](https://www.google.com.pe/books/edition/Metodologia_de_la_Investigacion_Cientifi/Sm dxEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+tipo+aplicado&printsec=frontcover).
77. Ñaupas H, Mejía E, Trujillo I, Romero H, Medina W, Novoa E. Metodología de la investigación total: Cuantitativa-Cualitativa y Redacción de tesis. 6th ed.: Edu; 2023[citado 2025 Abr 16]. Disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Metodolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_investigaci%C3%B3n\\_total/0djDEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+nivel+correlacional&pg=PA485&printsec=frontcover](https://www.google.com.pe/books/edition/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_total/0djDEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+nivel+correlacional&pg=PA485&printsec=frontcover).
78. Mar C, Barbosa A, Molar J. Metodología de la investigación: Métodos y técnicas. 1st ed.: Patria Educación; 2020 [citado 2025 Abr 16]. Disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Metodolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_investigaci%C3%B3n\\_M%C3%A9tod/e5otEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+dise%C3%B1o+no+experimental&printsec=frontc](https://www.google.com.pe/books/edition/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_M%C3%A9tod/e5otEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=metodologia+de+la+investigaci%C3%B3n+dise%C3%B1o+no+experimental&printsec=frontc).
79. Arias J. Técnicas e instrumentos de investigación científica [Internet]. Arequipa: Enfoques consulting EIRL; 2020 [Citado 26 Jun 2024]. 171 p. Disponible en: <https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstreams/b082acc3-403a-aa26-0689-099eaa0ecf7/download>.

80. Ccapcha J. Nivel de conocimiento sobre el cuidado y mantenimiento de prótesis total de adultos mayores rehabilitados del programa “sonríe Perú” de la jurisdicción de la micro red centenario durante el año 2013. [Tesis de Pregrado]. Apurímac: Universidad Tecnológica de los Andes; 2016. Disponible en: <https://repositorio.utea.edu.pe/bitstreams/9777618b-713c-4fdc-9db1-6aef913f5a0a/download>.
  
81. Jiménez K. Nivel de conocimiento sobre el cuidado y mantenimiento de las prótesis dentales en pacientes geriátricos del Centro Del Adulto Mayor Tayta Wasi, Lima - 2021. [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/29c55a87-a9f3-4191-a73d-41888e16b81c>.
  
82. Vigild M. Dental caries and the need for treatment among institutionalized elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 1989 [Cited 2025 Jan 22]; 17(2): 102-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1989.tb00598.x>.
  
83. Tiburcio L, Herrera M, Capetillo G, Torres E, Rivera A, Ochoa R, et al. Determinación del IHOS en jóvenes de 15 a 19 años. *Rev Cienc Tec UACJ* [Internet]. 2021 [22 Oct 2024]; 2(1): 181-184. Disponible en: <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/3606>.
  
84. Petkov C, Flecknell P, Murphy K, Basso M, Mitchell A, Hartig R, et al. Unified ethical principles and an animal research ‘Helsinki’ declaration as foundations for international collaboration. *Curr. Res. Neurobiol.* [Internet]. 2022[citado 2025 Abr12]; 3(1): 100060. Disponible en:<https://doi.org/10.1016/j.crneur.2022.100060>.
  
85. Sime L, Díaz C. Los doctorados en educación: Tendencias y retos para la formación de investigadores[Internet]. 1st ed. Lima: Fondo Editorial; 2019[citado 2025 Abr 16] Disponible en:<https://n9.cl/hjgdr>.
  
86. Álvarez P. Ética e investigación. *Revi Bolet Redipe* [Internet]. 2018 [citado 2025 Abr 16]; 7(2): 122 - 149. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/434>.
  
87. Braz D, Echeverri S. Aspectos éticos de la Declaración de Cartagena. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*[Internet]. 2019[citado2025 Abr 16]; 2(1): 56-62.Disponible en:<https://doi.org/10.35454/rncm.v2sup11.032>.

## VII. ANEXOS

### 8.1. Instrumentos de recolección de información

#### Instrumento N° 1

#### CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO

Tomado de Ccapcha, J y adaptado por Jiménez, K (2022) (81)

**Instrucciones:** Esta parte del cuestionario contiene 22 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger solo una respuesta que será solo la que usted considere la más adecuada con una equis (X) dentro del paréntesis.

#### DATOS GENERALES:

- Iniciales de sus Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_
- Grado de instrucción:
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior ( )

1. ¿Cree Ud., que para tener una buena limpieza debe considerarse?

**a) Limpiar la prótesis parcial removible y su boca ( )**

b) Limpiar únicamente su boca ( )

c) Limpiar únicamente su prótesis ( )

2. ¿Cuáles considera Ud., son medidas para la limpieza de su prótesis parcial removible?

a) Dulces, cepillo, pasta dental ( )

**b) Cepillo, pasta dental, desinfectantes ( )**

c) Cepillo, hilo dental, pasta dental ( )

3. ¿Usted lavarías sus encías antes de colocarse la prótesis parcial removible?

**SI ( )**

NO ( )

4. ¿Usted sabe cómo se debe cepillar su prótesis parcial removible?

**SI ( )**

NO ( )

5. ¿Cree Ud., que se debería retirar la prótesis parcial removible para limpiarla después de cada comida?

**SI ( )**

NO ( )

6. ¿Cree usted que al limpiar la prótesis parcial removible después de cada comida ayuda a conservar mejor su prótesis parcial removible?

**SI ( )**

NO ( )

7. ¿Cree usted que al cepillar su prótesis parcial removible elimina sarro y pigmentaciones?

**SI ( )**

NO ( )

8. ¿Usted sabe cómo se debe desinfectar su prótesis parcial removible?

**SI ( )**

NO ( )

9. ¿Cree Ud., que al desinfectar elimina bacterias y microorganismos patógenos de su prótesis dental removible?

**SI ( )**

NO ( )

10. ¿Cree Ud., que el exceso de limpieza y desinfección pueden dañar su prótesis dental removible?

**SI ( )**

NO ( )

11. ¿Considera usted que la instrucción para el cuidado y mantenimiento son necesarios para la conservación de su prótesis dental removible?

**SI ( )**

NO ( )

12. ¿Conoce usted la forma de guardar su prótesis dental removible cuando no lo utiliza?

**SI ( )**

NO ( )

13. ¿Usted sabe cómo conservar su prótesis dental removible por las noches?

**SI ( )**

NO ( )

14. ¿Dónde cree usted que es un buen lugar para almacenar su prótesis dental removible?

a) Servilletas, bolsillos, fundas ( )

**b) Vaso con agua, recipientes sólidos ( )**

c) No sé ( )

15. ¿Cree Ud., que al desgarrar y masticar alimentos muy duros puedan dañar su prótesis dental removible?

**SI ( )**

NO ( )

16. ¿Usted ha modificado por su cuenta su prótesis dental removible?

SI ( )

**NO ( )**

17. ¿En caso de un desajuste de su prótesis dental removible que debe hacer?

**a) Acudir al odontólogo ( )**

b) Reajustar la prótesis con cualquier artículo en casa ( )

c) No sé ( )

18. ¿Usted cree que el adhesivo para prótesis dental le brinda mayor estabilidad y retención de su prótesis dental removible?

**SI ( )**

NO ( )

19. ¿Sabe cuánto es la vida útil promedio de la prótesis dental removible?

a) 5 años ( )

**b) 10 años ( )**

c) No sé ( )

20. ¿Considera que es necesario retirar la prótesis dental removible para que sus tejidos descansen?

**SI ( )**

NO ( )

21. ¿Conoce usted algún tipo de enfermedad relacionada al inadecuado uso de la prótesis dental removible?

**SI ( )**

NO ( )

22. ¿Considera usted algo necesario seguir las instrucciones del odontólogo para una mayor duración de su prótesis dental removible?

**SI ( )**

NO ( )

**Instrumento N° 2**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**


Adaptada por Zavaleta, Y (2025)

“Implementación de un programa de prevención y cuidado bucal de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025”

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_


**“Índice de higiene oral”**

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)				
 0 1 2 3	PLACA BLANDA	PIEZA	PLACA CALCIFICADA	
			1.6	
			1.1	
			2.6	
			3.6	
			3.1	
			4.6	
INDICE DE PB Y PC				

**ANTES DEL PROGRAMA:**

Índice simplificado de Greene y Vermillion

- ( ) Excelente [0]
- ( ) Bueno [0,1 a 1,2]
- ( ) Regular [1,3 a 3,0]
- ( ) Malo [3,1 a 6,0]

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)				
 0 1 2 3	PLACA BLANDA	PIEZA	PLACA CALCIFICADA	
			1.6	
			1.1	
			2.6	
			3.6	
			3.1	
			4.6	
INDICE DE PB Y PC				

**DESPUES DEL PROGRAMA:**

Índice simplificado de Greene y Vermillion

- ( ) Excelente [0]
- ( ) Bueno [0,1 a 1,2]
- ( ) Regular [1,3 a 3,0]
- ( ) Malo [3,1 a 6,0]

## “Nivel de higiene de la prótesis dental removible”

### ANTES DEL PROGRAMA:

- **Prótesis parcial removible superior:**

Libre de restos de comida o placa ( ) 0 puntos

Acumulación moderada de placa bacteriana,  
calcio o sarro ( ) 1 punto

Acumulación abundante de placa bacteriana,  
calcio o sarro ( ) 2 puntos

- **Prótesis parcial removible inferior:**

Libre de restos de comida o placa ( ) 0 puntos

Acumulación moderada de placa bacteriana,  
calcio o sarro ( ) 1 punto

Acumulación abundante de placa bacteriana,  
calcio o sarro ( ) 2 puntos

<b>Sumatoria:</b>
<b>Puntaje – Prótesis P. superior</b>
+
<b>Puntaje - Prótesis P. inferior</b>

### DESPUES DEL PROGRAMA:

- **Prótesis parcial removible superior:**

Libre de restos de comida o placa ( ) 0 puntos

Acumulación moderada de placa bacteriana,  
calcio o sarro ( ) 1 punto

Acumulación abundante de placa bacteriana,  
calcio o sarro ( ) 2 puntos

- **Prótesis parcial removible inferior:**

Libre de restos de comida o placa ( ) 0 puntos

Acumulación moderada de placa bacteriana,  
calcio o sarro ( ) 1 punto

Acumulación abundante de placa bacteriana,  
calcio o sarro ( ) 2 puntos

<b>Sumatoria:</b>
<b>Puntaje – Prótesis P. superior</b>
+
<b>Puntaje - Prótesis P. inferior</b>

## 8.2. Consentimiento informado

Estimado/a: .....

En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre el tema: “Implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal de adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025”; por eso quisiera contar con su valiosa colaboración. La investigación consiste en dos actividades principales:

1. Aplicación de un cuestionario: Se le solicitará completar un cuestionario que evaluará su conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles. Este cuestionario tomará aproximadamente 20 minutos.
2. Inspección clínica: Se realizará una inspección clínica para evaluar el estado de su higiene oral y de sus prótesis dentales removibles. Esto incluye la medición de su índice de higiene oral y el análisis del estado de limpieza de sus dentaduras.

Los datos obtenidos en ambas actividades serán tratados de manera confidencial y utilizados exclusivamente para los fines de esta investigación.

De aceptar participar en la investigación, debe firmar este documento como evidencia de haber sido informado sobre los procedimientos que se realizarán. En caso de que tenga alguna duda sobre las preguntas del cuestionario o los procedimientos, puede levantar la mano para solicitar la aclaración y se le explicará cada aspecto personalmente.

Gracias por tu gentil colaboración.

Acepto participar voluntariamente en la investigación:           (Sí)           (No)

Lugar: ..... Fecha: ...../...../.....

---

FIRMA DE LA PARTICIPACIÓN

NOMBRE:

### 8.3. Matriz de consistencia

Título: Implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema general</b> P.G: ¿Cuál es el impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025?</p> <p><b>Problemas específicos</b> P.E.1: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025? P.E.2: ¿Cuál es el índice de higiene oral de los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, antes y después de la</p>	<p><b>Objetivo general</b> O.G: Determinar el impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> O.E.1: Determinar el nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025. O.E.2: Evaluar el índice de higiene oral de los adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, antes y después de</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Ha: Existe un impacto positivo y estadísticamente significativo del programa de prevención y cuidado bucal para pacientes adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025. H0: No existe un impacto positivo y estadísticamente significativo del programa de prevención y cuidado bucal para</p>	<p><b>Variable independiente:</b> Programa de prevención y cuidado</p> <p><b>Variable dependiente:</b> Salud bucal</p>	<p><b>Tipo:</b> Aplicada</p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Diseño:</b> Cuasiexperimental con grupo control de antes y después, longitudinal y prospectivo.</p> <p><b>Población y muestra</b> <b>Población:</b> Pacientes adultos mayores atendidos en la Clínica</p>

<p>implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025?</p> <p>P.E.3: ¿Cuál es el nivel de higiene de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025?</p>	<p>implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025.</p> <p>O.E.3: Evaluar el nivel de higiene de las prótesis dentales removibles de los adultos mayores, antes y después de implementado el programa de prevención y cuidado de la salud bucal, 2025.</p>	<p>pacientes adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025.</p>		<p>Dental “Cristo Rey”</p> <p><b>Muestra:</b> 80 pacientes adultos mayores de la Clínica Dental “Cristo Rey”</p> <p><b>Muestreo:</b> No probabilístico, por conveniencia</p>
---	---	--	--	--

#### 8.4. Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Escala	Valor
Salud bucal	En el caso de los AM que usan prótesis removibles, la salud oral ideal se distingue por la ausencia de procesos patológicos, molestias funcionales o sensaciones displacenteras, asegurando una deglución eficiente, una morfología facial armónica y una comunicación interpersonal sin restricciones (30).	Variación en los resultados obtenidos entre la evaluación inicial y la evaluación posterior a la aplicación del programa, que refleja el impacto en la prevención y cuidado de la salud bucal en los AM.	Conocimiento sobre uso y cuidado de PPR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento sobre desinfección y limpieza</li> <li>- Conocimiento sobre conservación y percepción</li> </ul>	Cuestionario “Adultos mayores” (adaptado)	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malo [0-14 puntos]</li> <li>Regular [15-18 puntos]</li> <li>Bueno [19-22 puntos]</li> </ul>
			Índice de higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de placa blanda y depósitos de sarro</li> <li>- Salud gingival</li> </ul>	Índice simplificado de Greene y Vermillion (Ficha de recolección de datos)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Excelente [0]</li> <li>Bueno [0,1-1,2]</li> <li>Regular [1,3-3,0]</li> <li>Malo [3,1-6,0]</li> </ul>

			Nivel de higiene de la PPR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de limpieza</li> <li>- Mantenimiento</li> </ul>	Escala de Vigild (Ficha de recolección de datos)	Ordinal	Mala [2-4 puntos] Regular [1 punto] Buena [0 puntos]
Programa de prevención y cuidado	Un programa de prevención y cuidado bucal es una propuesta de intervención que integra componentes educativos y clínicos para promover prácticas sostenibles de salud oral y minimizar el riesgo de enfermedades orales (9).	La implementación del programa de prevención y cuidado para pacientes AM portadores de PPR se dio mediante sesiones formativas y talleres prácticos, cuya ejecución y efectos se evaluaron en distintos momentos del estudio.	Etapa de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis situacional</li> <li>- Diseño del programa y establecimiento de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario pretest</li> <li>- Ficha de recolección de datos</li> </ul>	Nominal	Antes del programa Después del programa
			Etapa de intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia a Sesiones del programa</li> <li>- Participación en los Talleres demostrativos prácticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de asistencia</li> <li>- Lista control</li> </ul>		

			Etapa post-intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplimiento de tareas o recomendaciones.</li> <li>- Evaluación y monitoreo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario posttest</li> <li>- Ficha de recolección de datos</li> </ul>		
--	--	--	-------------------------	---	--	--	--

### 8.5. Escala de valoración de los instrumentos de recolección de datos

Escala de valoración del cuestionario “Adultos mayores”	
Valoración por cada ítem	Puntaje
Respuesta no acertada	0 puntos
Respuesta acertada	1 punto

#### Escala por dimensión, indicador e ítems del cuestionario

Dimensión	Indicador	Ítem
<b>DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA</b>	¿Cree Ud., que para tener una buena limpieza debe considerarse?	1
	¿Cuáles considera Ud., son medidas para la limpieza de su prótesis dental?	2
	¿Usted lavaría sus encías antes de colocarse la prótesis dental?	3
	¿Usted sabe cómo se debe cepillar su prótesis dental?	4
	¿Cree Ud., que se debería retirar la prótesis para limpiarla después de cada comida?	5
	¿Cree usted que al limpiar la prótesis después de cada comida ayuda a conservar mejor su prótesis total?	6
	¿Cree usted que al cepillar su prótesis total elimina sarro y pigmentaciones?	7
	¿Usted sabe cómo se debe desinfectar su prótesis dental?	8
	¿Cree Ud., que al desinfectar elimina bacterias y microorganismos patógenos de su prótesis total?	9
	¿Cree Ud., que el exceso de limpieza y desinfección pueden dañar su prótesis dental?	10
	¿Considera usted que la instrucción para el cuidado y mantenimiento son necesarios para la conservación de su prótesis dental?	11
<b>CONSERVACIÓN Y PERCEPCIÓN</b>	¿Conoce usted la forma de guardar su prótesis total cuando no lo utiliza?	12
	¿Usted sabe cómo conservar su prótesis total por las noches?	13

	¿Dónde cree usted que es un buen lugar para almacenar su prótesis dental?	14
	¿Cree Ud., que al desgarrar y masticar alimentos muy duros puedan dañar su prótesis dental?	15
	¿Usted ha modificado por su cuenta su prótesis dental?	16
	¿En caso de un desajuste de su prótesis total que debe hacer?	17
	¿Usted cree que el adhesivo para prótesis de brinda mayor estabilidad y retención de su prótesis dental?	18
	¿Sabe cuánto es la vida útil promedio de la prótesis dental?	19
	¿Considera que es necesario retirar la prótesis total para que sus tejidos descansen?	20
	¿Conoce usted algún tipo de enfermedad relacionada al inadecuado uso de la prótesis dental?	21
	¿Considera usted algo necesario seguir las instrucciones del odontólogo para una mayor duración de su prótesis dental?	22

## BAREMACIONES

### Baremación por cada dimensión del nivel de conocimiento sobre el uso y cuidado de prótesis dentales removibles

Dimensión	Puntaje
Desinfección y limpieza	Nivel malo: 0 – 4 puntos Nivel regular: 5 – 8 puntos Nivel bueno: 9 – 11 puntos
Conservación y percepción	Nivel malo: 0– 4 puntos Nivel regular: 5 – 8 puntos Nivel bueno: 9 – 11 puntos

### Baremación de la escala del cuestionario “Adultos mayores”

Niveles de conocimiento	Puntaje
Nivel malo	0 - 14 puntos
Nivel regular	15 - 18 puntos
Nivel bueno	19 - 22 puntos

Índice de higiene oral Según Greene y Vermillion	
Excelente	0
Bueno	0,1 a 1,2
Regular	1,3 a 3,0
Malo	3,1 a 6,0

Nivel de higiene de prótesis dentales removibles Escala de Vigild	
Mala	2 a 4 puntos
Regular	1 punto
Buena	0 puntos

## 8.6. Estadística inferencial

**Tabla 4.**

*Prueba de normalidad.*

Grupo de estudio		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Pre-test	Control	0,167	40	0,006
	Experimental	0,134	40	0,067
Pos-test	Control	0,139	40	0,050
	Experimental	0,190	40	0,001

Nota. Obtenido de instrumentos

**Tabla 5.**

*Impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025 (Grupo experimental).*

Grupo de estudio	Z	Pos-test - Pre-test
Experimental	Sig. asintótica(bilateral)	-5,456 <sup>b</sup> 0,000

Nota. Obtenido de instrumentos

$Z = -5.456$ ;  $p = 0.000$  → diferencia significativa antes y después del programa en el grupo experimental.

**Tabla 6.**

*Impacto de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025 (Grupo control).*

Grupo de estudio		Pos-test - Pre-test
	Z	-1,498 <sup>b</sup>
Control	Sig. asintótica(bilateral)	0,134

Nota. Obtenido de instrumentos

Z = -1.498; p = 0.134 → no hubo diferencia significativa antes y después en el grupo control.

**Tabla 7.**

*Prueba U de Mann – Whitney de pre-test*

	Pre-test
U de Mann-Whitney	588,500
W de Wilcoxon	1408,500
Z	-2,060
Sig. asintótica(bilateral)	0,039

Nota. Obtenido de instrumentos

**Tabla 8.**

*Prueba U de Mann – Whitney de pos-test*

	Pos-test
U de Mann-Whitney	0,000
W de Wilcoxon	820,000
Z	-7,750
Sig. asintótica(bilateral)	0,000

Nota. Obtenido de instrumentos

## 8.7. Autorizaciones para el desarrollo de la investigación



CLÍNICA DENTAL "CRISTO REY"  
RUC: 20603679521/ Dirección: Calle Lima 131,  
San Clemente, Pisco-Ica/ Teléfono: 947915076/  
Correo: [clinicadentalcristorey2009@gmail.com](mailto:clinicadentalcristorey2009@gmail.com)

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Ica, 02 de abril de 2025

Por medio de la presente, yo, ESTHER MAXIMINA SIFUENTES PUMA, en mi calidad de Gerente General de la Clínica dental Cristo Rey, autorizo a la BACH. Yamileth Zavaleta Ballarta, egresada de la carrera de Odontología, a realizar el trabajo de campo correspondiente a su proyecto de tesis titulado:

**"Implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025."**

El trabajo será desarrollado con los pacientes adultos mayores que forman parte de nuestra Clínica dental respetando en todo momento las normas éticas, la confidencialidad y el bienestar de los participantes. Asimismo, la egresada se compromete a coordinar previamente sus actividades con la administración de la clínica y a entregar un informe final de los resultados obtenidos si así se le solicita.

Sin otro particular, reiteramos nuestro compromiso con la mejora continua de la salud y el bienestar de nuestros pacientes, y expresamos nuestro apoyo a iniciativas académicas que contribuyan a ese fin.

Atentamente,

ESTHER MAXIMINA SIFUENTES PUMA

Gerente General de la Clínica Dental Cristo Rey  
DNI: 22250180  
Teléfono: 956078353

## 8.8 Constancia de ejecución de Proyecto de tesis .



**CLÍNICA DENTAL "CRISTO REY"**  
RUC: 20603679521/ Dirección: Calle Lima 131,  
San Clemente, Pisco-Ica/ Teléfono: 947915076/  
Correo: [clinicadentalcristorey2009@gmail.com](mailto:clinicadentalcristorey2009@gmail.com)

### CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

La gerente general Lic. Esther Maximina Sifuentes Puma:

Por medio de la presente, deja constancia que la **Bachiller Yamileth Zavaleta Ballarta** con DNI. 75822126, ha ejecutado satisfactoriamente el proyecto de tesis titulado:

**"Implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025"**.

En las instalaciones de la **Clínica Dental Cristo Rey**, durante el período comprendido entre el **01 de abril** y el **05 de junio** del año **2025**. Este proyecto se desarrolló en el marco del programa denominado **"Mejor salud bucal para los ancianitos"**, orientado a promover prácticas adecuadas de higiene y cuidado de prótesis dentales en adultos mayores.

La intervención se realizó con la participación de **80 pacientes adultos mayores portadores de prótesis parcial removible**, distribuidos en 40 pacientes para el grupo experimental y 40 pacientes para el grupo control. Para un abordaje más efectivo, los pacientes fueron organizados en grupos de 10 personas.

Durante la ejecución del programa, se estableció una etapa diagnóstica, en la que se registraron el nivel de higiene oral del paciente y el estado de limpieza de la prótesis parcial removible. Además, se aplicó un cuestionario estructurado que evaluó dos dimensiones: desinfección y limpieza, y conservación, y percepción; de la prótesis parcial removible por parte de los adultos mayores.

La bachiller demostró un alto nivel de compromiso, ética profesional y responsabilidad, cumpliendo con los objetivos del proyecto y contribuyendo significativamente a la mejora de la salud bucal de los pacientes atendidos.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime convenientes.

San Clemente, 06 de junio de 2025

Atentamente,

POLICLINICO CRISTO REY A.T.S.A.D.  
ESTHER SIFUENTES PUMA  
GERENTE

**ESTHER MAXIMINA SIFUENTES PUMA**

Gerente General de la Clínica Dental Cristo Rey  
DNI: 22250180  
Teléfono: 956078353

## **8.9. Programa de prevención y cuidado de salud oral en adultos mayores**

### **Título del Programa**

“Mejor salud bucal para los ancianitos”

#### **Presentación**

El presente documento describe el modelo teórico y operativo que sustentó la ejecución del programa “Mejor salud bucal para los ancianitos”, orientado a mejorar la salud oral en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles. Este programa fue diseñado e implementado a partir de la identificación de deficiencias significativas en el conocimiento y las prácticas de cuidado bucodental en esta población, evidenciadas durante la etapa diagnóstica, en la cual se observó que los participantes presentaban un estado bucal regular (96,3%) y un mal manejo de sus prótesis (66,3%).

Frente a esta problemática, se desarrollaron intervenciones preventivas y educativas enfocadas en fortalecer el autocuidado y los conocimientos sobre higiene oral. Las estrategias implementadas incluyeron actividades educativas de carácter práctico, accesibles y culturalmente pertinentes, adaptadas a las características individuales y sociales de los adultos mayores. Estas acciones no solo promovieron la adopción de hábitos saludables, sino que también contribuyeron a prevenir enfermedades bucodentales derivadas del uso inadecuado o del mantenimiento deficiente de las prótesis.

El programa adoptó un enfoque integral que reconoció al adulto mayor como un agente activo en el cuidado de su salud, promoviendo su participación, autonomía y valoración personal. Asimismo, se involucró activamente a la familia y al equipo de salud como actores fundamentales en el proceso educativo. En conjunto, esta experiencia contribuyó al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible N.º 3, orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, reforzando el compromiso de la atención primaria con un envejecimiento saludable, digno y autónomo.

#### **Conceptualización del programa**

El programa se estructuró con base en los fundamentos teóricos sobre salud bucal en el adulto mayor, haciendo énfasis en el uso y cuidado adecuado de las prótesis dentales removibles. Su diseño se apoyó en un enfoque preventivo y promocional, en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud del Perú y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en el marco del envejecimiento activo.

Se establecieron dos dimensiones clave: desinfección y limpieza, y conservación y percepción, las cuales representan el conjunto de conocimientos y prácticas esenciales que los adultos mayores

deben dominar para mantener en buen estado sus prótesis y su salud bucal en general. Cada dimensión fue desarrollada mediante contenidos específicos y actividades prácticas, orientadas a dotar a los participantes de herramientas comprensibles, sostenibles y adecuadas a su entorno. Esto permitió mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones bucodentales.

### **Objetivos del programa**

#### **Objetivo general:**

Mejorar la salud bucal en pacientes adultos mayores portadores de prótesis parciales removibles, mediante la implementación de un programa educativo de prevención y cuidado bucal.

#### **Objetivos específicos:**

- Incrementar el nivel de conocimiento sobre el uso, limpieza y mantenimiento de prótesis parciales removibles en los adultos mayores.
- Fomentar hábitos saludables de higiene bucal y cuidado de prótesis a través de sesiones educativas y talleres demostrativos.
- Disminuir la presencia de placa dental y mejorar el índice de higiene oral en los pacientes participantes.
- Promover la autovaloración del cuidado bucodental en los adultos mayores como parte del autocuidado en la vejez.

#### **Justificación**

La implementación del programa “Mejor salud bucal para los ancianitos” respondió a la necesidad de mejorar la salud oral de los adultos mayores que utilizan prótesis dentales removibles. En la etapa diagnóstica se detectaron carencias importantes en los conocimientos relacionados con el uso y mantenimiento de estas prótesis, así como deficiencias en los niveles de higiene oral, lo que implicaba un riesgo considerable para su bienestar general.

Reconociendo el rol activo que los adultos mayores pueden y deben asumir en el cuidado de su salud, el programa propuso una intervención educativa basada en actividades prácticas y comprensibles, adaptadas a su realidad cultural y social. Esta estrategia permitió no solo la transmisión de conocimientos teóricos, sino también la consolidación de hábitos saludables y sostenibles que contribuyen a prevenir complicaciones frecuentes asociadas al uso inadecuado de prótesis. De este modo, se fortaleció el empoderamiento de los participantes en el ámbito del autocuidado y se aportó al fortalecimiento de la salud pública desde un enfoque preventivo y humanizado.

## **Fundamentos teóricos**

La investigación y el programa se respaldó en un conjunto de teorías que explican el impacto de las intervenciones educativas en la adquisición de conocimientos y la modificación de prácticas de higiene bucal en la población adulta mayor usuaria de prótesis parciales removibles. Estas bases teóricas proporcionan un entendimiento profundo de los mecanismos mediante los cuales los programas de prevención y cuidado bucal influyen positivamente en la salud oral de este grupo específico; asimismo, dichos modelos permitieron un abordaje integral y contextualizado del problema, considerando las particularidades de la población estudiada y las implicaciones de las intervenciones ejecutadas.

La Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura replantea el aprendizaje, afirmando que este no se limita al condicionamiento operante, sino que incluye la observación e imitación de modelos. Bandura enfatizó la reciprocidad entre factores conductuales, cognitivos y ambientales en el aprendizaje observacional, resaltando la importancia de la atención, retención y motivación en la adquisición de nuevas conductas a través de la imitación (11). Desde esta perspectiva, el aprendizaje se entiende como un proceso de interacción social, en el cual los individuos adquieren repertorios conductuales, actitudes y respuestas mediante la observación de otros. Lo percibido se interioriza cognitivamente y luego se traduce en conductas propias, sin que sea imprescindible una vivencia directa de la experiencia (12).

La teoría integró enfoques del conductismo y del cognitivismo, ofreciendo una visión más holística sobre cómo las personas construyen saberes, configuran creencias y adoptan disposiciones actitudinales, aún sin estímulos reforzadores directos. Bandura argumentó que el contexto desempeña un papel determinante en los procesos de aprendizaje y en la configuración de patrones conductuales. A través de la observación de referentes o modelos, los individuos tienen la capacidad de incorporar destrezas, reformular comportamientos adquiridos o asumir nuevas disposiciones actitudinales. El aprendizaje observacional resulta esencial para el desarrollo humano, permitiendo la transmisión intergeneracional de conocimientos y habilidades (23).

El Modelo de Creencias de Salud se ha establecido como un referente teórico fundamental en la psicología de la salud para comprender conductas relacionadas con la prevención. Este modelo, basado en principios cognitivos, postula que dichas conductas resultan de las creencias y evaluaciones personales que el individuo aplica a una situación específica. Se sustenta en la premisa de que la conducta humana depende de dos variables: la valoración individual de un objetivo y la percepción de la probabilidad de alcanzarlo mediante una acción determinada (24).

Además, este modelo propone que la conducta ante la salud o la enfermedad depende de la interacción entre la propensión individual a la acción y la percepción de las barreras implicadas.

Una alta motivación para actuar, combinada con una percepción baja de obstáculos, incrementa la probabilidad de adoptar conductas de cuidado; por el contrario, una baja motivación junto a barreras significativas impide la acción. Cuando ambas variables son intensas, puede surgir un conflicto interno que conduce a la evitación del problema, distracciones o respuestas emocionales como la ansiedad, dificultando la toma de decisiones lógicas y eficaces. En resumen, este modelo se basa en un análisis de costos y beneficios, donde el individuo sopesa la eficacia de una acción frente a sus posibles consecuencias negativas (25).

El Modelo Transteórico del Cambio (MTT) explora los procesos de modificación conductual integrando elementos comunes a distintas perspectivas psicológicas. Su aplicabilidad se ha demostrado en contextos como el consumo de sustancias, trastornos de ansiedad, prevención de ITS y adherencia a tratamientos médicos. El modelo se estructura en cuatro componentes: los procesos de cambio, las etapas de cambio, el equilibrio decisional y la autoeficacia (26).

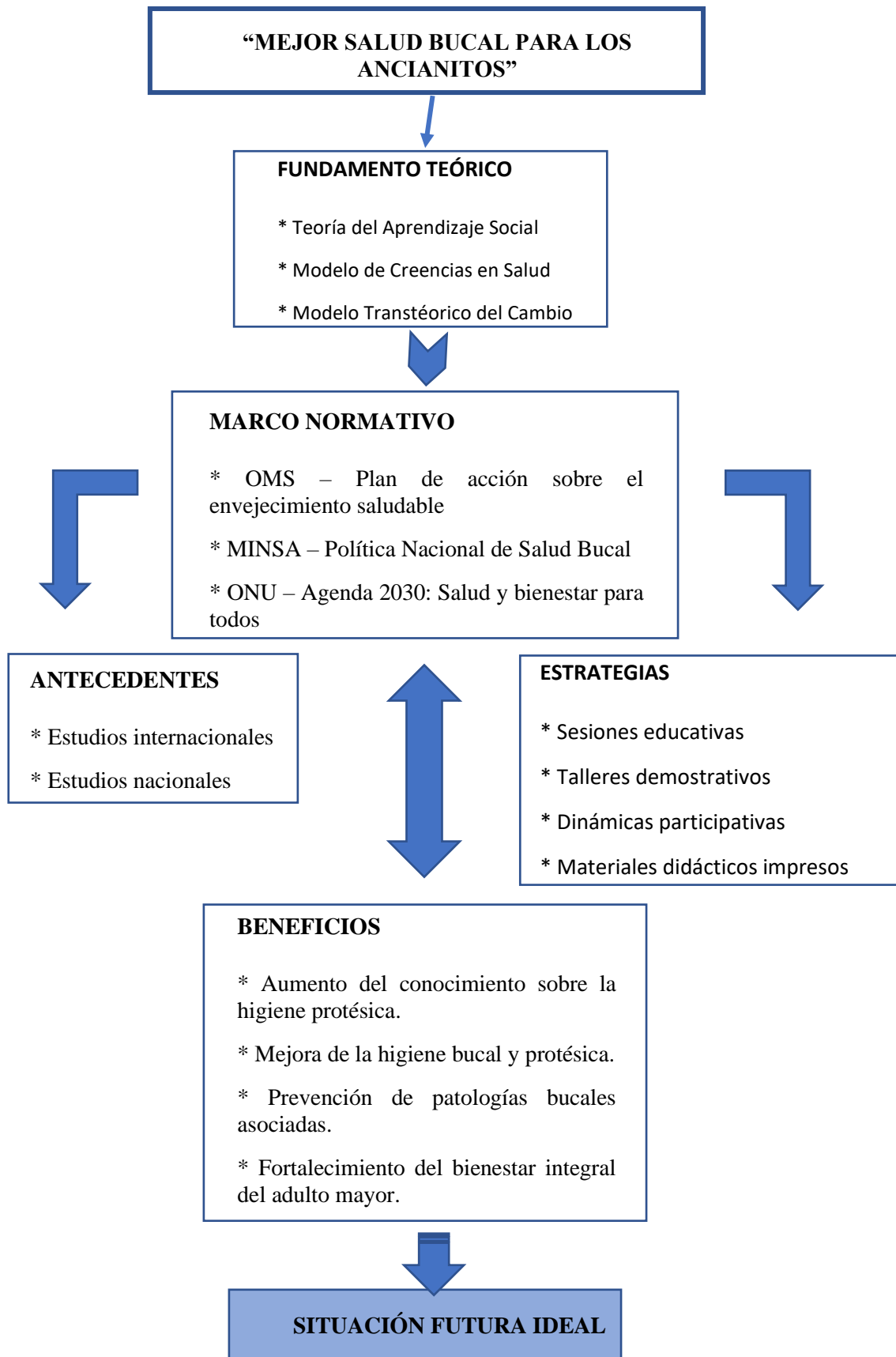
Los procesos de cambio comprenden acciones deliberadas o automáticas para transformar conductas. Las etapas de cambio incluyen: precontemplación (no reconocer el problema), contemplación (ambivalencia), preparación (decisión de actuar), acción (implementación de cambios) y mantenimiento (prevención de recaídas). Aunque la recaída se ha planteado como etapa adicional, no es universalmente aceptada (27).

El equilibrio decisional implica una evaluación de beneficios y barreras. A medida que el individuo progresa en las etapas, también lo hace su percepción de las ventajas y desventajas del cambio, lo que influye directamente en su disposición para actuar. Finalmente, la autoeficacia representa la confianza del sujeto en su capacidad para manejar situaciones de riesgo sin recurrir a conductas nocivas (27).

## Estrategias

Orden	Objetivos	Problema existente	Estrategias	Beneficios	Beneficiario	Tiempo	Periodo
1	Incrementar el nivel de conocimiento sobre el uso, limpieza y mantenimiento de prótesis parciales removibles en los adultos mayores.	Desconocimiento generalizado sobre el uso correcto y los cuidados básicos de las prótesis parciales removibles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar sesiones educativas adaptadas a adultos mayores sobre uso, limpieza y mantenimiento de PPR.</li> <li>- Elaborar materiales impresos con lenguaje sencillo e ilustraciones.</li> <li>- Realizar talleres prácticos donde se enseñen técnicas de cepillado y limpieza protésica con agentes reveladores de placa.</li> <li>- Fomentar rutinas saludables mediante dinámicas participativas.</li> <li>- Enseñar y practicar técnicas correctas de higiene oral con supervisión directa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento del conocimiento sobre la higiene protésica.</li> <li>- Reducción de complicaciones por mal uso.</li> </ul>	Adultos mayores portadores de PPR	6 semanas	Abril / junio 2025
2	Fomentar hábitos saludables de higiene bucal y cuidado de prótesis a través de sesiones educativas y talleres demostrativos.	Prácticas de higiene bucal inadecuadas y ausencia de rutinas sistemáticas de cuidado diario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar y practicar técnicas correctas de higiene oral con supervisión directa.</li> <li>- Aplicar evaluaciones con agentes reveladores para evidenciar la efectividad del cepillado.</li> <li>- Desarrollar sesiones de reflexión grupal sobre el valor del autocuidado bucal.</li> <li>- Incentivar la participación activa mediante testimonios, actividades motivadoras y reconocimiento del progreso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora de la higiene bucal y protésica.</li> <li>- Prevención de patologías bucales asociadas.</li> </ul>	Adultos mayores portadores de PPR	6 semanas	Abril / junio 2025
3	Disminuir la presencia de placa dental y mejorar el índice de higiene oral en los pacientes participantes.	Alta prevalencia de placa bacteriana y deficiente técnica de cepillado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar y practicar técnicas correctas de higiene oral con supervisión directa.</li> <li>- Aplicar evaluaciones con agentes reveladores para evidenciar la efectividad del cepillado.</li> <li>- Desarrollar sesiones de reflexión grupal sobre el valor del autocuidado bucal.</li> <li>- Incentivar la participación activa mediante testimonios, actividades motivadoras y reconocimiento del progreso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la placa visible.</li> <li>- Mejora en el índice de higiene oral.</li> </ul>	Adultos mayores portadores de PPR	6 semanas	Abril / junio 2025
4	Promover la autovaloración del cuidado bucodental en los adultos mayores como parte del autocuidado en la vejez.	Baja percepción de importancia sobre la salud bucal en la tercera edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar sesiones de reflexión grupal sobre el valor del autocuidado bucal.</li> <li>- Incentivar la participación activa mediante testimonios, actividades motivadoras y reconocimiento del progreso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de la motivación para mantener prácticas de autocuidado.</li> <li>- Fortalecimiento del bienestar integral del adulto mayor.</li> </ul>		6 semanas	Abril / junio 2025

## Diseño del programa



## Evaluación del programa

La evaluación del programa “Mejor salud bucal para los ancianitos” estuvo a cargo de la investigadora responsable, quien desarrolló todas las fases del proceso, desde el diagnóstico inicial hasta la medición de resultados posteriores a la intervención. Esta evaluación fue sustentada en el análisis estadístico de los datos recolectados, lo que permitió determinar con rigurosidad científica el impacto del programa.

Se aplicaron pruebas estadísticas específicas, como la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Wilcoxon, que evidenciaron diferencias significativas en las variables estudiadas antes y después de la intervención, particularmente en el nivel de conocimiento, la higiene oral y el estado de las prótesis dentales removibles.

Este enfoque permitió verificar la efectividad del programa no solo a partir de la percepción de los participantes, sino a través de indicadores cuantificables y medibles. En consecuencia, se concluyó que el programa fue pertinente, efectivo y alineado con las necesidades reales de los adultos mayores, constituyéndose en una herramienta viable para su aplicación en otros contextos similares.

## Cronograma

N°	Sesiones educativas	Actividades	SEMANA						
			1	2	3	4	5	6	
1	Importancia de la salud bucal en adultos mayores.	Sensibilización sobre el cuidado de las prótesis dentales y su impacto en la salud general.	X						
2	Cuidados de las encías y la boca en portadores de prótesis.	Orientación sobre el cuidado de las encías y estructuras de soporte protésico.		X					
3	Hábitos saludables para la salud bucal.	Fomento de rutinas de higiene bucal y hábitos beneficiosos para la salud integral.			X				
4	Uso y mantenimiento de las prótesis	Capacitación en técnicas correctas de uso, limpieza y				X		X	

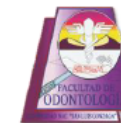
5	dentales removibles. Prevención de problemas comunes en el uso de prótesis.	conservación de prótesis. Estrategias preventivas para evitar complicaciones como desajustes o desgaste prematureo.	X
---	---	--	---

---

8.10. Sesiones de Aprendizaje del programa de prevención y cuidado de salud oral en adultos mayores.



“Programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles, 2025”



SESIÓN DE APRENDIZAJE 01 «MEJOR SALUD PARA LOS ANCIANITOS»


**I. DATOS GENERALES:**

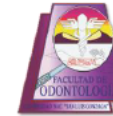
- 1.1. CENTRO ODONTOLÓGICO : Clínica Dental «Cristo Rey»
- 1.2. GERENTE GENERAL : Lic. Esther Maximina Sifuentes Puma.
- 1.3. INVESTIGADOR : Bach. Yamileth Anais Zavaleta Ballarta.
- 1.4. GRUPO DE ESTUDIO : Experimental
- 1.5. FECHA : Lunes 28 de abril a viernes 2 de mayo.
- 1.6. TÍTULO DE LA SESIÓN : Importancia de la salud bucal en adultos mayores.

DIMENSIÓN	COMPETENCIAS	CAPACIDADES	DESEMPEÑO	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Conservación y percepción	Comprende la importancia de la salud bucal según su edad.	Reflexiona sobre lo importante que es su la salud bucal.	Opina dando razones sobre algunas circunstancias personales lo conllevaron a usar PPR	Observaran fotos e imágenes de circunstancias que afectan la salud bucal, Evaluará su índice prótesis y boca y conocimiento

MOMENTOS PEDAGOGICO	DESARROLLO DEL APRENDIZAJE	ESTRATEGIAS PROCESOS PEDAGÓGICOS Y PROCESOS DIDÁCTICOS	MEDIOS Y MATERIALES
<i>RUTINA</i>		<b>ACTIVIDADES INICIACIÓN</b> 1. Ingresan a recepción 2, se espera 5 minutos para iniciar la ponencia. 2. Listado de asistentes. 3. Toma de consentimiento informado. 4. Verificamos si hay discapacidad visual o auditiva (buscar ayudar a los AM)	Listado de asistentes. Consentimiento informado.
	<b>DINAMICA: VERDADERO O FALSO: “MITOS DE LA SALUD BUCAL”</b>	<b>Planificación</b> Realizamos una asamblea dialogaremos sobre el espacio y el tiempo donde vamos a escuchar la ponencia <b>Organización</b> Invitamos a sentarse, rectificamos la asistencia de los adultos mayores y verificamos si viene acompaños o solos. <b>Desarrollo</b> Presentamos tarjetas rojas (falso) y verdes (verdadero), mencionando “vamos a comenzar con una pequeña actividad: sobre su salud bucal o cuanto creen saber. <b>Orden</b> Yo diré algunas afirmaciones ustedes deben decidir si son verdaderas o falsas. 1. “Las prótesis dentales durante toda la vida sin necesidad de revisión.” (falso) 2. “Solo los dientes naturales necesitan limpieza diaria.” (falso) 3. “Solo los niños deben visitar al dentista regularmente.” (falso) <b>Socialización</b> Escuchamos y reflexionamos sus comentarios, respecto a las afirmaciones. Cerramos diciendo ¡Como ven hay muchos mitos que circulan sobre la salud bucal, hoy vamos a aclararlos y aprender cómo cuidar mejor de su boca, encías y prótesis!!	Material “PPT”



	<p><i>INICIO</i></p>	<p>-La bachiller comienza la ponencia saludando a los asistentes con entusiasmos y alegría. “Hola, ¿Cómo están? SOY LA BACHILLER YAMILETH ZAVALETA EGRESADA DE LA SAN LUIS GONZAGA, JUNTO A LA CLINICA CRISTO REY, Hoy empezaremos un programa de prevención y cuidado de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles.</p> <p>Previa a nuestra ponencia firmaron un consentimiento informado, en el que serán participes de una evaluación escrita y una valoración oral antes y después de escuchar estas 5 sesiones, que la desarrollaremos en un mes y medio. Nos comunicaremos para dudas o consultas a mi número de teléfono mostrado en ppt. Si hay dudas o preguntas tendremos un espacio al final para realizarla.</p> <p><b>ANTES DE LA AHONDAR EN EL TEMA:</b> "Se realizará una pregunta: ¿Por qué es importante la salud bucal en los adultos mayores?"</p> <p><b>OBJETIVO DE APRENDIZAJE DE LA SESIÓN 1:</b> Sensibilizar a los pacientes sobre la importancia del cuidado adecuado de las prótesis dentales removibles y su impacto en la salud bucal general.</p>	<p>PPT – Imagen de adulto mayor con facie de dolor.</p>
	<p><i>DESARROLLO</i></p>	<p><b>DURANTE EL DESARROLLO DEL TEMA.</b></p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>PPT</p>



		<p>Explicación clara, con apoyo visual:                  ¿Por qué es importante la salud oral en el adulto mayor?                  Consecuencias de una mala higiene oral: caries, mal aliento, infecciones, aftas, movilidad de la PPR, pérdida de soporte.                  ¿Qué es una PPR y por qué requiere cuidados especiales?                  Cómo afecta la boca enferma a la alimentación, el habla y la autoestima.</p>	
	<b>CIERRE</b>	<p><b>DESPUES:</b>                  Ahora que hemos escuchado esta información, rectificarnos lo mencionado inicialmente y ustedes me dirán en qué nos equivocamos. Asimismo, les invito a realizar preguntas antes de continuar con su valoración oral.</p> <p>-Refrigerio                  -Registro de instrumentos:                  1. Cuestionario de nivel de conocimiento.                  2. Ficha de recolección de datos: índice de higiene oral y nivel de higiene de la prótesis dental removible.</p>	<p>Cuestionario y fichas. Toma de fotos.</p>

  
 POLICLINICO CRISTO REY A & T S.A.  
 ESTHER SIFUENTES PUMA  
 GERENTE  


---

**ESTHER MAXIMINA SIFUENTES PUMA**


**SESIÓN DE APRENDIZAJE 02 «MEJOR SALUD PARA LOS ANCIANITOS»**

**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1. **CENTRO ODONTOLÓGICO** : Clínica Dental «Cristo Rey»
- 1.2. **GERENTE GENERAL** : Lic. Esther Maximina Sifuentes Puma.
- 1.3. **INVESTIGADOR** : Bach. Yamileth Anais Zavaleta Ballarta.
- 1.4. **GRUPO DE ESTUDIO** : Experimental
- 1.5. **FECHA** : Lunes 5 de mayo a viernes 9 de mayo.
- 1.6. **TÍTULO DE LA SESIÓN** : Cuidados de las Encías y la boca en adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles.

DIMENSIÓN	COMPETENCIAS	CAPACIDADES	DESEMPEÑO	CRITERIO DE EVALUACIÓN
<b>Conservación y percepción</b>	Comprende los cuidados de las encías y la boca en adultos mayores portadores de PPR.	Reflexiona sobre los cuidados de las encías y la boca en adultos mayores portadores de PPR.	Opina dando razones sobre algunas circunstancias personales lo conllevaron a usar PPR.	Observaran fotos e imágenes de los cuidados de las encías y la boca en adultos mayores portadores de PPR.

MOMENTOS PEDAGOGICO	DESARROLLO DEL APRENDIZAJE	ESTRATEGIAS PROCESOS PEDAGÓGICOS Y PROCESOS DIDÁCTICOS	MEDIOS Y MATERIALES
<i>RUTINA</i>		<b>ACTIVIDADES INICIACIÓN</b> 1. Ingresan a recepción 2, se espera 5 minutos para iniciar la ponencia. 2. Listado de asistentes.	Listado de asistentes. Consentimiento informado.
	<b>DINAMICA: VERDADERO O FALSO: “MITOS DE LA SALUD BUCAL”</b>	<b>Planificación</b> Realizamos una asamblea dialogaremos sobre el espacio y el tiempo donde vamos a escuchar la ponencia <b>Organización</b> Invitamos a sentarse, rectificamos la asistencia de los adultos mayores y verificamos si viene acompaños o solos. <b>Desarrollo</b> Presentamos tarjetas rojas (falso) y verdes (verdadero), mencionando “vamos a comenzar con una pequeña actividad: sobre sus cuidados de las encías y boca. <b>Orden</b> Yo diré algunas afirmaciones ustedes deben decidir si son verdaderas o falsas. 1. “Si tengo prótesis ya no necesito cepillarme.” (falso) 2. “Las encías no se limpian.” (falso) 3. “Puedo dormir con la prótesis puesta.” (falso) <b>Socialización</b> Se hace una lluvia de ideas o votación para conocer lo que creen los participantes.	Material “PPT”
	<i>INICIO</i>	-La bachiller comienza la ponencia saludando a los asistentes con entusiasmos y alegría. “Hola, ¿Cómo están? Hoy empezaremos la sesión 2 de este programa. Si hay dudas o preguntas tendremos un espacio al final para realizarla. <b>ANTES DE LA AHONDAR EN EL TEMA:</b> "Mostraremos unas imágenes de un paciente con PPR" <b>OBJETIVO DE APRENDIZAJE:</b>	PPT

		Instruir a los pacientes sobre la importancia del cuidado de las encías y las estructuras que sostienen la prótesis.	
	<b>DESARROLLO</b>	<p><b>DURANTE EL DESARROLLO DEL TEMA.</b></p> <p align="center"><b>SESIÓN 2: CUIDADOS DE LAS ENCÍAS Y LA BOCA EN AM CON PPR</b></p> <p align="center">Es crucial mantener una higiene bucal rigurosa y evitar productos abrasivos que puedan dañar la prótesis o irritar las encías.</p> <div align="center">  </div> <p>Explicación clara, con apoyo visual:          ¿Por qué es importante la salud oral en el adulto mayor?          Consecuencias de una mala higiene oral: caries, mal aliento, infecciones, aftas, movilidad de la PPR, pérdida de soporte.          ¿Qué es una PPR y por qué requiere cuidados especiales?          Cómo afecta la boca enferma a la alimentación, el habla y la autoestima.</p>	PPT
	<b>CIERRE</b>	<p><b>DESPUES:</b>          Ahora que hemos escuchado esta información, rectificarlos lo mencionado inicialmente y ustedes me dirán en qué nos equivocamos.</p>	Folletos

  
 POLICLINICO CRISTO REY A & T S.A.  
 ESTHER SIFUENTES PUMA  
 GERENTE  


---

 ESTHER MAXIMINA SIFUENTES PUMA



**SESIÓN DE APRENDIZAJE 03 «MEJOR SALUD PARA LOS ANCIANITOS»**


**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1. **CENTRO ODONTOLÓGICO** : Clínica Dental «Cristo Rey»
- 1.2. **GERENTE GENERAL** : Lic. Esther Maximina Sifuentes Puma.
- 1.3. **INVESTIGADOR** : Bach. Yamileth Anais Zavaleta Ballarta.
- 1.4. **GRUPO DE ESTUDIO** : Experimental
- 1.5. **FECHA** : Lunes 12 de mayo a viernes 16 de mayo.
- 1.6. **TÍTULO DE LA SESIÓN** : Hábitos saludables para la salud bucal.

DIMENSIÓN	COMPETENCIAS	CAPACIDADES	DESEMPEÑO	CRITERIO DE EVALUACIÓN
<b>Conservación y percepción</b>	Comprende los hábitos saludables para la salud bucal.	Reflexiona sobre los hábitos saludables para la salud bucal	Opina dando razones sobre algunas circunstancias personales lo conllevaron a usar PPR	Observaran fotos e imágenes de los hábitos saludables para la salud bucal



MOMENTOS PEDAGOGICO	DESARROLLO DEL APRENDIZAJE	ESTRATEGIAS PROCESOS PEDAGÓGICOS Y PROCESOS DIDÁCTICOS	MEDIOS Y MATERIALES
<i>RUTINA</i>		<b>ACTIVIDADES INICIACIÓN</b> 1. Ingresan a recepción 2, se espera 5 minutos para iniciar la ponencia. 2. Listado de asistentes.	Listado de asistentes. Consentimiento informado.
	<i>DINAMICA: iniciar con una pregunta.</i>	<b>Planificación</b> Realizamos una asamblea dialogaremos sobre el espacio y el tiempo donde vamos a escuchar la ponencia <b>Organización</b> Invitamos a sentarse, rectificamos la asistencia de los adultos mayores y verificamos si viene acompañados o solos. <b>Desarrollo</b> “¿Sabían que muchos problemas de salud empiezan por la boca?” Se pregunta: ¿Qué hacen diariamente para cuidar su boca? ¿Con qué frecuencia van al dentista? <b>Socialización</b> Se hace una lluvia de ideas o votación para conocer lo que creen los participantes.	Material “PPT”
	<i>INICIO</i>	-La bachiller comienza la ponencia saludando a los asistentes con entusiasmo y alegría. “Hola, ¿Cómo están? Esta semana empezaremos la sesión 3 de este programa. Si hay dudas o preguntas tendremos un espacio al final para realizarla. <b>ANTES DE LA AHONDAR EN EL TEMA:</b> "Mostraremos unas imágenes de un paciente con PPR" <b>OBJETIVO DE APRENDIZAJE:</b> Fomentar en los pacientes adultos mayores portadores de prótesis dentales removibles hábitos saludables que contribuyan al bienestar de salud bucal y general.	PPT

	<i>DESARROLLO</i>	<p align="center"><b>DURANTE EL DESARROLLO DEL TEMA.</b></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Explicación clara, con apoyo visual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepillado dental (mínimo 2 veces al día con pasta fluorada)</li> <li>• Uso del hilo dental (al menos 1 vez al día)</li> <li>• Enjuague bucal (si está indicado)</li> <li>• Buena hidratación (evitar boca seca)</li> <li>• Dieta equilibrada baja en azúcar</li> <li>• Visitas regulares al odontólogo (cada 6 meses)</li> <li>• Limpieza adecuada de prótesis (si usan PPR o total)</li> </ul> <p><u>Importante:</u> Relacionar la salud bucal con enfermedades como la diabetes, enfermedades del corazón y digestivas.</p>	PPT
	<i>CIERRE</i>	<p><b>DESPUES:</b> Resumen participativo: Preguntar: ¿Qué hábito nuevo aprendiste? ¿Cuál vas a poner en práctica? Elaboración de compromisos personales: Escribir o decir en voz alta su compromiso (ejemplo: “Me cepillaré después de cada comida”). Entrega de guía o folleto visual. Agradecimiento y cierre con mensaje motivador: “Una sonrisa sana es señal de salud y alegría.”</p>	Folletos Plumones- papelotes.

  
**ESTHER SIFUENTES PUMA**  
 GERENTE  
**ESTHER MAXIMINA SIFUENTES PUMA**



**SESIÓN DE APRENDIZAJE 4 «MEJOR SALUD PARA LOS ANCIANITOS»**

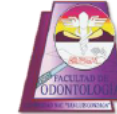
**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1. **CENTRO ODONTOLÓGICO** : Clínica Dental «Cristo Rey»
- 1.2. **GERENTE GENERAL** : Lic. Esther Maximina Sifuentes Puma.
- 1.3. **INVESTIGADOR** : Bach. Yamileth Anais Zavaleta Ballarta.
- 1.4. **GRUPO DE ESTUDIO** : Experimental
- 1.5. **FECHA** : Lunes 19 de mayo a viernes 30 de mayo.
- 1.6. **TÍTULO DE LA SESIÓN** : Uso y mantenimiento de las prótesis dentales removibles.


DIMENSIÓN	COMPETENCIAS	CAPACIDADES	DESEMPEÑO	CRITERIO DE EVALUACIÓN
<b>Desinfección y limpieza</b>	Comprende el uso y mantenimiento de las prótesis dentales removibles.	Reflexiona sobre el uso y mantenimiento de las prótesis dentales removibles.	Opina dando razones sobre como mantener su PPR saludable.	Observaran fotos e imágenes del uso y mantenimiento de las prótesis dentales removibles.

MOMENTOS PEDAGOGICO	DESARROLLO DEL APRENDIZAJE	ESTRATEGIAS PROCESOS PEDAGÓGICOS Y PROCESOS DIDÁCTICOS	MEDIOS Y MATERIALES
<i>RUTINA</i>		<b>ACTIVIDADES INICIACIÓN</b> 1. Ingresan a recepción 2, se espera 5 minutos para iniciar la ponencia. 2. Listado de asistentes.	Listado de asistentes. Consentimiento informado.
	<i>DINAMICA: iniciar con una pregunta.</i>	<b>Planificación</b> Realizamos una asamblea dialogaremos sobre el espacio y el tiempo donde vamos a escuchar la ponencia <b>Organización</b> Invitamos a sentarse, rectificamos la asistencia de los adultos mayores y verificamos si viene acompañados o solos. <b>Desarrollo</b> Pregunta inicial: “¿Cómo cuidan su prótesis dental en casa?” “¿La retiran por la noche? ¿La lavan todos los días?” <b>Socialización</b> Levantan la mano para explicar como haces esas acciones.	Material “PPT”
	<i>INICIO</i>	-La bachiller comienza la ponencia saludando a los asistentes con entusiasmos y alegría. “Hola, ¿Cómo están? Esta semana será larga, empezaremos la sesión 4 de este programa. Si hay dudas o preguntas tendremos un espacio al final para realizarla. <b>ANTES DE LA AHONDAR EN EL TEMA:</b> "Mostraremos unas imágenes de un paciente con PPR de como colocar y sacar" <b>OBJETIVO DE APRENDIZAJE:</b> Enseñar a los pacientes el uso y las técnicas correctas de limpieza de las prótesis dentales removibles.	PPT

	<p><i>DESARROLLO</i></p>	<p><b>DURANTE EL DESARROLLO DEL TEMA.</b></p> <p style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center; padding: 5px;"><b>SESIÓN 4: USO Y MANTENIMIENTO DE LA PPR</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px; background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px;">¿CÓMO COLOCARSE LA PPR?</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre con las manos limpias</li> <li>• Inserta suavemente, sin forzar</li> <li>• Asegúrate de que encaje correctamente</li> </ul> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px; background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px;">¿CÓMO RETIRARLA CORRECTAMENTE?</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retírala con cuidado, sin jalar fuerte</li> <li>• Hazlo sobre una toalla o lavabo con agua por si se cae</li> </ul> </div> </div> <p><b>1. ¿Qué es una prótesis dental removible?</b> Aparato que reemplaza uno o varios dientes perdidos. Permite mejorar la masticación, la estética y el habla.</p> <p><b>2. Recomendaciones para el buen uso:</b> Colocarla y retirarla suavemente. No dormir con la prótesis (salvo indicación del odontólogo). No forzarla ni usar pegamento casero. Acudir al odontólogo si hay molestias, llagas o aflojamiento.</p> <p><b>3. Limpieza correcta diaria:</b> Retirar después de cada comida. Lavar con agua y jabón neutro o pastilla limpiadora (NO pasta dental abrasiva). Usar cepillo de prótesis (o uno de cerdas suaves). Enjuagar bien antes de volver a colocarla. Limpiar también encías, lengua y dientes restantes.</p> <p><b>4. Conservación adecuada:</b> Guardarla en un recipiente con agua limpia por la noche. No usar agua caliente (puede deformarla). Cambiar el agua a diario. No envolverla en papel o dejarla al aire libre.</p>	<p>PPT</p>
--	--------------------------	---	------------



		<p><b>5. Visita odontológica:</b> Control cada 6 meses. Cambiar la prótesis si ya no ajusta bien o si está desgastada.</p> <p><b><u>Demostración paso a paso:</u></b> Cómo retirar e insertar la prótesis con cuidado. Cómo limpiarla correctamente (mostrar cepillo, jabón, enjuague). Cómo guardarla por la noche.</p> <p><b><u>Participación activa:</u></b> Invitar a un participante a practicar con un modelo o compartir cómo lo hace. Preguntar: “¿Qué hacían antes que ahora saben que está mal?” “¿Qué les gustaría mejorar?”</p>	
	<p><b><i>CIERRE</i></b></p>	<p><b><u>DESPUES:</u></b> <b><u>Resumen participativo:</u></b> ¿Qué hábitos deben mantener? ¿Qué errores debemos evitar? ¿Cuándo debo ir al dentista? <b><u>Compromiso personal:</u></b> Cada participante menciona en voz alta o escribe una acción que mejorará: “Desde hoy, limpiaré mi prótesis después de cada comida.” - Entrega de material educativo (tríptico o guía visual). <b><u>Mensaje de cierre:</u></b> “Una prótesis bien cuidada no solo te ayuda a sonreír, también a vivir mejor.”</p>	<p>Folletos Plumones- papelotes.</p>

  
 POLICLINICO CRISTO REY A & T S.A.  
 ESTHER SIFUENTES PUMA  
 GERENTE  


---

 ESTHER MAXIMINA SIFUENTES PUMA

**SESIÓN DE APRENDIZAJE 5 «MEJOR SALUD PARA LOS ANCIANITOS»**

**I. DATOS GENERALES:**


- 1.1. **CENTRO ODONTOLÓGICO** : Clínica Dental «Cristo Rey»
- 1.2. **GERENTE GENERAL** : Lic. Esther Maximina Sifuentes Puma.
- 1.3. **INVESTIGADOR** : Bach. Yamileth Anais Zavaleta Ballarta.
- 1.4. **GRUPO DE ESTUDIO** : Experimental
- 1.5. **FECHA** : Lunes 02 de junio a jueves 05 de mayo.
- 1.6. **TÍTULO DE LA SESIÓN** : Mantenimiento y prevención de problemas comunes de las prótesis dentales removibles

DIMENSIÓN	COMPETENCIAS	CAPACIDADES	DESEMPEÑO	CRITERIO DE EVALUACIÓN
<b>Desinfección y limpieza</b>	Comprende el mantenimiento y prevención de problemas comunes de las prótesis dentales removibles	Reflexiona sobre el mantenimiento y prevención de problemas comunes de las prótesis dentales removibles	Opina dando razones sobre como mantener su PPR saludable.	Observaran fotos e imágenes del Mantenimiento y prevención de problemas comunes de las prótesis dentales removibles.

MOMENTOS PEDAGOGICO	DESARROLLO DEL APRENDIZAJE	ESTRATEGIAS PROCESOS PEDAGÓGICOS Y PROCESOS DIDÁCTICOS	MEDIOS Y MATERIALES
<i>RUTINA</i>		<b>ACTIVIDADES INICIACIÓN</b> 1. Ingresan a recepción 2, se espera 5 minutos para iniciar la ponencia. 2. Listado de asistentes.	Listado de asistentes. Consentimiento informado.
	<i>DINAMICA: iniciar con una pregunta.</i>	<b>Planificación</b> Realizamos una asamblea dialogaremos sobre el espacio y el tiempo donde vamos a escuchar la ponencia <b>Organización</b> Invitamos a sentarse, rectificamos la asistencia de los adultos mayores y verificamos si viene acompañados o solos. <b>Desarrollo</b> Pregunta inicial: “¿Alguna vez han tenido molestias o heridas por su prótesis dental?” “¿Qué hacen cuando sienten que su prótesis ya no encaja bien?” <b>Socialización</b> Levantan la mano para explicar si tuvieron alguna situación similar.	Material “PPT”
	<i>INICIO</i>	-La bachiller comienza la ponencia saludando a los asistentes con entusiasmos y alegría. “Hola, ¿Cómo están? Esta semana será la última que nos veremos, empezaremos la sesión 5 de este programa. Al final, serán partícipes de una evaluación escrita y una valoración oral después de escuchar haber sido partícipes de estas 5 sesiones. Si hay dudas o preguntas tendremos un espacio al final para realizarla. <b>ANTES DE LA AHONDAR EN EL TEMA:</b> "Mostraremos unas imágenes de un paciente con PPR de como colocar y sacar" <b>OBJETIVO DE APRENDIZAJE:</b> Brindar a los pacientes estrategias preventivas para maximizar la durabilidad de la prótesis y evitar frecuentes como desajuste o desgaste.	PPT

	<p><i>DESARROLLO</i></p>	<p><b>DURANTE EL DESARROLLO DEL TEMA.</b></p> <div data-bbox="891 464 1615 871" style="text-align: center;"> <p><b>SESIÓN 5: MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN DE PROBLEMAS COMUNES DE PPR</b></p> <p><b>1</b> IRRITACIÓN O DOLOR EN LAS ENCÍAS ES COMÚN AL PRINCIPIO DE USAR UNA PRÓTESIS, ESPECIALMENTE SI NO ESTÁ BIEN AJUSTADA.</p> <p><b>2</b> AFLOJAMIENTO DE LA PRÓTESIS: LA MANDÍBULA CAMBIA CON EL TIEMPO, LO QUE PUEDE HACER QUE LA PRÓTESIS SE AJUSTE MAL.</p> <p><b>3</b> DIFICULTADES EN LA MASTICACIÓN: UNA PRÓTESIS MAL AJUSTADA O CON PROBLEMAS PUEDE DIFICULTAR LA MASTICACIÓN DE ALIMENTOS.</p> <p><b>4</b> PROBLEMAS ESTÉTICOS: LAS PRÓTESIS PUEDEN AFECTAR LA ALINEACIÓN DE LOS DIENTES Y LA ESTÉTICA FACIAL.</p> <p><b>5</b> DOLOR O SENSIBILIDAD: UNA PRÓTESIS QUE NO ESTÁ BIEN AJUSTADA O QUE TIENE PROBLEMAS PUEDE CAUSAR DOLOR O SENSIBILIDAD EN LA BOCA.</p> </div> <p><b>Principales problemas comunes de las prótesis removibles:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Llagas o heridas en la boca:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Causa: prótesis mal ajustada, falta de limpieza, uso prolongado sin descanso.</li> <li>○ Prevención: retirar por la noche, mantener limpia la boca y la prótesis.</li> </ul> </li> <li>2. <b>Mal olor o mal sabor en la boca:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Causa: acumulación de restos de comida, limpieza inadecuada.</li> <li>○ Prevención: lavar bien después de cada comida, no dejar al aire libre.</li> </ul> </li> <li>3. <b>Aflojamiento o desplazamiento de la prótesis:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Causa: desgaste, cambios en la encía, fracturas.</li> <li>○ Prevención: acudir al dentista para ajustes o cambios, no forzarla.</li> </ul> </li> <li>4. <b>Infecciones fúngicas (candidiasis oral):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Causa: uso continuo sin higiene, dormir con prótesis, sistema inmune débil.</li> </ul> </li> </ol>	<p>PPT</p>
--	--------------------------	---	------------

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevención: limpieza diaria, descanso nocturno sin prótesis, visitas periódicas.</li> </ul> <p><b>5. Fractura o desgaste de la prótesis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Causa: caída, mala limpieza, agua caliente.</li> <li>○ Prevención: manipular con cuidado, usar recipiente con agua al guardarla.</li> </ul> <p><b>Demostración guiada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo cepillar la prótesis correctamente (con modelo y cepillo especial).</li> <li>• Cómo guardarla de noche en un recipiente con agua.</li> <li>• Cómo reconocer señales de alarma (heridas, cambio de color, pérdida de ajuste).</li> <li>• Qué hacer si la prótesis se daña (NO usar pegamento casero; acudir al odontólogo).</li> </ul> <p><b>Participación activa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué hacen actualmente para prevenir estos problemas?</li> <li>• ¿Han usado remedios caseros que no funcionaron o empeoraron la situación?</li> </ul>	
	<b>CIERRE</b>	<p><b>DESPUES:</b> Refrigerio</p> <p>-Registro de instrumentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuestionario de nivel de conocimiento.</li> <li>2. Ficha de recolección de datos: índice de higiene oral y nivel de higiene de la prótesis dental removible.</li> </ol> <p>- Premios a los asistentes más participativos.</p>	Cuestionario y fichas. Toma de fotos.

  
 POLICLINICO CRISTO REY A & T S.A.  
**ESTHER SIFUENTES PUMA**  
 GERENTE  


---

**ESTHER MAXIMINA SIFUENTES PUMA**

## 8.11. Evidencias fotográficas

8.11.1. Base de datos de los pacientes seleccionados como grupo experimental: (se procura omitir nombre de los pacientes)

N° HISTORIA	GRUPO DE ESTUDIOS	EDAD	PACIENTE	TIPO DE PPB	PPB SUP/INF/AMB	SEXO	GRADO DE INSTRUCCIÓN
1	1	64	TUGAL	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
2	1	65	, BEND	Base metálica	Inf	Femenino	undaria comp
3	1	66	, PARI	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
4	1	65	ALCOM	Acrílico	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
5	1	72	CEPE	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
6	1	60	OROP	Flexible	Sup	Femenino	undaria comp
7	1	73	JO, JAY	Acrílico	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
8	1	65	CECC	Acrílico	Inf	Masculino	undaria comp
9	1	66	ARTEA	Metal	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
10	1	65	GOME	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
11	1	68	MAMA	PPR	Inf	Masculino	undaria comp
12	1	68	A CRU	Acrílico	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
13	1	67	ENTUR	Acrílico	Inf	Femenino	undaria comp
14	1	62	D, FER	Flexible	Inf	Masculino	undaria comp
15	1	69	AYRITU	Base metálica	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
16	1	65	QUIHU	Base metálica	Sup	Femenino	undaria comp
17	1	66	IACHA	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
18	1	61	, CULL	Acrílico	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
19	1	84	, VARI	Acrílico	Sup	Masculino	undaria comp
20	1	65	DAYZ	Base metálica	Sup	Femenino	undaria comp
21	1	84	RDO F	Flexible	Inf	Masculino	undaria comp
22	1	60	ROSA	Flexible	Sup	Femenino	undaria comp
23	1	63	CONDO	Acrílico	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
24	1	61	MAMA	Acrílico	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
25	1	60	MERIN	Base metálica	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
26	1	60	L, BOZ	Acrílico	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
27	1	65	RCIA D	PPR	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
28	1	70	CHE V	Base metálica	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
29	1	65	SOTO	Acrílico	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
30	1	61	UARIP	Flexible	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
31	1	61	MENEZ	Triplex	Inf	Femenino	undaria comp
32	1	60	AURA	Flexible	Sup	Femenino	undaria comp
33	1	66	RTEGA	Base metálica	Sup	Femenino	undaria comp
34	1	63	DBAL,	Base metálica	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
35	1	67	ADVINO	Flexible	Sup	Femenino	undaria comp
36	1	60	ED, CA	Acrílico	Inf	Masculino	undaria comp
37	1	60	RUIZ C	Base metálica	Inf	Femenino	undaria comp
38	1	65	ALCOM	Acrílico	Sup	Masculino	undaria comp
39	1	75	ALLAF	Acrílico	Inf	Femenino	undaria comp
40	1	80	ARIVA	Base metálica	Sup/Inf	Femenino	undaria comp

**8.11.2. Base de datos de los pacientes como grupo control:** (Se procura omitir nombres de los pacientes)

N° HISTORIA	GRUPO DE ESTUDIO	EDAD	PACIENTE	TIPO DE PPB	PPB SUP/INF/AMBA	SEXO	GRADO DE INSTRUCCIÓN
41	0	60	RQUE	Base metálica	Sup	Masculino	undaria comp
42	0	60	CORTE	Acrílico	Sup	Masculino	undaria comp
43	0	66	JAMA	Base metálica	Inf	Femenino	undaria comp
44	0	63	INRCY	Base metálica	Sup	Masculino	undaria comp
65	0	63	CUBA	Base metálica	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
64	0	60	ENAM	Base metálica	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
67	0	61	BALL	Base metálica	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
48	0	75	REANQ	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
49	0	65	AMAS	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
50	0	85	AMPA	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
51	0	75	SALA	Base metálica	Sup	Masculino	undaria comp
52	0	64	ELAC	Base metálica	Sup	Femenino	undaria comp
53	0	65	ASTR	Acrílico	Inf	Femenino	undaria comp
54	0	75	RCIA	Acrílico	Sup	Femenino	undaria comp
55	0	65	ANTA	Triplex	Sup	Masculino	undaria comp
56	0	62	PARIC	Acrílico	Inf	Femenino	undaria comp
57	0	60	LENTI	Acrílico	Inf	Masculino	undaria comp
58	0	60	HERN	Acrílico	Sup	Masculino	undaria comp
59	0	62	RUIZ	Triplex	Sup	Femenino	undaria comp
60	0	75	MENE	Flexible	Inf	Femenino	undaria comp
61	0	65	SOTO	Base metálica	Sup	Femenino	undaria comp
62	0	72	BAUTI	Acrílico	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
63	0	71	LAS, F	Base metálica	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
64	0	73	MAMA	Base metálica	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
65	0	85	D, KCC	Base metálica	Inf	Masculino	undaria comp
66	0	70	ALVAR	Acrílico	Inf	Femenino	undaria comp
67	0	60	ARRIZ	Base metálica	Inf	Masculino	undaria comp
68	0	65	INTAN	Base metálica	Inf	Femenino	undaria comp
69	0	62	JA, MA	Base metálica	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
70	0	64	MIRAN	Base metálica	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
71	0	70	OBAT	Base metálica	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
72	0	72	TO, PE	Acrílico	Sup/Inf	Masculino	undaria comp
73	0	63	DEVED	Acrílico	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
74	0	60	IPURF	Base metálica	Sup/Inf	Femenino	undaria comp
75	0	60	VLAN Y	Flexible	Sup	Femenino	undaria comp
76	0	60	EL, LAI	Acrílico	Inf	Masculino	undaria comp
77	0	62	RRASC	Base metálica	Inf	Femenino	undaria comp
78	0	61	OROP	Flexible	Inf	Femenino	undaria comp
79	0	70	MAMAN	Flexible	Sup	Femenino	undaria comp
80	0	60	CHIFF	Flexible	Sup	Femenino	undaria comp

**8.11.3. Toma de consentimiento antes de la exposición del Programa de prevención y Cuidado de la salud buccal en adultos mayores protadores de prótesis dentales removibles, 2025. (Grupo1)**

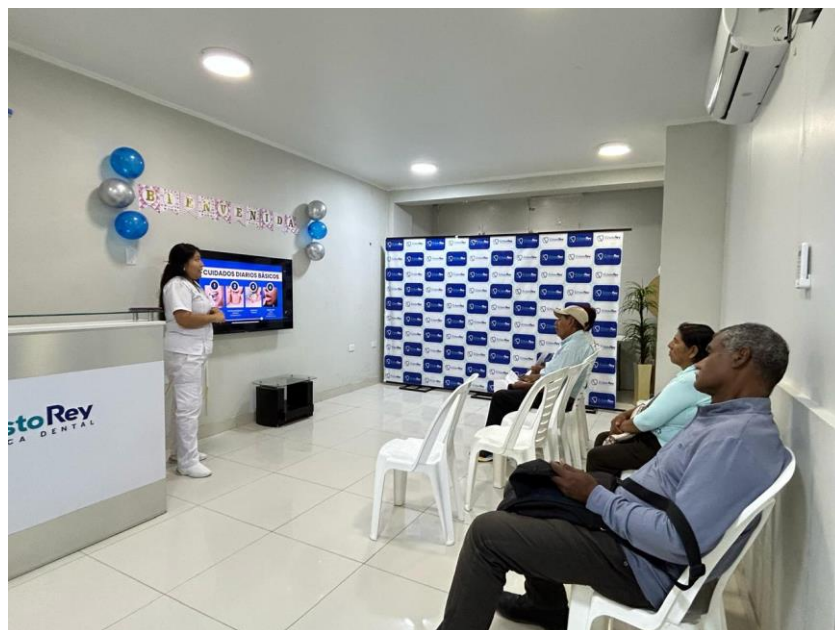


**8.11.4. Exposición del Programa de prevención y Cuidado de la salud buccal en adultos mayores protadores de prótesis dentales removibles, 2025.**

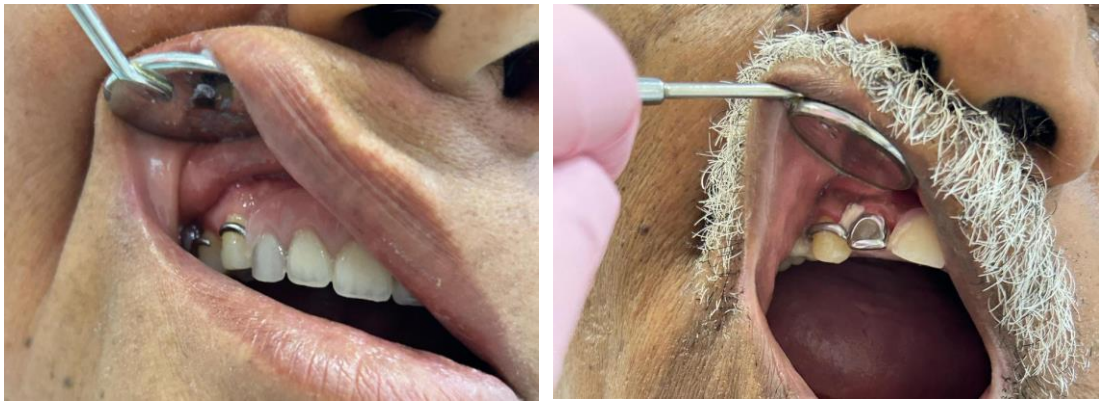








**8.11.5. Evaluación intraoral de algunos pacientes que consintieron fotografías:**



**8.11.6. Base de datos de los resultados obtenidos del grupo experimental:**

INDICE SIMPLIFICADO DE GREENE VERMIL	PPR SUP (ANTES)	PPR INF (ANTES)	NIVEL DE HIGIENE PPR - SUMARIA	INDICE SIMPLIFICADO DE GREENE VERMIL	PPR SUP (DESPUÉS)	PPR INF (DESPUÉS)	NIVEL DE HIGIENE PPR - SUMARIA
1.5	1		1	0.6	1		1
2		2	2	1.2		1	1
1.4	2		2	0.8	0		0
1.7	1	2	3	1	1	1	2
1.6	2		2	1.2	1		1
1.4	1		1	0.6	0		0
2	2	2	4	1	1	1	2
1.8		2	2	1		1	1
1.5	2	2	4	1.2	2	1	3
1.5	2		2	1	1		1
1.2		2	2	1		1	1
1.7	2	2	4	1	2	1	3
1.5		1	1	1		1	1
1.8		1	1	1.2		1	1
1.5	1	0	1	1.2	0	0	0
1.5	1		1	1.2	0		0
1.5	1		1	1.2	0		0
1.5	2	2	4	1.2	1	0	1
1.7	2		2	1.1	1		1
1.5	2		2	0.8	1		1
1.5		1	1	0.8		0	0
2	2		2	1	1		1
1.8	2	1	3	0.9	1	0	1
1.3	0	1	1	1	0	0	0
1	0	1	1	0.5	0	0	0
1.6	1	0	1	0.6	0	0	0
2.5	2	2	4	1.2	1	1	2
1.7	2	1	3	1.2	1	1	2
1.8	1	1	2	1.3	1	0	1
1.8	1	1	2	1.3	1	0	1
1.3		1	1	1		0	0
1.5	1		1	1	1		1
1.5	2		2	1	1		1
1.5	2	0	2	1	1	0	1
1.5	2		2	1	1		1
1.3		2	2	0.8		1	1
1.7		2	2	1.2		1	1
1.6	2		2	1.2	1		1
1.6		2	2	1.2		2	2

**8.11.7. base de datos de los resultados obtenidos del grupo control:**

INDICE SIMPLIFICADO DE GREENE VERMIL	PPR SUP (ANTES)	PPR INF (ANTES)	NIVEL DE HIGIENE PPR - SUMARIA	INDICE SIMPLIFICADO DE GREENE VERMIL	PPR SUP (DESPUES)	PPR INF (DESPUES)	NIVEL DE HIGIENE PPR - SUMARIA
1.6	1	2	3	1.2	1	1	2
1.5	2		2	1.5	2		2
1.8	2		2	1.5	1		1
1.5		1	1	1.5		1	1
1.5	1		1	1.8	1		1
2.5	2	2	4	2	2	2	4
1.7	2	1	3	1.8	2	2	4
1.7	2	1	3	1.8	2	2	4
1.6	1		1	1.6	2		2
1.5	2		2	1.5	2		2
1.5	1		1	1.5	1		1
1.5	1		1	1.5	1		1
1.6	2		2	1.6	2		2
1.3		1	1	1.7		2	2
2	2		2	2	2		2
1.5	1		1	1.7	1		1
1		1	1	1.7		2	2
1.5		1	1	1.5		2	2
2.5	2		2	2.5	2		2
2	2		2	2	2		2
1.8		1	1	1.8		1	1
2	2		2	1.8	2		2
2	2	2	4	1.8	2	2	4
1.5	2	1	3	1.5	2	2	4
1.5	1	1	2	1.5	1	1	2
1.8		2	2	1.8		2	2
1.6		2	2	1.6		2	2
1.7		2	2	1.6		2	2
1.3		1	1	1.6		1	1
1.6	2	1	3	1.6	2	1	3
1.6	1	2	3	1.6	1	2	3
1.6	1	1	2	1.6	1	2	3
2	2	2	4	2	2	2	4
1.6	2	1	3	1.6	2	1	3
1.6	1	1	2	1.6	1	1	2
1.6	2		2	1.6	2		2
1.3		1	1	1.3		2	2
1.3		1	1	1.3		2	2
1.3		1	1	1.3		1	1
1.5	2		2	1.5	2		2
1.7	2		2	1.7	2		2