



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESINA DE GRADO

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA**

TEMA

**LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD
ORAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE
ANCIANOS DE RIOBAMBA DURANTE EL PRIMER
SEMESTRE DEL AÑO 2013**

AUTORA

MARÍA ISABEL CHICAIZA TOAPANTA

TUTOR

DR. LUIS GONZALO VILLARROEL GALLEGOS

RIOBAMBA - ECUADOR

MAYO -2014

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

El tribunal de defensa privada conformada por el Dr. Víctor E. Dillon C., Presidente del tribunal; Dr. Luis G. Villarroel G., miembro del tribunal y la Lic. Mónica Santillán E., miembro del tribunal, certificamos que la señora María Isabel Chicaiza Toapanta, con cédula de identidad N° 1802957694, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo, se encuentra apta para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontóloga con el tema de investigación: **“LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013”**

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.

Riobamba, 16 de Abril de 2014



Dr. Víctor E. Dillon C.
Presidente del tribunal



Dr. Luis G. Villarroel G.
Miembro del tribunal



Lic. Mónica Santillán E.
Miembro del tribunal

FICHA TÉCNICA

Título de la Tesina: “La calidad de vida y su relación con la salud oral de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba durante el Primer Semestre del año 2013”

Organismo responsable: Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Odontología.

Autora: María Isabel Chicaiza Toapanta.

Tutor: Dr. Luis G. Villarroel G.

Lugar de realización: Hogar de ancianos de la ciudad de San Pedro de Riobamba, en la provincia de Chimborazo.

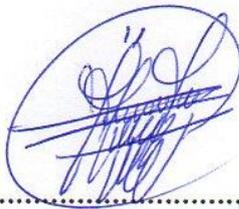
Beneficiarios: Adultos mayores residentes en el hogar de ancianos.

Tiempo estimado de la realización: 6 meses.

Costo: USD 1.930,00 (Dólares Estadounidenses Un mil novecientos treinta).

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, María Isabel Chicaiza Toapanta portadora de la cédula de identidad N°1802957694, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este trabajo investigativo y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH).



.....
María Isabel Chicaiza Toapanta

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Tesina de Grado presentado por la Señora **MARÍA ISABEL CHICAIZA TOAPANTA** para optar al título de **ODONTÓLOGA** y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de Tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 18 de Diciembre de 2013.



.....
Dr. Luis Gonzalo Villarroel Gallegos

AGRADECIMIENTO

A Dios quien me dio la fortaleza para cumplir con esta meta.

A todos y cada uno de los docentes de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Odontología por impartir sus sabios conocimientos.

Un especial agradecimiento a mi tutor el Dr. Luis Gonzalo Villarroel Gallegos, a quien admiro y agradezco por su paciencia, conocimientos, guía e invaluable ayuda en la realización de la tesina.

Al Director, personal administrativo y de salud del Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba por permitirme el ingreso y poder realizar el presente trabajo de grado.

María Isabel

DEDICATORIA

Este trabajo de grado está dedicado con inmenso amor a mi esposo y mis queridas hijas Marisol y Stephanie Bastidas, quienes me ha dado su apoyo incondicional, motivación e inspiración para emprender la búsqueda de mis metas y objetivos que me convertirán en una profesional al servicio de la comunidad.

María Isabel

RESUMEN

Ancianos de Riobamba ha permitido evidenciar la necesidad de capacitar a los profesionales y auxiliares de la salud que laboran en esta institución como cuidadores cercanos de este grupo vulnerable de la sociedad, sobre la importancia y la relación existente entre la salud bucal y su afectación hacia otros órganos del cuerpo. Mediante una investigación de campo a través de revisión y tratamiento odontológico se pudo determinar la deficiente salud oral de los adultos mayores que afecta a su calidad de vida que limita la realización de sus necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria así como genera exclusión, marginación y vulnerabilidad en la que se encuentran. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta a los profesionales y auxiliares de la salud así como se aplicó una ficha de observación a los adultos mayores residentes en el centro, obteniendo como resultado que en el Hogar de Ancianos permanecen 43 mujeres y 30 hombres; las edades oscilan entre los 71 a 80 años. Los problemas orales encontrados son: problemas para la masticación en un 95 % en mujeres y 90 % en hombres debido a ausencia de piezas dentales en un 44 % en mujeres y 60 % en hombres; problemas como la reabsorción ósea en un 79 % en mujeres y 67 % en hombres, factores que originan la movilidad dentaria. Otro de los problemas relevantes detectados es la halitosis en un 72 % en mujeres y 83 % en hombres. Se debe mencionar que de los 73 adultos mayores residentes en el hogar de Ancianos de Riobamba, apenas 7 % en mujeres y el 10 % en hombres utiliza prótesis dental, encontrándose éstas en muy mal estado. Se propone un taller de capacitación para el personal de salud enfocado a las necesidades de salud oral de los adultos mayores con el objetivo de detectar inmediatamente los problemas orales para mantener una adecuada referencia y contrarreferencia de los pacientes así como tener un mejor conocimiento del proceso de envejecimiento bucal y diferenciarlo de patologías bucales comunes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Oral health is related to the quality of life in older adults at Riobamba's Nursing Home. Throughout a field research during examination and dental treatment, it has been determined a poor oral health, which concludes an oral pathologies of the elderly affecting their quality of life, limiting the fulfillment of their basic needs, generating exclusion, marginalization and vulnerability in them. For data collection the survey technique was used to professionals and auxiliary health servers, as well as an observation record card was applied and the corresponding dental health records, of the elderly residents. The oral problems found were: sore teeth and gums in 28 patients being the 38.35%, pain on chewing in 68 patients representing 93.15 % and phonation problems in 42 patients representing 57.53 % of the overall study population. The diseases and problems, were plaque in 20 patients, 26 patients decay , halitosis 56 patients , 47 patients tooth mobility, 73 edentulous patients, 12 patients with gingivitis, periodontitis on 15 patients and 29 patients with xerostomia and 54 patients with bone reabsorption. Prophylaxis was applied to 20 patients, three total prosthesis were made and placed and six extractions were carried out to improve the quality of life of older adults. Four workshops and consciousness training were carried out by different professionals (dental and medical) to health team and recommended that such personnel perform and supervise the oral hygiene of older adults to prevent oral problems. Given the possible presence or suspicion of oral diseases in older adults, health personnel should refer the patient referral and professional dentist, to prevent and control oral health of older adults and to apply the dental treatment, to ensure their quality of life. Request the Director of the nursing home, make arrangements with the Health Department of Riobamba, assigned a permanent dentist, therefore to ensure the oral health and quality of life for older adults.

Reviewed by:


MsC. Fanny Zambrano V.

ENGLISH PROFESSOR AT LANGUAGES CENTER FCS



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

%	Por ciento
AIV	Actividad de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentables de la Vida Diaria
ATM	Articulación Temporo Mandibular
C	Vitamina
E	Vitamina
et. al	Expresión latina que significa: Y otros.
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
Nº	Número
°C	Grados Celsius
OMS	Organización Mundial para la Salud
pH	Potencial de Hidrógeno
SE	Sistema Estomatognático

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	1
CERTIFICADO DE APROBACIÓN	3
FICHA TÉCNICA.....	4
DERECHOS DE AUTORÍA	5
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	6
AGRADECIMIENTO	7
DEDICATORIA	8
RESUMEN.....	9
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	11
ÍNDICE GENERAL	12
ÍNDICE DE CUADROS	17
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	19
INTRODUCCIÓN.....	21
CAPÍTULO I	23
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	23
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	24
1.3. OBJETIVOS.	24
1.3.1. Objetivo general.	24
1.3.2. Objetivos específicos.....	24
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	25
CAPÍTULO II	26
2. MARCO TEÓRICO.....	26
2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.	26
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	28

2.2.1.	Antecedentes investigativos.....	28
2.2.2.	Calidad de vida del adulto mayor.	31
2.2.2.1.	<i>Factores que intervienen en la calidad de vida</i>	33
2.2.2.2.	<i>Factores materiales</i>	33
2.2.2.3.	<i>Factores ambientales</i>	33
2.2.2.4.	<i>Factores de relacionamiento</i>	34
2.2.2.5.	<i>Políticas gubernamentales</i>	34
2.2.2.6.	<i>Factores que influyen en el estilo de vida</i>	34
2.2.2.7.	<i>Componentes de los estilos de vida</i>	36
2.2.2.8.	<i>Calidad de vida y salud bucal</i>	36
2.2.2.9.	<i>Evaluación de la salud bucodental</i>	37
2.2.3.	Sistema estomatognático.	38
2.2.3.1.	<i>Función</i>	38
2.2.3.2.	<i>Componentes anatómicos del sistema estomatognático</i>	40
2.2.3.3.	<i>Componentes fisiológicos del sistema estomatognático</i>	40
2.2.3.4.	<i>De la forma y función del Sistema Estomatognático</i>	41
2.2.4.	Higiene oral.	42
2.2.4.1.	<i>Importancia de mantener una boca sana</i>	43
2.2.4.2.	<i>El valor de la saliva</i>	44
2.2.4.3.	<i>La higiene oral en la tercera edad</i>	44
2.2.5.	Salud oral.....	45
2.2.5.1.	<i>Envejecimiento fisiológico de la cavidad bucal</i>	47
2.2.5.2.	<i>Medicamentos en los adultos mayores</i>	48
2.2.5.3.	<i>La salud bucal del adulto mayor en el Ecuador</i>	49
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	51
2.4.	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	53
2.4.2.1.	<i>Variable Independiente</i>	53
2.4.2.2.	<i>Variable Dependiente</i>	53

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	54
CAPÍTULO III	56
3. MARCO METODOLÓGICO.	56
3.1. MÉTODOS.	56
3.1.1. Tipo de Investigación.	56
3.1.2. Diseño de la investigación.	57
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.	58
3.2.1. Población.	58
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	59
3.3.1. Técnicas.	59
3.3.2. Instrumentos de investigación.	59
3.5. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	60
3.5.1. Recolección de Información.	60
3.5.2. Procesamiento de la Información.	61
3.5.3. Análisis de la información.	62
3.5.4. Interpretación de resultados.	62
CAPÍTULO IV	63
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	63
4.1. ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE SALUD DEL HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA	63
4.2. FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA.	75
4.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.	94
4.3.1. Planteamiento de las hipótesis.	94
4.3.2. Nivel de significación	94
4.3.3. Estadístico de prueba	95
4.3.4. Fórmula.	96
4.3.5. Resolución de la fórmula.	96
4.3.6. Regla de decisión.	97

4.3.7.	Grados de libertad.....	97
4.3.8.	Conclusión de la hipótesis.	98
CAPÍTULO V		99
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	99
5.2.	CONCLUSIONES.	99
5.2.	RECOMENDACIONES.	100
CAPÍTULO VI		101
6.	MARCO DE PROPOSICIÓN.	101
6.1.	TEMA.....	101
6.2.	DATOS INFORMATIVOS.	101
6.3.	ANTECEDENTES.	102
6.4.	JUSTIFICACIÓN.....	103
6.5.	OBJETIVOS.....	104
6.5.1.	Objetivo General.	104
6.5.2.	Objetivos Específicos.....	104
6.6.	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	105
6.6.1.	Factibilidad Política.....	105
6.6.2.	Factibilidad socio-cultural.....	105
6.6.3.	Factibilidad equidad de género.	107
6.6.4.	Factibilidad económico-financiera.....	107
6.6.4.1.	<i>Talento Humano.</i>	107
6.6.4.2.	<i>Recursos Materiales.</i>	107
6.7.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA.....	110
6.7.1.	Taller de Capacitación.	110
6.7.2.	Características.	110
6.7.3.	Contexto de la capacitación.	112
6.7.4.	Selección de las personas capacitadoras.	112
6.7.5.	Duración del taller.	113

6.7.6.	Aspectos locativos.....	113
6.7.7.	Aspectos logísticos.....	114
6.7.8.	Sobre la sistematización.....	114
6.7.9.	Tema del taller.....	114
6.7.10.	Actividades.....	115
6.7.11.	Objetivos esperados.....	115
6.7.12.	Objetivos del taller.....	115
6.7.13.	Objetivo superior.....	115
6.7.14.	Actividades o Temas.....	116
6.7.15.	Distribución del tiempo.....	116
6.7.17.	Metodología.....	116
6.7.18.	Materiales.....	117
6.7.19.	Responsables.....	117
6.7.20.	Círculo de Cuidadores del Adulto Mayor.....	117
6.7.21.	Hogar de Ancianos.....	118
6.7.22.	Objetivos del Hogar de Ancianos.....	119
6.7.23.	Funcionamiento.....	119
6.7.24.	Objetivo del Hogar de Ancianos.....	120
6.7.25.	Paradigmas que guían la intervención.....	120
6.8.	METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA.....	122
6.9.	ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	123
6.10.	PLAN DE MONITOREO DE LA EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	123
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	124
8.	ANEXOS.....	126

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Población o universo.....	58
Cuadro N° 2: Recolección de la información	60
Cuadro N° 3: Aspectos de salud oral deficientes	63
Cuadro N° 4: Dolor al masticar.	65
Cuadro N° 5: Dificultad pronunciar palabras.	66
Cuadro N° 6: Cambio tipo de alimentación.	67
Cuadro N° 7: Frecuencia revisión odontológica.	68
Cuadro N° 8: Problemas en su boca.	70
Cuadro N° 9: Higiene bucal.....	71
Cuadro N° 10: Necesita ayuda para ABVD.....	72
Cuadro N° 11: Necesita ayuda para AIVD.....	73
Cuadro N° 12: Grado de satisfacción.....	74
Cuadro N° 13: Edad.	75
Cuadro N° 14: Estado civil.	76
Cuadro N° 15: Procedencia.	77
Cuadro N° 16: Permanencia en el centro.	78

Cuadro N° 17: Patologías existentes.....	80
Cuadro N° 18: Examen odontológico.	81
Cuadro N° 19: Edentulismo.	82
Cuadro N° 20: Reabsorción ósea.	83
Cuadro N° 21: Movilidad dentaria.....	84
Cuadro N° 22: Tiene caries.	85
Cuadro N° 23: Presenta Xerostomía.....	86
Cuadro N° 24: Presenta halitosis.....	87
Cuadro N° 25: Dolor en dientes y encías.	88
Cuadro N° 26: Problemas de masticación.	89
Cuadro N° 27: Utiliza prótesis dental.	90
Cuadro N° 28: Dificultad para pronunciar palabras.....	91
Cuadro N° 29: Salud oral afecta calidad de vida.....	92
Cuadro N° 30: observadas.....	95
Cuadro N° 31: Respuestas esperadas.....	96
Cuadro N° 32: Cálculo del Chi-Cuadrado.....	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 2: Aspectos de salud oral deficientes.	64
Gráfico N° 3: Dolor al masticar.	65
Gráfico N° 4: Dificultad pronunciar palabras	66
Gráfico N° 5: Cambio tipo de alimentación.	67
Gráfico N° 6: Frecuencia revisión odontológica.	69
Gráfico N° 7: Problemas en su boca.	70
Gráfico N° 8: Higiene bucal.....	71
Gráfico N° 9: Necesita ayuda para ABVD.....	72
Gráfico N° 10: Necesita ayuda para AIVD.....	73
Gráfico N° 11: Grado de satisfacción.....	74
Gráfico N° 12: Edad y género.	75
Gráfico N° 13: Estado civil.	77
Gráfico N° 14: Procedencia	78
Gráfico N° 15: Permanencia en el centro	79
Gráfico N° 16: Patologías existentes.	80
Gráfico N° 17: Examen odontológico.	82

Gráfico N° 18: Edentulismo.	83
Gráfico N° 19: Reabsorción ósea.	84
Gráfico N° 20: Movilidad dentaria.	85
Gráfico N° 21: Tiene caries	86
Gráfico N° 22: Presenta Xerostomía.	87
Gráfico N° 23: Presenta halitosis	88
Gráfico N° 24: Dolor en dientes y encías	89
Gráfico N° 25: Problemas de masticación.	90
Gráfico N° 26: Utiliza prótesis dental.	91
Gráfico N° 27: Dificultad para pronunciar palabras.....	92
Gráfico N° 28: Salud oral afecta calidad de vida.	93
Gráfico N° 29: Campana de Gauss.....	97
Gráfico N° 30: Círculo de cuidadores.....	118

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el envejecimiento es un fenómeno de la vida que el mundo moderno tiene que afrontar. En términos numéricos, se ha visto un aumento de la población adulta mayor del 5 al 7 % del total mundial en los últimos 50 años y se espera que crezca aún más para las décadas siguientes.

El proceso de envejecimiento es inexorable e irreversible. Comienza en la edad adulta pero se hace evidente después de la sexta década de la vida, por su mayor grado de compromiso orgánico y psíquico. Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas, y en la medida que el individuo aumenta en edad, el compromiso es mayor y más complejo, afectando su autoestima, autovalencia, sus relaciones interpersonales y afectivas.

En el adulto mayor se generan una serie de cambios por el proceso de envejecimiento natural a nivel físico, cognitivo y afectivo. A nivel de salud bucal también se presentan cambios sobre los tejidos orales y funciones y cambios secundarios, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries, movilidad dentaria, reabsorción ósea que afecta su calidad de vida puesto que limita su normal y adecuada nutrición, agravando su cuadro clínico.

El envejecimiento puede producir cambios en la estructura y funcionamiento de la boca dando lugar a la pérdida o deterioro de los dientes, acompañado de sequedad de boca, pérdida del gusto y otros trastornos. Entre las enfermedades de la boca más comunes se encuentran las caries, el deterioro de las superficies radiculares, las encías retraídas, reducción ósea que exponen zonas del diente que no están protegidas por el esmalte. Estas zonas son particularmente propensas al dolor ante la presencia de alimentos o bebidas frías o calientes, agravando su estado de salud general.

Actualmente se conoce que en un alto porcentaje, la población geriátrica en el Ecuador presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en la prevalencia de la ausencia de todos los dientes o edentulismo total.

La patología que es posible encontrar en la boca del adulto mayor, es variada. Pero existen dos que merecen especial análisis; la caries y la enfermedad periodontal. Además, los adultos suelen tener otras enfermedades crónicas que afectan los órganos dentales incluyendo músculo y huesos como la diabetes, la presión alta o hipertensión, la osteoporosis, alteraciones en el hígado, insuficiencia renal, alteraciones visuales, motoras y/o de origen mental y cuadros que provocan algún grado de inmunosupresión. A esto se suma que, muchas veces, los medicamentos que los adultos mayores deben tomar para controlar estas u otras enfermedades también afectan a largo plazo la salud oral.

Según la Dirección de Salud de Chimborazo, los problemas orales más frecuentes son: caries, flourosis, necrosis pulpar, gingivitis, periodontitis, movilidad de las piezas dentarias que son retiradas en forma por demás empírica por ellos mismos, agravando su estado nutricional y fisiológico del adulto mayor que, desde los 65 años requiere atención especializada para la evaluación del estado funcional y de las actividades instrumentales de la vida diaria.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS), en el año 2010, la tasa de mortalidad en adultos mayores (65 años de edad y más) fue de 35,6 por 1.000 habitantes; de ese grupo etario 50,9 % fueron en hombres. Las principales causas de muerte incluyeron neumonía, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio. Entre las primeras causas de morbilidad, están la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las enfermedades crónicas.

En el Ecuador cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor, vienen a la mente una serie de sistemas que pueden estar comprometidos. Olvidando comúnmente uno que en cualquiera de sus estructuras puede comprometer en diversos grados la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático.

En la provincia de Chimborazo, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010) existen 83.821 adultos mayores que constituyen el 18 % del total de la población de la provincia que se encuentran en situación vulnerable tomando en cuenta que es una de las provincias con mayor población indígena y que habita en el sector rural y que apenas acuden a los Sub Centros y Centros de Salud más próximos. La migración ha hecho efecto en los hogares de estas personas porque la mayoría de adultos mayores viven solos, en la indigencia y lamentablemente jamás se han realizado exámenes de rutina para conocer su estado de salud peor aún de su salud oral.

El Hogar y Aislamiento de Riobamba funciona bajo dependencia del Ministerio de Salud Pública; en la actualidad atiende a 73 adultos mayores; de ellos, 43 son mujeres y 30 son hombres. Fluctúan entre las edades de 75 a 80 años, a quienes se les provee de hospedaje, medicina, alimentación y vestuario.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo la deficiente calidad de vida se relaciona con la salud oral de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo general.

Aplicar un taller de capacitación de salud oral que eleve la calidad de vida de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos de la ciudad de Riobamba.

1.3.2. Objetivos específicos.

- 1) Fundamentar teóricamente la calidad de vida y la salud oral de los adultos mayores.
- 2) Diagnosticar los problemas orales existentes en los adultos mayores del Hogar de ancianos de Riobamba.
- 3) Aplicar tratamiento odontológico acorde a necesidades.
- 4) Proponer alternativas de solución al problema detectado.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

La deficiente calidad de vida de los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba es un problema social y de salud pública debido a la limitada atención que no cubre sus necesidades básicas de atención en salud oral generando su exclusión, marginación y vulnerabilidad en la que se encuentra.

El presente trabajo es importante para mi persona como futura profesional de la salud porque realizaré obra social con una población vulnerable y poco visibilizada cuya edad demanda la priorización de atención especializada en salud odontológica. Por demás es conocido que el paciente geriátrico presenta condiciones de salud oral bastante precarias que afectan el normal funcionamiento de los demás sistemas y que están correlacionados con su calidad de vida.

Es de interés para el médico geriatra del Hogar de Ancianos de Riobamba, porque contará con un examen odontológico detallado integrado a los exámenes básicos y de rutina, que le ayuden al geriatra a determinar posible causas del malestar del adulto mayor que afectan su calidad de vida.

Es factible de realización porque se cuenta con el apoyo del Director y equipo de salud del Hogar de Ancianos de Riobamba, que han autorizado mi ingreso para realizar la investigación de campo y la aplicación de examen, diagnóstico y tratamiento odontológico que eleve la calidad de vida de la población geriátrica que se encuentra en este Centro.

Los beneficiarios directos del presente estudio serán los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba porque contarán con atención odontológica que sin lugar a dudas elevará su autoestima y condición de salud en general.

El impacto que se espera será mejorar su calidad de vida a través de la debida atención odontológica, enseñando hábitos de higiene oral a los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba, quienes gozarán de una buena salud dental.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

La meta de la OMS para la salud del adulto mayor es la conservación entre 20 a 22 dientes. Así, uno de los factores de riesgo asociados a malnutrición y que ha sido estudiado con relativa frecuencia son las modificaciones buco dentales dentro de las cuales Encalada, Lorena (2007) en su estudio “Prevalencia y Factores Asociados a Malnutrición en Adultos Mayores Institucionalizados, Cuenca – Ecuador, 2007.” Universidad de Cuenca; destacó que en el 86.8% los adultos mayores tenían ausencia total de las piezas dentales.

Cuando los adultos mayores presentaban piezas dentales en su boca, las piezas dentales que más faltaban en la cavidad bucal fueron las ántero inferiores en un 9.6 %, En cuanto al uso de prótesis total únicamente el 47,3 % de los adultos mayores usaban la misma y en mal estado.

La ausencia total de piezas fue el factor de mayor asociación en la probabilidad de producir malnutrición. Al estudiar el uso de prótesis se demostró que la malnutrición está asociada al hecho de no usar prótesis dentales. Se ha demostrado que los pacientes con pérdida de dientes modifican su alimentación en forma desfavorable es decir suelen ingerir menos alimentos sólidos ricos en proteínas, fibra, frutas y aumentan los alimentos blandos ricos en azúcares y grasas. También se ha observado una disminución en el consumo de micronutrientes como calcio, hierro y vitaminas C y E en sujetos con pérdida de dientes, situación que afecta su calidad de vida; por lo tanto, la salud oral es un factor muy importante a tener en cuenta en el adulto mayor y que pocas veces se lo hace no solo a nivel institucional sino a nivel familiar.

La salud oral es un hábito que desde la infancia debe procurarse para que el adulto tenga costumbre de mantener sus piezas dentales en buenas condiciones de esa manera se estaría asegurando una mejor nutrición que sin duda alguna influirá en su estado de salud.

2.1.1. Marco Institucional.

Según el Ministerio de Salud Pública, el Hogar de Ancianos fue creado en el año de 1942 como departamento del antiguo Hospital San Juan de Dios, el cual funcionó en el local del Colegio San Vicente de Paúl, regentado por las madres Oblatas del que no existe ninguna documentación legal. Posteriormente se construye otra edificación en la parte posterior del Hospital Policlínico en el año 1971, el local donde actualmente funciona el mismo que se concluye en 1972, año en el cual empieza a funcionar como dependencia y formando parte de la estructura del Ministerio de Salud mediante Decreto Ejecutivo N° 32, publicado en el Registro Oficial N° 48 de 25 de Abril de 1972.

El Hogar de Ancianos y Aislamiento brinda atención geriátrica al adulto mayor interno, cuenta con una disponibilidad de 100 camas, proveyendo hospedaje, medicina, alimentación y vestuario; así como atención médica-social, terapia física y ocupacional con la finalidad de contribuir a la adecuada atención del proceso de envejecimiento de los internos. Al ser una Unidad Gerontológica especializada, atiende al grupo de personas considerados como adultos mayores, con edad igual o mayor a 65 años, brindando atención gratuita. Al encontrarse financiada por el Estado, la mayoría de usuarios provienen de la clase socio-económica baja, sin familia y algunos han sido abandonados por su propia familia. La institución, consciente de la problemática social que afecta al adulto mayor, coordina su trabajo en base a los convenios existentes entre el Ministerio de Salud Pública y los diferentes centros de Educación Superior e instituciones locales y la Dirección Provincial de Educación; quienes coadyuvan a la implementación de programas como: Terapia Física, Psicología, servicios de Enfermería y Gastronomía, cuya finalidad es mantener la funcionalidad del adulto mayor y evitar el deterioro progresivo y la dependencia.

Fotografía N° 1: Tesista frente al Hogar de Ancianos de Riobamba.



2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.2.1. Antecedentes investigativos

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2012-2013) El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados.

En la República del Ecuador existen 14.483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010). La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53 % para las mujeres y de 47 % para los hombres; demostrando de esta manera un incremento en los últimos años sobre todo en el Ecuador, que se encuentra en pleno proceso de transición demográfica.

Según el INEC (2010), los adultos mayores representaron para el 2010 el 7 % de la población mientras que para el 2050 representará el 18 %, constituyendo el envejecimiento poblacional uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades.

La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE I, 2009) señala que “El estudio de salud del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida y debe realizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo. Uno de cada tres adultos mayores presentan algún tipo de enfermedad crónica”. Las enfermedades más frecuentes son las cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión.

La necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (AVD) como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, lavarse los dientes, levantarse de la cama o acostarse, moverse de un lugar a otro y vestirse. O bien actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como la preparación de la comida, manejo de dinero, uso de medios de transporte, hacer compras, uso de teléfono, realización de quehaceres domésticos y tomar las medicinas, afecta a algo más de 100 mil personas adultas mayores en el Ecuador (SABE I, 2009).

Según SABE I, (2010). únicamente el 13,6 % de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo. Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte.

Una particularidad de nuestro país, que cobró fuerza con la crisis económica de 1999-2000 y el consecuente éxodo masivo de adultos jóvenes fuera del país o hacia otras regiones, es un importante número de personas adultas mayores que tienen en sus hogares y bajo su cuidado, a nietos con padres ausentes (probablemente emigrantes): 6 % en 2001 y 5 % en 2010.

Para el coordinador del Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR, 2011), el número más alto de personas adultas no tiene una adecuada calidad de vida y tampoco hay cobertura de salud ni seguro social. “No solo es aumentar años de vida de las personas, sino su calidad de vida. Años atrás, el promedio de vida era de 40 años, ahora la esperanza de vida es de 78 años para las mujeres y para los hombres 74”.

Una vez revisado en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, Escuela de Odontología, se pudo determinar que no existen estudios iguales o parecidos a este tema por lo tanto la presente investigación es única, original y de mi autoría. Sin embargo, se revisó los repositorios digitales y se determinó los siguientes trabajos que guardan relación al presente tema. (De la FUENTE, 2010), con el trabajo de investigación “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental” de la Universidad Javeriana de Colombia manifiesta en sus conclusiones que:

- Los resultados obtenidos en esta investigación confirman la existencia del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores, sobre todo en el sexo femenino. Las dimensiones registradas con mayor impacto son malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, lo cual refiere implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas.

- Por otro lado, las categorías con menor impacto fueron incapacidad social y minusvalía. Ello es entendible, ya que las personas con estas características difícilmente acuden a estos centros a solicitar el servicio odontológico, por lo que no se puede concluir que estas dimensiones no se presentan en los adultos mayores, pero sí se ven reflejadas en las capacidades fisiológicas bucodentales, afectación al desear establecer comunicación y desenvolverse socialmente.

- Esta circunstancia deberá preverse en la realización de próximas investigaciones, a fin de lograr la representatividad de cómo impactan las siete categorías en la calidad de vida de los adultos mayores.

- La necesidad social en este grupo poblacional refiere la importancia que tiene el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud, médicos de práctica general, especialistas, geriatras y cirujanos dentistas, quienes tienen la responsabilidad de realizar exámenes estomatológicos de rutina, dirigidos a detectar problemas bucodentales en el adulto mayor.

- Del mismo modo, deben canalizarlos a las áreas correspondientes, como prácticas de prevención, intervención temprana y rehabilitación de las diversas condiciones físicas y subjetivas que se puedan ver afectadas.

El estudio anterior señala la importancia de la detección oportuna de los problemas bucodentales en el adulto mayor para lograr un envejecimiento digno y saludable; muchas de las afecciones propias de la edad podrían ser manejadas de mejor manera si se alternara, a los exámenes de rigor, el examen odontológico. La salud bucal es ignorada completamente dentro del cuadro clínico del adulto mayor; las instituciones de salud así como la familia concentran su esfuerzo en mejorar los sistemas físicos y fisiológicos del adulto mayor desatendiendo uno que en cualquiera de sus estructuras puede comprometer en diversos grados la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático.

2.2.2. Calidad de vida del adulto mayor.

(GIUSTI, 1991) define la “calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas”. Por lo tanto se conceptualiza la calidad de vida como un indicador que determina el completo bienestar físico, mental y social del individuo. En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo.

A menudo este concepto de calidad de vida sirve para medir los efectos de las enfermedades crónicas en pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Así mismo, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades en diferentes poblaciones.

El seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes poblaciones puede permitir la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada y ayudar a orientar las políticas o las intervenciones para mejorar su salud.

(KATSCHNING, 2000), manifiesta que el término de calidad de vida debe estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.

Estas definiciones, incorporan de manera integral a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos importantes del medio ambiente; la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (HARPER, A. y otros., 1998).

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

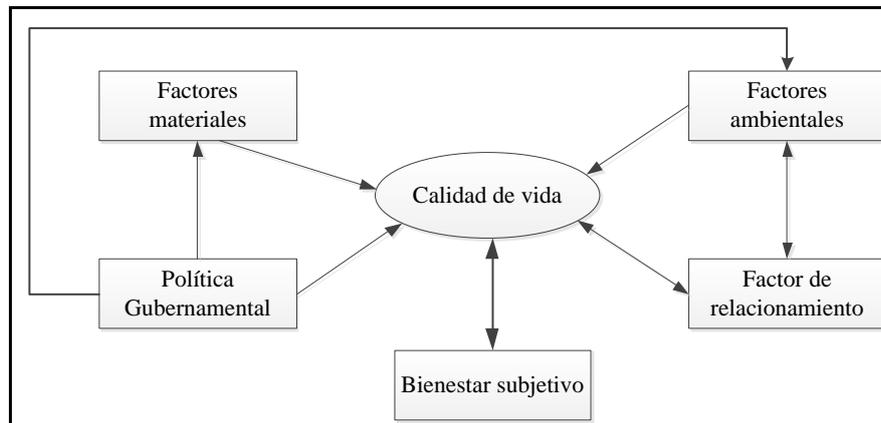
Calidad de vida contiene dos dimensiones principales:

- a) Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos”;
- b) La percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de bienestar (buen vivir)

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar (buen vivir) y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos

2.2.2.1. Factores que intervienen en la calidad de vida

Diagrama N° 1: Factores de la calidad de vida



Fuente: (PALOMBA, 2002)
Elaborado por: (PALOMBA, 2002)

2.2.2.2. Factores materiales

Los factores materiales son los recursos que uno tiene como los ingresos disponibles, trabajo, salud, nivel de educación y vivienda, generando una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

2.2.2.3. Factores ambientales

Los factores ambientales son las características del lugar donde vive, que influyen en la calidad de vida, tales como: acceso a servicios básicos, seguridad, transporte y movilización, acceso a nuevas tecnologías que hacen la vida más simple. Además, las características de la vivienda son relevantes para determinar la calidad de las condiciones de vida.

2.2.2.4. Factores de relacionamiento

Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y la comunidad. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica, son factores que afectan la calidad de vida en las edades avanzadas.

Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo tienen un rol secundario.

2.2.2.5. Políticas gubernamentales

La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los adultos mayores, sino también que se debe considerar la perspectiva social.

La calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores dependen parcial o totalmente de las políticas gubernamentales existentes en las que se incluyan el buen vivir para este grupo vulnerable de la sociedad.

2.2.2.6. Factores que influyen en el estilo de vida

(FEIJÓO, 2007) señala que las tendencias demográficas actuales (aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad), la población activa va a tener que realizar aportes cada vez mayores para poder sostener a la clase pasiva. Al prolongarse la vida, cada vez hay más ancianos dependientes de la atención y cuidados de otros, así como de la ayuda económica de los familiares, amigos y vecinos.

Algunas veces los hijos de estas personas longevas también están jubilados, contando con escasos recursos para atender al familiar muy anciano a cargo.

En los tiempos actuales, las proyecciones demográficas se han alargado considerablemente debido al mejoramiento de los estilos de vida de la población de adultos mayores; si bien es cierto, es un dato importante para evaluar el nivel de vida, también impone un serio análisis de programas de salud para atender a la población adulta mayor que se proyecta para los próximos años.

Muchos de los países desarrollados aún no están suficientemente preparados para la atención en salud de este grupo vulnerable de la sociedad, peor aún, los países latinoamericanos, quienes apenas se encuentran ensayando programas pilotos para conocer los requerimientos de necesidades a fin de estudiar la posible inclusión de los adultos mayores en las instituciones de salud pública.

(ARQUÉS, 2005) considera que el estilo de vida está influenciado por lo menos por tres tipos de factores:

Primer factor, el de carácter individual que está conformado por sus características genéticas, capacidad intelectual, tendencias cognitivas, formas de comportamientos; es decir, la suma de rasgos biológicos, psicológicos y sociales que le otorgan la particularidad al ser humano.

El segundo factor incluye aspectos externos como sociales, económicos y culturales, ejemplo de ellos es el nivel educacional, los sistemas de apoyo social, etc.

El tercer factor lo conforma el microsistema social en el que se desenvuelve el adulto mayor, como los factores climáticos, la polución, industrialización y recursos de salubridad, acceso a sistemas de salud, tipo de vida urbano, entre otros (estos elementos son considerados como los anillos de la teoría de (BRONFENBRENNER, 1987), donde “un sujeto que se desarrolla en un microsistema exosistema, hasta llegar a impregnarse del microsistema”.

Estos factores engloban todos los aspectos a tener en cuenta para evaluar el nivel de vida de los adultos mayores.

2.2.2.7. Componentes de los estilos de vida.

Los estilos de vida están asociados a varios factores que pueden o no ser equivalentes en su concepto como los hábitos saludables, la distribución del tiempo en lo que es la actividad laboral y el ocio y tiempo libre; y, finalmente las relaciones sociales y familiares. Desde los modelos psicológicos, el estilo de vida se puede definir como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud. Por patrones conductuales entenderemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que pueden entenderse como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones, además, estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar. En la mayoría de los estudios que incluyen estilos de vida saludables están las variables de cualitativas y cuantitativas como: consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimenticios, actividad física, enfermedades cardiovasculares, enfermedad neoplásica. Otras variables que se tienen en cuenta pero ya en menor importancia son el consumo de medicamentos, los hábitos de descanso y las conductas de prevención. Incluir el consumo de medicamentos es de importancia debido a su utilización creciente, ya que estos se emplean en muchas ocasiones sin considerar las prescripciones médicas y poniendo en riesgo la propia salud. (ARQUÉS, 2005).

2.2.2.8. Calidad de vida y salud bucal.

En la literatura científica, se vienen realizando diferentes estudios y aplicaciones de la calidad de vida asociada al estado bucodental, tema que día tras día viene tomando más importancia en el mundo, debido a la creciente población de adultos mayores y el interés de los estudios odontológicos para evaluar los estados de salud de este importante grupo vulnerable de la sociedad, así como los objetivos y predicciones de tratamientos, y todos se justifican por la finalidad de tener mejoras en la calidad de vida de los pacientes.

Para (SILVIA, R.y otros, 2001) La salud general y en este caso la bucodental, se la puede medir para fines de estudio epidemiológico desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente, que permite evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente, calidad de vida, y autopercepción de su estado de salud que generalmente los lleva a la utilización de un cuestionario para llevarlo a cabo.

La odontología al igual de la medicina en general se basa en parámetros medibles para determinar la salud bucal del adulto mayor, a fin de determinar la posible prevención, diagnóstico y tratamientos a seguir a fin de no afectar su estado de salud.

2.2.2.9.Evaluación de la salud bucodental.

(WONG, M. y otros., 2002) La evaluación de la salud bucodental se relaciona con algunos factores clínicos, como el número de dientes cariados, perdidos o restaurados, y con factores subjetivos como síntomas de dolencia y capacidad de sonreír, tragar o masticar sin problemas, además de la influencia de la clase social, edad y el sexo.

Estos factores clínicos son universales para la evaluación del adulto mayor en cualquier institución de salud.

De manera igual, estos factores apoyados en los criterios del profesional de la salud dental, logran la condición bucal con alguna predicción en los adultos mayores, evaluando por lo tanto no solo la condición clínica por la presencia o ausencia de enfermedades sino también los síntomas y los problemas funcionales o sociales desencadenados por las enfermedades bucales.

En los adultos mayores la autopercepción también puede ser afectada por la percepción de valores personales, como la creencia que algunos dolores e incapacidades son inevitables en esa edad, lo que puede llevar a la persona a superestimar su condición bucal.

Los instrumentos de evaluación basados en la autopercepción tratan de englobar las dimensiones, relacionándolas a través de múltiples preguntas, administradas en entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios, preferiblemente en versiones reducidas que conservan la validez, fiabilidad y precisión que faciliten su aplicación y posterior análisis.

2.2.3. Sistema estomatognático.

(PUC de Chile, 2010) El sistema estomatognático está definido como un grupo de órganos que participan en importantes funciones como son la masticación, deglución y fonación, que está integrado por diversas estructuras compartiendo un pequeño territorio. Así en él encontramos huesos, músculos, articulaciones, glándulas salivales, dientes, mucosas y piel.

El sistema estomatognático constituye un grupo de órganos que ayudan a la trituración de alimentos y su funcionamiento, ya que de esto depende la salud del individuo. Este sistema constituye el más importante, puesto que de él depende el bienestar y buen funcionamiento del ser humano, usualmente este sistema es relegado a un segundo plano y hasta omitido del examen rutinario.

2.2.3.1. Función.

Este sistema es una unidad morfofuncional y un sistema biológico definido. Su territorio es el área cérvico – craneofacial. Dos palabras que vienen del griego conforman este término:

- Stoma = Cavidad oral.
- Gnatus = Mandíbula.

APODACA, A. (2004) manifiesta que la función del sistema estomatognático o masticatorio está dado por los músculos y el sistema nervioso; los dientes desempeñan un papel pasivo. El equilibrio fisiológico permite mantener la salud del sistema masticatorio durante toda la vida, sin olvidar que este sistema es parte del organismo y puede ser afectado por lesiones extrabucales.

Resulta imposible hablar de masticación sin revisar la anatomía y la fisiología de los músculos masticatorios, de las articulaciones temporo mandibulares (ATM), del sistema neuromuscular y de los mecanismos de la oclusión. Básicamente las funciones son:

- **Masticación:** Es una función aprendida al igual que la fonación, en ella se utiliza no sólo los músculos, los dientes y las estructuras de soportes periodontales, sino también los labios, las mejillas, la lengua, el paladar, y las glándulas salivales. Es una actividad funcional que en general es automática y casi involuntaria no obstante, cuando se desea, fácilmente puede pasar a un control voluntario. Durante la masticación se necesita que la musculatura produzca un movimiento preciso de la mandíbula para desplazar los dientes, unos sobre otros, de manera eficiente.
- **Deglución:** Una vez realizada la masticación y formado el bolo alimenticio inicia la función de la deglución que se producirá a través de reflejos primitivos involuntarios.
- **Respiración:** Es una función que se realiza de manera involuntaria, constante, siendo una de las funciones más importantes del organismo. Por lo general se utiliza el término respirar para referirse a la realización de movimientos ventilatorios, o sea a los movimientos torácicos que se observa en los seres humanos.
- **Fonación:** se instala sobre funciones biológicas vitales relacionadas con la alimentación. La llamada esfera faríngea-bucal constituye lo que los neurofisiólogos llaman efectos comunes, debido a que los mismos músculos inervados por los mismos nervios intervienen en funciones diferentes. Por ello se reconoce la necesidad de utilizar a estos como los movimientos prelingüísticos precursores del habla.

El habla se produce por la acción de un mecanismo altamente complejo que pone en juego el funcionamiento armónico y coordinado de una serie de órganos organizados en sistemas.

2.2.3.2. Componentes anatómicos del sistema estomatognático.

Anatómicamente los componentes están conformados por:

- Huesos,
Cráneo, mandíbula, hioides, clavícula y esternón.
- Músculos,
De la masticación, deglución y expresión facial.
- Articulaciones,
Dento-alveolar (periodonto) y temporo mandibular
- Ligamentos,
Periodontales y temporo mandibulares
- Lengua, labios y carrillos,
- Dientes,
- Sistema Vascular (relacionado) y,
- Sistema Nervioso (relacionado).

2.2.3.3. Componentes fisiológicos del sistema estomatognático.

Estos componentes son elementos anatómicos que tienen forma y funciones definidas, compuestos por tipos diferentes de tejido que en su fisiología interrelacionada se organizan en un nivel más elevado que es el de Sistema Estomatognático, sin embargo estos componentes en función se agrupan fisiológicamente en:

- Oclusión,
- Periodonto,
- Articulación temporomandibular y,
- Mecanismos Neuromusculares.

La integración funcional de los componentes anatómicos tan disímiles en un sólido e indivisible sistema funcional es el resultado de un proceso evolutivo y de la maduración del pensamiento científico odontológico, comprendiendo que este coordinado sistema funciona como tal, no solo en el acto de masticación sino también en la deglución , respiración y postura de la mandíbula , lengua e hioides, lo llamo con todo acierto Sistema Estomatognático (S.E.).

Es evidente que toda la actividad funcional de este sistema, es producida por la acción de los músculos guiados por los impulsos nerviosos; es decir, por el mecanismo Neuromuscular. Mientras que los otros elementos:

- Oclusión Dentaria,
- Complejo periodontal y,
- Articulación temporomandibular, representan elementos pasivos.

Pero cualquier intento de determinar cuál de estos cuatro factores es el más importante o dominante, es inútil; por la estrechísima e intrincada interrelación existente entre todos los elementos funcionales.

2.2.3.4. De la forma y función del Sistema Estomatognático.

Teniendo en cuenta que los procesos fisiológicos son continuos y estos no se dan de forma estática, sino que son secuencia continua en el tiempo, que dinámicamente van interaccionando, influyendo y siendo influidos para transformar la forma original y resultar en estructuras de alta complejidad que preserva el organismo como un todo, de tal manera que la función preserva la forma y el fisiologismo, preserva la salud biológica a través de la adaptación y compensación de sus estructuras; se conoce que la función hace la forma y es esa función la razón de existir en el tiempo ya sea hacia la compensación biológica o la claudicación patológica.

La armonía en el sistema dentario no necesariamente implica correcta función. Algunas alteraciones pueden ser evidentes sin embargo no es lo frecuente. El hombre como ser biosicosocial se mueve dentro de esta perspectiva y por lo tanto el sistema estomatognático no se escapa de ella; por lo que es y debe ser conceptualizado como una unidad biológica funcional y que el cirujano dentista para hacer un examen y diagnóstico de este sistema tendrá que estudiar minuciosamente los cuatro componentes fisiológicos y que este sistema es parte integral de otra unidad biológica fundamental – el individuo – de la cual no se puede separar al efectuar las consideraciones diagnósticas y terapéuticas. La salud biológica de todo el sistema estomatognático depende en alto grado de la perfecta armonía funcional entre sus constituyentes fisiológicos. Cuando cada uno y todos ellos trabajan correctamente, armónicamente, las funciones logradas con el máximo de eficiencia y el mínimo de gasto de energía preserva y crea condiciones que favorecen la salud biológica.

2.2.4. Higiene oral.

Una de las cosas más importantes que se puede hacer por los dientes y encías, es mantener una buena higiene bucal.

Los dientes sanos no sólo le dan un buen aspecto a la persona y lo hacen sentirse bien, sino que le permiten hablar y comer apropiadamente. La buena higiene bucal es importante para su bienestar general. Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado y uso de hilo dental, evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.

Con el cuidado diario adecuado y revisiones dentales periódicas, los dientes pueden durar toda la vida. Independientemente de la edad, se debe mantener los dientes y encías saludables cepillándose por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes y enjuague bucal con flúor, utilizando hilo dental diariamente y visitando al dentista en forma periódica para realizarse limpiezas profesionales y revisiones.

2.2.4.1.Importancia de mantener una boca sana.

La boca juega un rol fundamental en la salud y bienestar general.

Por ello, mantener la boca sana es muy importante, porque facilita la realización correcta de distintas funciones de la boca.

Las principales funciones bucales son:

Función de respiración: La boca participa activamente en la respiración y sirve para tomar y eliminar el aire durante la respiración.

Función digestiva: La boca es el primer órgano y el punto de inicio del aparato digestivo y gracias a ella se puede: recibir, cortar, masticar, triturar, moler, digerir y tragar los alimentos. Con una boca enferma, se exponen a un proceso digestivo y a una digestión deficientes.

Función sensorial y sensitiva: La boca también participa activamente en el proceso de la percepción del sabor y en el sentido del gusto, ya que está recubierta de las denominadas papilas gustativas (presentes en toda la mucosa que recubre la boca y sobre todo en la lengua). Estas son los receptores que permiten diferenciar y reconocer los sabores: ácido, amargo, dulce, agrio y salado.

Función de protección: gracias a la mencionada avanzada propiedad que tiene la boca para percibir los sabores y las texturas de los alimentos y de las cosas, es que juega un rol crucial en el sistema de defensa y en la autoconservación. Por ejemplo, si recibimos un alimento extraño o en mal estado, la boca nos avisa respecto al riesgo de ingerirlo y muy probablemente lo escupamos.

Función de comunicación: la boca además permite comunicar, ya que a través de ella emitimos sonidos, gestos, ademanes, silbidos, etc. con los que se comunican con las demás personas. Es decir, participa a la vez en la comunicación verbal y en la comunicación no verbal (risa, sonrisa, muecas).

Función de autoestima: las características externas de la boca y la presentación de nuestros dientes forman parte de la apariencia física. Por consiguiente, son muy importantes en la imagen que se proyectan hacia los demás y el tener una boca agradable favorece las relaciones humanas y eleva la autoestima.

2.2.4.2.El valor de la saliva.

La saliva desempeña un papel fundamental en la higiene bucal, ya que aporta elementos como calcio y flúor, que fortalecen a los dientes, sin olvidar que permite la regulación de los niveles de acidez (pH), de tal forma que crea las condiciones necesarias para impedir la proliferación de bacterias nocivas, mismas que se alimentan de azúcares y los transforman en ácidos que dañan a encías y esmalte dental.

La producción de saliva disminuye naturalmente en los adultos mayores y, aún más, se acentúa por enfermedades comunes en estas edades como problemas cardíacos, diabetes (altos niveles de azúcar en sangre) y algunos tipos de cáncer, así como por el uso de medicamentos para controlar ansiedad, depresión o alergia (antihistamínicos). Muchos medicamentos comunes pueden reseca la boca, por lo que es necesario, hacer hábito el consumo de agua u otras bebidas sin azúcar. Evitar bebidas con cafeína, fumar y evitar el alcohol.

2.2.4.3.La higiene oral en la tercera edad.

Los adultos mayores padecen de caries y enfermedades de las encías que pueden convertirse en problemas serios.

Por eso es importante que en la tercera edad, la higiene oral sea más rigurosa, por lo que se recomienda:

- Lavar los dientes por lo menos dos veces al día, empleando cepillo suave y pasta dental con flúor.
- Utilizar hilo o seda dental, al menos una vez al día.
- Reforzar la higiene con el uso de antiséptico bucal que posea agente antibacteriano.
- Incluir alimentos masticables y pegajosos (frutas secas, mermelada, caramelos) como parte de una comida, no como refrigerio.
- Tras su consumo, cepillarse los dientes o enjuagarse la boca con agua para evitar la acumulación de azúcar.
- No ingerir chocolates, bebidas azucaradas ni dulces como refrigerio, ya que fomentan la generación de ácidos en la boca.
- Tomar 2 litros de agua (8 vasos) al día, pues la adecuada aportación de este líquido garantiza mejor producción de saliva.
- Erradicar el consumo del tabaco, ya que no sólo cambia la coloración de los dientes sino que altera la química de la saliva.
- Aquellos adultos mayores cuya superficie dental sea irregular (con muchas líneas y rugosidades), acudan al odontólogo para que estudie la conveniencia de aplicar sellador, especie de adhesivo para “resanar” fisuras y evitar que los restos de comida se acumulen.
- Consultar al dentista la posibilidad de tomar placas de rayos X periódicamente, en la zona de la mandíbula, para detectar aquellas caries que podrían permanecer ocultas a la vista.

2.2.5. Salud oral.

Durante la tercera edad, es posible que el adulto mayor enfrente alteraciones referidas a su salud bucal, aún si se cepilla y utiliza hilo dental con regularidad; el uso de prótesis dentales, el tomar medicamentos y los trastornos generales de la salud suelen ser comunes en la tercera edad. Afortunadamente, el odontólogo y el médico pueden ayudarlo a enfrentar la mayoría de esos desafíos satisfactoriamente.

Las caries y el deterioro de las superficies radiculares de los dientes son más comunes en las personas mayores. Por lo tanto, es importante cepillarse con una pasta de dientes con flúor, utilizar el hilo dental diariamente y visitar al dentista con regularidad.

La sensibilidad puede agravarse a medida que el individuo avanza en edad. Las encías se retraen con el tiempo, exponiendo zonas del diente que no están protegidas por el esmalte. Esas zonas son particularmente propensas al dolor ante alimentos o bebidas frías o calientes. En casos severos, puede presentarse sensibilidad al aire frío, a bebidas y alimentos ácidos y dulces.

La sequedad en la boca es un trastorno común en las personas mayores, que puede ser causado por medicamentos o ciertos trastornos médicos. Si no se trata, esto puede dañar los dientes. El dentista recomendará varios métodos para recuperar la humedad de la boca, además de tratamientos o medicamentos apropiados para evitar los problemas relacionados con la sequedad bucal.

Los trastornos de salud preexistentes, como diabetes, afecciones cardíacas o cáncer pueden afectar su salud bucal. Asegúrese de comunicarle a su dentista cualquier problema de salud, para que comprenda su situación general y lo ayude a satisfacer sus necesidades especiales.

Las prótesis dentales le hacen la vida más fácil a las personas mayores, pero requieren cuidados especiales. Siga cuidadosamente las instrucciones del dentista y visítelo si surge cualquier problema. Las personas que utilizan prótesis dentales deben realizarse un examen anual.

La enfermedad de las encías es un trastorno potencialmente grave que afecta a personas de todas las edades, pero especialmente a aquellas mayores de 40 años. Diversos factores pueden aumentar la gravedad de la enfermedad de las encías, entre los que se cuentan:

- Una dieta inadecuada
- Una higiene bucal deficiente
- Enfermedades sistémicas, como diabetes, afecciones cardíacas y cáncer.
- Factores ambientales como: el estrés y el tabaquismo
- Ciertos medicamentos que afectan el estado de las encías

Debido a que las primeras etapas de la enfermedad de las encías son reversibles, es importante identificarlas precozmente. Los exámenes dentales periódicos aseguran la detección y el tratamiento de la enfermedad de las encías. En ocasiones es posible evitar la aparición de la enfermedad de las encías si se practica una correcta higiene bucal.

Las coronas y los puentes se utilizan para reforzar los dientes dañados o reemplazar los faltantes. Una corona se usa para cubrir o "enfundar" por completo un diente dañado. Además, se puede utilizar para mejorar su aspecto, forma o alineación. Los puentes se suelen utilizar para reemplazar uno o más dientes que faltan, cubriendo el espacio dejado por los mismos. Los puentes se adhieren con cemento a los dientes naturales o a los implantes que rodean el espacio vacío.

2.2.5.1. Envejecimiento fisiológico de la cavidad bucal.

Algunos cambios que ocurren con la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes como consecuencia de algunas enfermedades, tales como la periodontitis o la xerostomía, a veces relacionada con el consumo de medicamento. También efecto de factores socioculturales y económicos son determinantes para que se presente un aumento en el número de tratamientos como las exodoncias y las restauraciones sobre la persona de la tercera edad. (BULLÓN, F y otros., 1996). Entre estos cambios se encuentran:

- La modificación de la mucosa oral que generalmente se manifiesta en forma de atrofia.
- La disminución de la secreción salival debida a la atrofia en las glándulas salivales.
- La pérdida de adherencia a nivel de los tejidos gingivales, los cambios de tamaño, de forma y de color de la estructura dental, debido al desgaste y los efectos de las sustancias con contenidos colorantes y químicos.
- A nivel de los tejidos de soporte se observa que en el ligamento periodontal se produce la anquilosis, algo que puede ser normal por la edad, aunque puede presentarse aflojamiento de los dientes como consecuencia de la enfermedad periodontal.

- A nivel articular, se aumenta la susceptibilidad a los cambios degenerativos y en los músculos periarticulares se puede presentar atrofia asociada a problemas masticatorios.
- La retracción mandibular, el prognatismo, la pérdida de la dimensión vertical, la lengua prominente y los labios hendidos, son otros de los cambios fisiológicos que pueden aparecer acompañando el proceso de envejecimiento.
- Así mismo se presentan como consecuencia de procesos patológicos algunos estados que afectan la calidad de vida de las personas como el caso de la ausencia de piezas dentarias hasta llegar en algunos casos al edentulismo completo.
- Afectan también la calidad de vida de las personas la presencia de caries principalmente caries radicular, los restos radiculares con focos infecciosos, la enfermedad periodontal manifestada en gingivitis y periodontitis, la xerostomía, la polimedicación y sus efectos secundarios, y las lesiones orales de tipo viral, además de otras lesiones que se encuentran clasificadas en el grupo de lesiones precancerosas.

2.2.5.2. Medicamentos en los adultos mayores.

Los problemas asociados al uso de fármacos en los adultos mayores, están relacionados con las interacciones entre ellos, así como los aspectos fisiológicos del envejecimiento, las enfermedades sistémicas, la nutrición y aspectos psicológicos. Los adultos mayores en general se caracterizan por presentar una mayor incidencia de enfermedades simultáneas, mayor tendencia a la cronicación y/o invalidez, mayor dificultad para el diagnóstico de sus enfermedades y a veces con una menor sintomatología.

Además, está indicada una necesidad de tratamiento rehabilitador, necesidad de más cuidados psíquicos y sociales, una mayor dificultad para establecer en ellos una terapia farmacológica adecuada por el uso de múltiples fármacos, y hasta se presentan errores en su administración.

La mayoría de los procesos farmacocinéticos están modificados en los pacientes mayores de 65 años, por lo cual se debe tener en cuenta posibles interacciones y patologías para evitar reacciones adversas.

2.2.5.3. La salud bucal del adulto mayor en el Ecuador.

La expectativa de vida de los ecuatorianos es cada vez mayor, teniendo como consecuencia una población con altos índices de adultos mayores, quienes requieren cuidados de atención de salud pública para mejorar su calidad de vida. El hecho de que las personas vivan más años es un buen indicador del grado de desarrollo humano alcanzado por el país. Para el Ecuador esto implica un enorme desafío social y político para lograr una mejor calidad de vida de las personas de la tercera edad. Así, el envejecimiento y la vejez pasan a ser un tema estratégico en el proyecto de país para ser más accesibles los ahora limitados programas públicos para la tercera edad en cuanto a salud, necesidades de trabajo, cuidados, protección social y convivencia intergeneracional, entre otras. De esta manera, se puede apreciar dos tipos de servicios de salud en el Ecuador: el público y el privado.

(SEIF, 2007) La salud y la calidad de vida del adulto mayor implica la posibilidad de envejecer activa y saludablemente. Entre los factores asociados a la salud bucal en el adulto mayor se encuentran las deficientes condiciones socio económicas, el bajo nivel educativo, y la higiene oral inadecuada. Resulta difícil evaluar en forma objetiva la frecuencia, calidad y constancia del cepillado en los adultos mayores ya que la prevalencia de problemas de salud oral en la tercera edad en clases sociales deprimidas, están asociados al difícil acceso a los servicios de salud.

Al igual que la actividad física es recomendada como un ingrediente esencial para lograr envejecer exitosamente, así es la salud bucal en los adultos mayores. Cada día surgen más pruebas de los notables beneficios de la prevención, diagnóstico y tratamiento odontológico para disminuir las consecuencias derivadas del normal envejecimiento. En el plano de la odontología, la prevención, diagnóstico y tratamiento odontológico en los adultos mayores ha sido deficiente en el Ecuador, tomando en cuenta que las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, pues se ven favorecidas por las dietas más sanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Otro factor de riesgo es una higiene bucodental deficiente, según la (OMS, 2007).

En esta etapa de la vida se requieren cuidados especiales para conservar en buen estado las piezas dentales y la salud de la cavidad bucal en general. Como explica la doctora María Julieta Belmar, Odontóloga del Hospital Militar “Con el paso del tiempo, como todo órgano, la dentadura se va deteriorando y como la expectativa de vida ha aumentado, los dientes que antes tenían que durar hasta los 60 años ahora duran hasta los 80 por lo que requieren mayor cuidado”.

La salud oral del adulto mayor está determinada por diversos factores, tanto propios como ambientales, y es un útil indicador de los cuidados odontológicos recibidos por el paciente durante toda su vida. Las enfermedades más comunes en esta etapa de la vida son las caries y las periodontales (de las encías) y si no son tratadas a tiempo provocan dolor y dificultad para alimentarse. La pérdida de los dientes, por su parte, afectará la apariencia y las funciones de la boca como hablar, sonreír, respirar, degustar, masticar y tragar, entre otras.

Pese a que paulatinamente se ha experimentado un positivo cambio respecto a la importancia de las terapias preventivas y la conservación de los dientes, la ausencia parcial o total de éstos en pacientes adultos mayores, es aún una condición común para gran parte de la población en esta etapa de la vida. Lo positivo es que los “nuevos adultos mayores” llegan con una dentadura cada vez mejor.

Así lo confirma el Dr. Mario Dávila, Jefe de Maxilofacial del Hospital Militar: “Hoy se da mucho la prevención y el cuidado de la salud dental, esto hace que se llegue con una mejor dentadura a la vejez”.

La atención primaria en el paciente adulto mayor, debe tener un enfoque esencialmente preventivo y estar orientado hacia la instrucción tanto del paciente como del personal o familiar que se encuentre a cargo de su cuidado. La educación deberá incluir las diferentes medidas para el control de la placa bacteriana, el cuidado y correcto uso de las prótesis dentales.

Es fundamental tener un control anual como mínimo en todos los pacientes adultos mayores. Pero en caso de pacientes portadores de prótesis dentales, se hace necesario un control periódico de al menos dos o tres veces por año, para evaluar el funcionamiento y estado de las prótesis, detectar pérdidas óseas.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

ALVÉOLO DENTAL: Hueco del hueso que aloja las raíces de los dientes.

ALVEOLITIS: Inflamación del alvéolo tras una extracción dentaria.

ANÁLISIS OCLUSAL: El examen de la oclusión y articulación de los dientes y evaluación de los trastornos funcionales y desórdenes funcionales del sistema masticatorio.

APIÑAMIENTO DENTAL: mala colocación de los dientes por falta de espacio

BOLSA SUBGINGIVAL: indica la presencia de un surco gingival anormalmente profundo resultado de una gingivitis o de una periodontitis.

CÁLCULO: Es la placa mineralizada adherente que se forma sobre la superficie de los dientes.

DENTINA: Componente principal de los dientes, que envuelve la pulpa dental y está cubierta por el esmalte (en la corona) y el cemento (en la raíz del diente).

ENCÍA: Tejido que cubre el interior de la boca.

ENDODONCIA: Tratamiento dental que consiste en limpiar (quitar el tejido necrótico y las bacterias) el interior de un diente o molar y el posterior relleno del espacio ocupado por aquel con un material sintético.

ESTOMATITIS: Nombre genérico dado a las inflamaciones de la mucosa bucal.

EXODONCIA: Extracción de un diente.

EXTRUSIÓN: Movimiento en sentido vertical de un diente en la dirección opuesta a la encía.

GINGIVITIS: Es una irritación y/o inflamación de las encías, causada por la placa bacteriana que se acumula en los pequeños espacios que se encuentran entre las encías y los dientes.

GINGIVOESTOMATITIS: Inflamación de las encías y de las mucosas bucales.

HALITOSIS: Mal aliento.

INCISIVOS: Son los dientes más anteriores de la boca. Hay cuatro en cada arcada, siendo los superiores más anchos que los inferiores.

LIGAMENTO PERIODONTAL: Son las fibras que unen la raíz del diente al hueso alveolar que lo soporta.

MARGEN GINGIVAL: Es el borde de la encía que rodea los dientes en forma de collar, festón.

OBTURACIÓN DENTAL: Empaste es el resultado de colocar un material que se utiliza con el fin de restaurar los dientes dañados principalmente por caries.

PAPILA INTERDENTAL: Parte de encía que rellena el espacio interdental entre dos dientes adyacentes.

PERIODONTO: Es el conjunto de tejidos que cubren y soportan los dientes. Incluye la encía, el cemento de la raíz del diente, el ligamento periodontal, el hueso alveolar y el hueso de soporte.

PERIODONTITIS: Es una enfermedad inflamatoria que afecta a los tejidos de soporte del diente. Comporta la pérdida progresiva del hueso que lo sustenta, y que, dejada sin tratamiento, puede conducir a la pérdida definitiva del diente.

PLACA DENTAL: Es una película formada mayoritariamente por bacterias, que se acumula en la superficie de los dientes.

PULPA DENTAL: Es la parte central del diente llena de tejido blando. Este tejido contiene los vasos sanguíneos y los nervios que entran en el diente desde la raíz.

RAÍZ DENTAL: Es la parte del diente no visible y soportada por el hueso alveolar.

RECESIÓN GINGIVAL: Hace referencia a la pérdida de encía que cubre el diente y deja parte de la raíz expuesta.

SURCO GINGIVAL: Es la bolsa o hendidura virtual que se encuentra entre el diente y la parte marginal de la encía que lo cubre.

XEROSTOMÍA: Ausencia del flujo salival.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.4.1. Hipótesis.

H_i: (Hipótesis de la investigación): La Salud Oral se relaciona con la calidad de vida de los Adultos Mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba durante el primer Semestre del Año 2013.

2.4.2. Variables.

2.4.2.1. *Variable Independiente.*

➤ Salud Oral

2.4.2.2. *Variable Dependiente.*

➤ Calidad de vida de los Adultos Mayores.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INST.	
<i>Independiente</i>			Envejecimiento fisiológico		
Salud oral	Son todos los aspectos de la salud y funcionamiento de la boca, especialmente de los dientes, encías y anexos que a más de tener buen aspecto deben recibir un tratamiento oportuno.	Aspectos de la salud	Procesos destructivos no cariosos	Encuestas	
			Caries dental	Observación directa	
			Xerostomía		
		Funcionamiento de la boca	Medicamentos	Cuestionario	
			Función masticatoria		
			Función fonativa		Ficha de observación directa
			Función deglutiva		
		Tratamiento oportuno	Función salivar		
			Profilaxis		
			Obturaciones		
Restauraciones					
			Exodoncias		
			Prótesis dentales		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INST.
<i>Dependiente</i> Calidad de vida de los adultos mayores	Es la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrolla su personalidad. (OMS, 2002)	Satisfacción Participación en las actividades de la vida Capacidades humanas	Muy satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho Familiar Trabajo Comunal Nacional Realizar actividades básicas de la vida diaria Realizar actividades instrumentales de la vida diaria	Encuesta Historias clínicas

Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. MÉTODOS.

La presente investigación es descriptiva – exploratoria.

3.1.1. Tipo de Investigación.

La investigación a desarrollarse será de tipo descriptiva y exploratoria ya que solamente se propondrá el tipo de problema a tratar que es la salud bucal y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores.

Investigación Descriptiva: Mediante este tipo de investigación se podrá descubrir las causas que han originado el problema y determinar la relación entre variables.

Según Díaz, F. (2010). “Detalla las características más importantes del problema en estudio; es decir de la deficiente salud oral del adulto mayor en lo que respecta a su origen y desarrollo, para describir el problema dentro de una circunstancia temporo-espacial determinada, es decir de Enero a Junio del 2013 en el Hogar de Ancianos de Riobamba.

Investigación Exploratoria: Esta modalidad de investigación se realiza con el propósito de tener una idea más clara de lo que se desea estudiar. Su objetivo es ayudar al planteamiento del problema de investigación y formular hipótesis de estudio.

3.1.2. Diseño de la investigación.

Con la finalidad de sustentar, consolidar, respaldar, profundizar y desarrollar el presente trabajo de investigación, se ha previsto que en el diseño de investigación se realizarán los siguientes:

Investigación Bibliográfica – Documental: Es necesario emplear este tipo de investigación por cuanto se requiere profundizar, conocer, deducir y comparar diferentes enfoques, teorías y como un elemento secundario nos guiaremos por medio del Internet, folletos, libros, etc. Los mismos que serán de ayuda para el desarrollo y estructuración del Marco Teórico.

El objeto de utilizar la investigación bibliográfica – documental se debe a que el presente estudio tendrá sustento científico basada en el marco teórico, es decir, estará basada en documentos que serán encontrados en centros de estudios como: bibliotecas, documentos y archivos pertenecientes a instituciones de salud pública del Ecuador, donde se incluirá términos que será necesario emplearlo en el perfil de manera que permitan el mejor análisis del problema en estudio.

Investigación de Campo: Es el estudio sistemático de los hechos en el lugar en que se producen los acontecimientos. En esta modalidad el investigador toma contacto en forma directa con la realidad, para obtener información de acuerdo con los objetivos del trabajo investigativo.

Esta modalidad permitirá conocer los hechos que se efectúen en el área estomatológica del Hogar de Ancianos de Riobamba, de la misma manera en los adultos mayores, para lo cual se procederá a realizar un conteo de datos de las historias clínicas de los adultos mayores atendidos durante el primer semestre del año 2013, la razón de su consulta, las patologías bucodentales encontradas, enfermedades que padecen, medicamentos prescritos, ausencia o presencia de prótesis dentales, movilidad dentaria, caries del adulto mayor y restos radiculares.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. Población.

Población es un grupo de personas u objetos que poseen características similares en nuestro caso investigativo, la población de estudio está formada por 73 adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos Riobamba durante el primer semestre del 2013 y el personal de salud conformado por 33 personas.

Cuadro N° 1: Población o universo.

POBLACIÓN	CANTIDAD
Personal de salud Hogar Ancianos Riobamba	33
1 Director-Administrador 1 Médico General 1 Geriatra 1 Odontólogo 1 Psicólogo clínico 1 Trabajadora social 1 Tecnólogo médico 1 Fisioterapista 2 Enfermeras 13 Auxiliares de enfermería 6 Auxiliares administrativos de salud 4 Auxiliar de alimentación	
Sub Total:	33
Adultos mayores residentes	
Mujeres	43
Hombres	30
Sub Total:	73
TOTAL	106

Fuente: Director-Administrador Hogar de Ancianos Riobamba.
Elaborado por: Director-Administrador Hogar de Ancianos Riobamba.

Por conocer el número total de la población de estudio y ser una cantidad muy manejable, se trabajará con todos los involucrados.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.3.1. Técnicas.

Las técnicas de investigación son el conjunto de procedimientos coherentes con el problema, objeto de estudio y con los recursos disponibles, conducentes a generar información pertinente para la investigación. Díaz, F. (2010). Para el presente estudio se utilizará como técnicas de investigación las siguientes:

La encuesta: La encuesta es una técnica de recolección de información por la cual los informantes responden por escrito a preguntas entregadas por escrito.

La observación: Es una técnica que consiste en poner atención a través de los sentidos, en un aspecto de la realidad y en recoger datos para su posterior análisis e interpretación sobre la base de un marco teórico que permita llegar a conclusiones y toma de decisiones; sus objetivos son detectar problemas y familiarizarse con una situación o hecho, en este caso con la deficiente salud oral de los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba.

3.3.2. Instrumentos de investigación.

Cuestionario: Este instrumento es una serie de preguntas impresas acorde a los objetivos de estudio, las cuales son contestadas por la población en preguntas cerradas. En la presente investigación se aplicará una encuesta al personal médico y administrativo del Hogar de Ancianos Riobamba.

Historias Clínicas: Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, psicólogo, enfermero, kinesiólogo, odontólogo) y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

Para ejecutar la técnica investigativa de la Observación, se lo realizará a través de las historias clínicas como instrumento ya que facilitará la recolección de la información de los adultos mayores acorde a los objetivos de estudio.

3.5. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

3.5.1. Recolección de Información.

El procedimiento de recolección de información contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos de la investigación, de acuerdo con el enfoque escogido. Para sintetizar la descripción del plan de recolección es necesario establecer las siguientes preguntas:

Cuadro N° 2: Recolección de la información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	De los adultos mayores
3. ¿Sobre qué aspectos?	Salud oral Calidad de vida

4. ¿Quién? ¿Quiénes?	María Isabel Chicaiza
5. ¿Cuándo?	Primer semestre de 2013
6. ¿Dónde?	Hogar de Ancianos Riobamba
7. ¿Cuántas veces?	Una vez
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta Observación directa
9. ¿Con qué instrumentos?	Cuestionario, Historias clínicas, ficha de observación directa

Fuente: Investigación propia.

Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

En la recolección de la información se define el problema y los objetivos de la investigación para lo cual se establecen todos y cada uno de los objetivos específicos que se plantearon inicialmente, en cada uno de estos se establecerá la manera como acceder a esta información, se clasificará a la información en secundaria y en primaria ya sea esta cuantitativa o cualitativa.

3.5.2. Procesamiento de la Información.

Es el proceso que permite analizar la información con el fin de obtener las respuestas a las preguntas que se formularon en los instrumentos para presentar los resultados y comprende:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente y otras fallas.
- Cuadro según variables del tema: cuadros de una sola variable, cuadro de cruce de variables, etc.
- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente)

3.5.3. Análisis de la información.

Una vez que se ha recopilado y tabulado la información, es necesario analizarla para presentar los resultados. El análisis de los datos dependerá del cuidado con el que se haya elaborado el proyecto de investigación, ya que si éste se diseñó en forma adecuada, los resultados de la investigación proporcionará el análisis casi automáticamente. El análisis comprende dos etapas:

- La selección del gráfico más apropiado y,
- La presentación de los datos.

3.5.4. Interpretación de resultados.

Después de haber realizado el análisis de datos y diseñado los cuadros que resumen los resultados, el siguiente paso es interpretarlos, es decir comprender la magnitud de los datos y el significado de los mismos.

Para realizar la interpretación de los resultados se sugiere lo siguiente:

- ✓ Describir los resultados,
- ✓ Estudiar cada uno de los resultados por separado y relacionarlos con el marco teórico,
- ✓ Elaborar una síntesis de resultados.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1. ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE SALUD DEL HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA

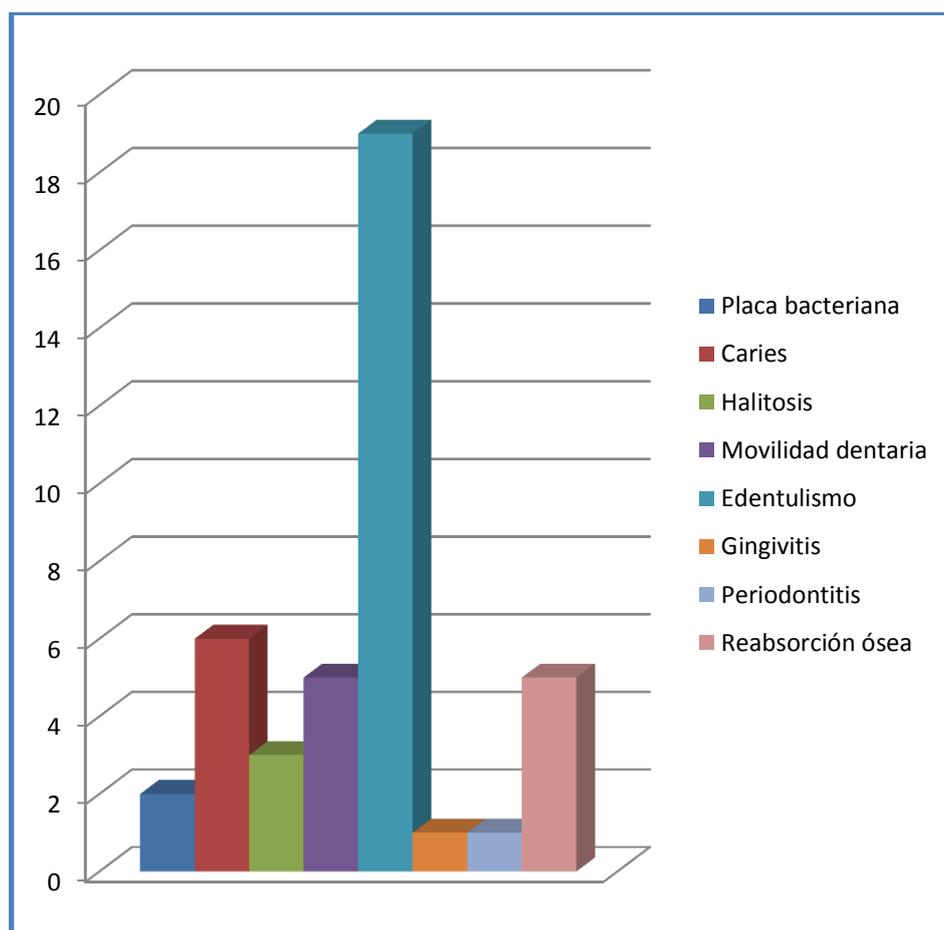
1. De acuerdo a su criterio, ¿Qué aspectos de la salud oral son más deficientes en los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba?

Cuadro N° 3: Aspectos de salud oral deficientes

ALTERNATIVA	CANTIDAD
Placa bacteriana	2
Caries	6
Halitosis	3
Movilidad dentaria	5
Edentulismo	19
Gingivitis	1
Periodontitis	1
Reabsorción ósea	5

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 1: Aspectos de salud oral deficientes.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del personal de salud que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba, 19 personas consideran que los aspectos de la salud oral más deficientes en los adultos mayores, son: el edentulismo, 6 personas consideran las caries, 5 personas consideran movilidad dentaria y otras 5 reabsorción ósea, 3 personas halitosis, 2 personas consideran placa bacteriana y 1 persona considera la gingivitis y otra la periodontitis.

De acuerdo a los resultados obtenidos, los aspectos de salud oral más deficientes en los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba son el edentulismo, caries, movilidad dentaria y reabsorción ósea.

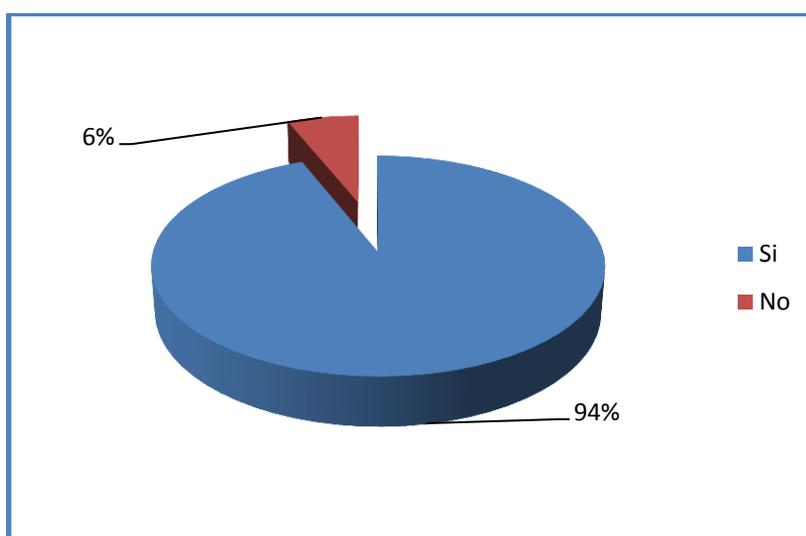
2. ¿Considera usted que los adultos mayores sienten dolor al masticar alimentos?

Cuadro N° 4: Dolor al masticar.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	31	94 %
No	2	6 %
TOTAL	33	100 %

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 2: Dolor al masticar.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del 100% del personal de salud encuestados, el 94 % considera que los adultos mayores si sienten dolor al masticar alimentos mientras que el 6 % no.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de adultos mayores si sienten dolor al masticar alimentos porque tienen edentulismo, caries, movilidad dentaria y reabsorción ósea como problemas principales de salud oral.

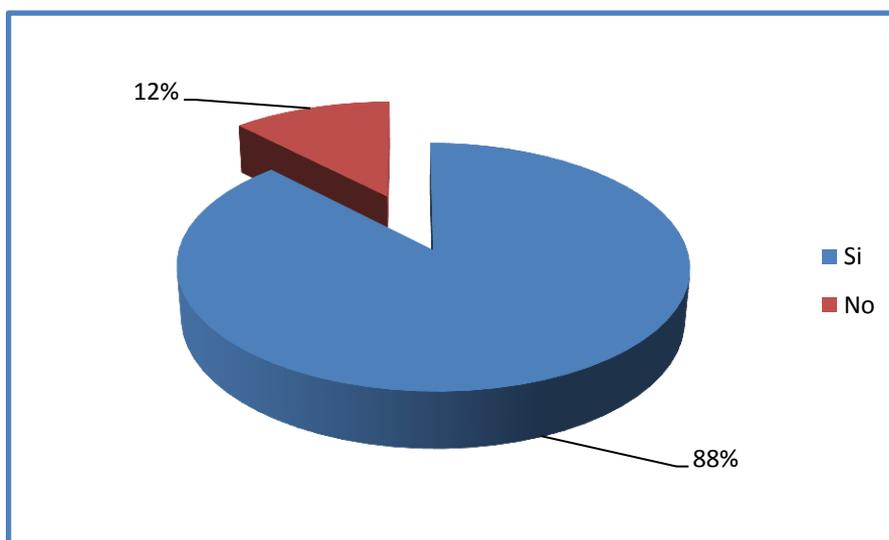
3. Considera usted que los adultos mayores ¿Tienen dificultad para pronunciar palabras?

Cuadro N° 5: Dificultad pronunciar palabras.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	29	88 %
No	4	12 %
TOTAL	33	100 %

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 3: Dificultad pronunciar palabras



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del 100 % del personal de salud encuestados, el 88 % considera que los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba si tienen problemas para pronunciar palabra mientras que un 12 % señala que no. La mayoría de adultos mayores si tienen dificultad para pronunciar palabras debido a la ausencia de piezas dentarias que no han sido reemplazadas por prótesis dentales la cual dificulta la fonética.

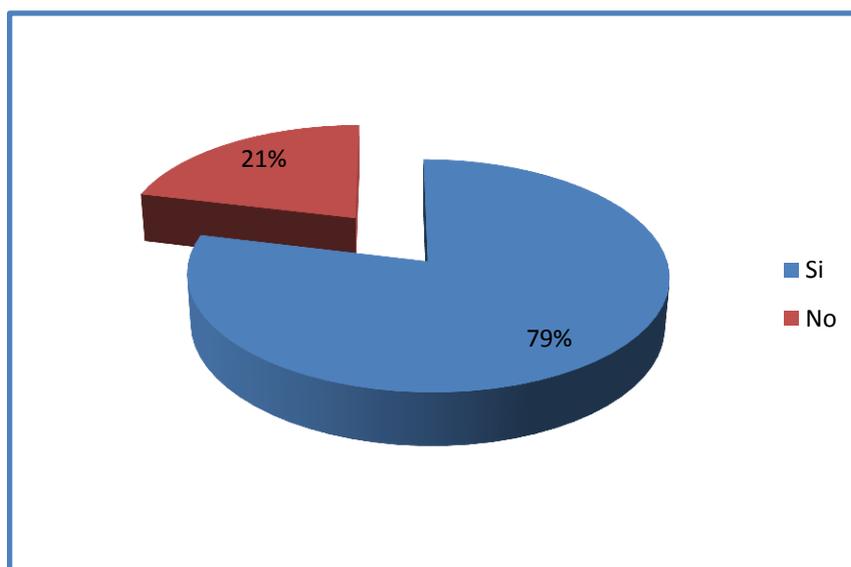
4. Considera usted que los adultos mayores ¿Han cambiado su tipo de alimentación?

Cuadro N° 6: Cambio tipo de alimentación.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	26	79%
No	7	21%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 4: Cambio tipo de alimentación.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del 100 % del personal de salud encuestados y que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba, el 79 % manifiesta que los adultos mayores sí han cambiado su tipo de alimentación mientras que un 21% consideran que no lo han hecho.

Es evidente que ante la presencia de edentulismo, movilidad dentaria, caries y reabsorción ósea y dolor al masticar alimentos, los adultos mayores hayan tenido que cambiar su alimentación dura por completamente blanda; afectando de esta manera su calidad de vida por la no ingesta de alimentos mínimos necesarios en su dieta diaria.

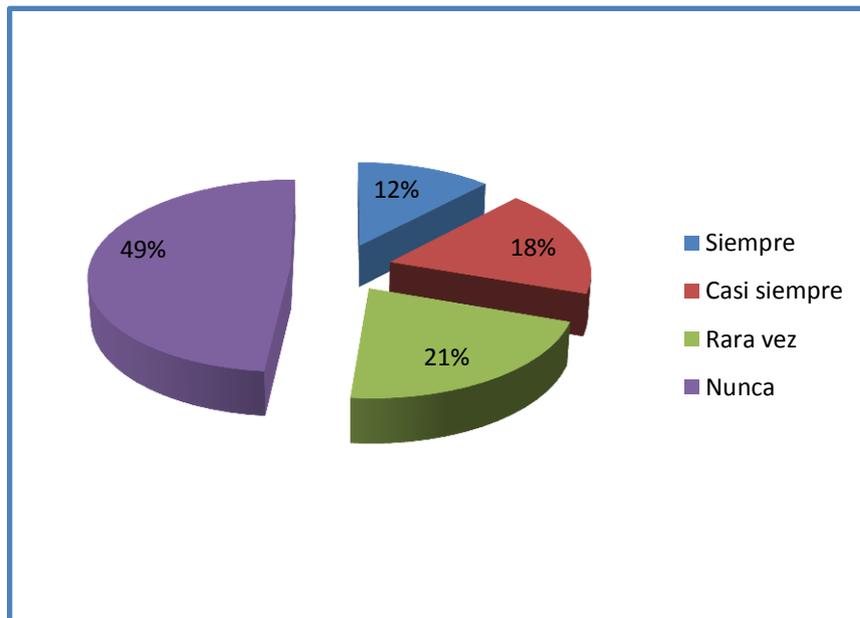
5. ¿Con qué frecuencia, los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba reciben tratamiento Odontológico?

Cuadro N° 7: Frecuencia revisión odontológica.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	4	12 %
Casi siempre	6	18 %
Rara vez	7	21 %
Nunca	16	49 %
TOTAL	33	100 %

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 5: Frecuencia revisión odontológica.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del 100 % del personal de salud encuestados y que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba, el 49 % considera que los adultos mayores nunca han recibido tratamiento odontológico, el 21 % cree que han recibido rara vez, el 18 % casi siempre, mientras que apenas un 12 % considera que siempre reciben.

La mayoría del personal de salud encuestados consideran que la frecuencia de atención odontológica de adultos mayores es nunca, debido a la falta de un profesional odontólogo de planta o a tiempo parcial, quien brinde tratamiento en salud oral.

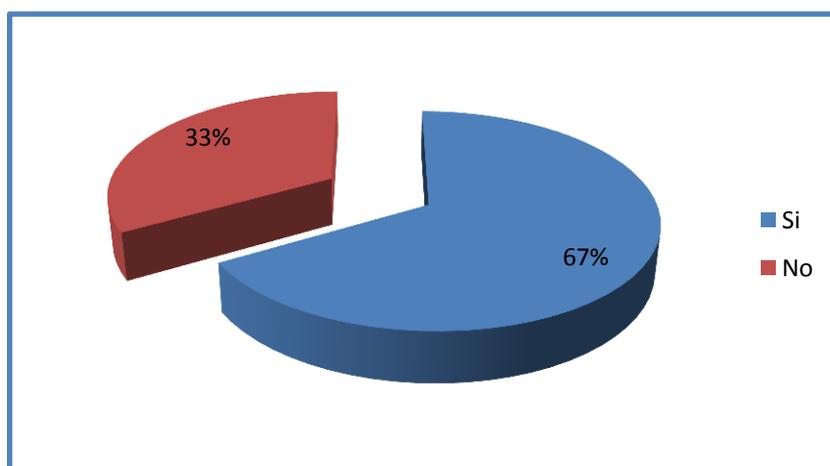
6. ¿Se quejan por problemas en su boca cuando participa en actividades de la vida diaria?

Cuadro N° 8: Problemas en su boca.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	22	67 %
No	11	33 %
TOTAL	33	100 %

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 6: Problemas en su boca.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del 100 % del personal de salud encuestados y que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba, el 67 % sí se quejan por problemas en su boca cuando participa en actividades de la vida diaria mientras que el 33 % no lo hace. Según los resultados obtenidos, la mayoría del personal de salud considera que los adultos mayores sí tienen problemas en su boca, porque cuando realizan sus actividades de la vida diaria como: comer, vestirse, peinarse, higiene personal; constantemente se quejan de dolores en la cavidad bucal.

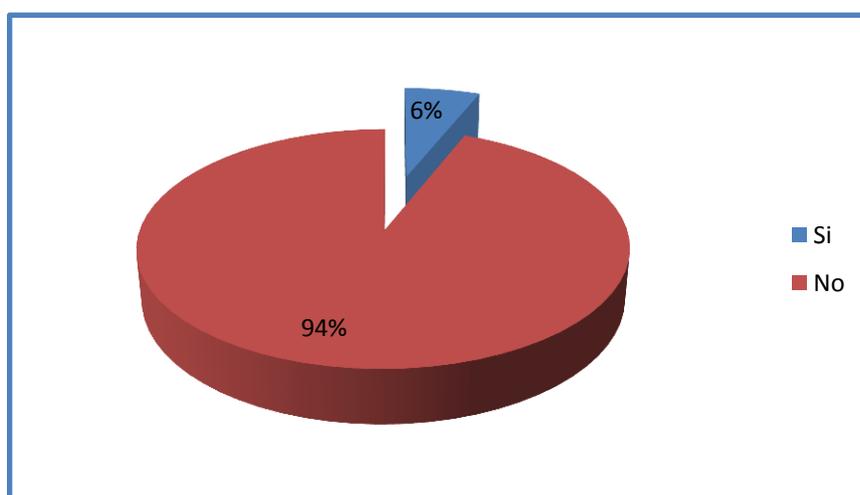
7. ¿Mantienen una buena higiene bucal?

Cuadro N° 9: Higiene bucal.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	2	6 %
No	31	94 %
TOTAL	33	100 %

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 7: Higiene bucal.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del 100 % del personal de salud encuestados y que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba, el 94 % considera que los adultos mayores no mantienen una buena higiene bucal mientras que apenas un 6 % señalan que sí. Para la mayoría del personal de salud, casi todos los adultos mayores no mantienen una buena salud bucal, evidenciado en la halitosis, cálculos, placa bacteriana, gingivitis y periodontitis; situación que afecta su nutrición y consecuentemente su calidad de vida.

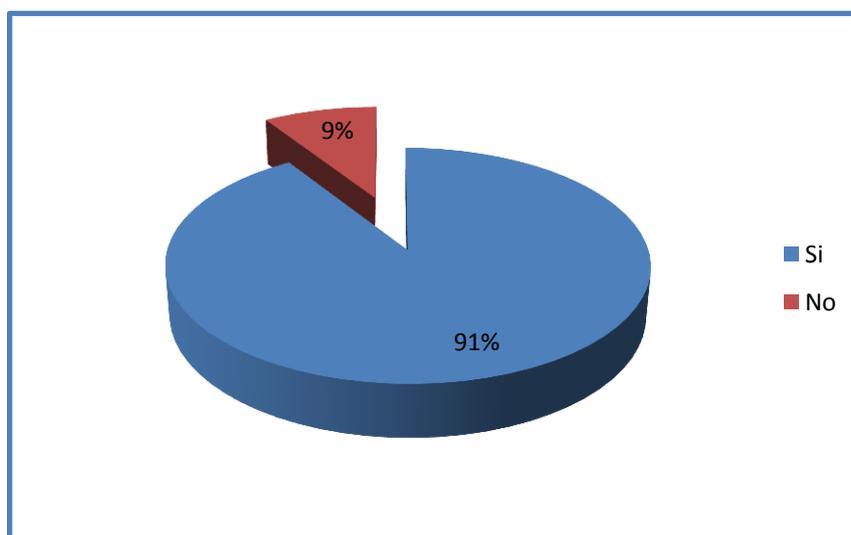
8. ¿Necesitan ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida diarias?

Cuadro N° 10: Necesita ayuda para ABVD.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	30	91 %
No	3	9 %
TOTAL	33	100 %

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 8: Necesita ayuda para ABVD.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del 100 % del personal de salud encuestados y que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba, el 91 % considera que los adultos mayores si requieren ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria mientras que un 9 % consideran que no lo requieren. En el Hogar de Ancianos de Riobamba, casi todos los adultos mayores requieren ayuda para realizar las actividades básica de la vida diaria, pocas son las personas que no requieren asistencia y son precisamente las personas con edades entre 32 a 64 años quienes se bañan, alimentan, visten solas, además de realizar sus actividades de higiene personal como lavarse la cara, manos, boca y peinarse.

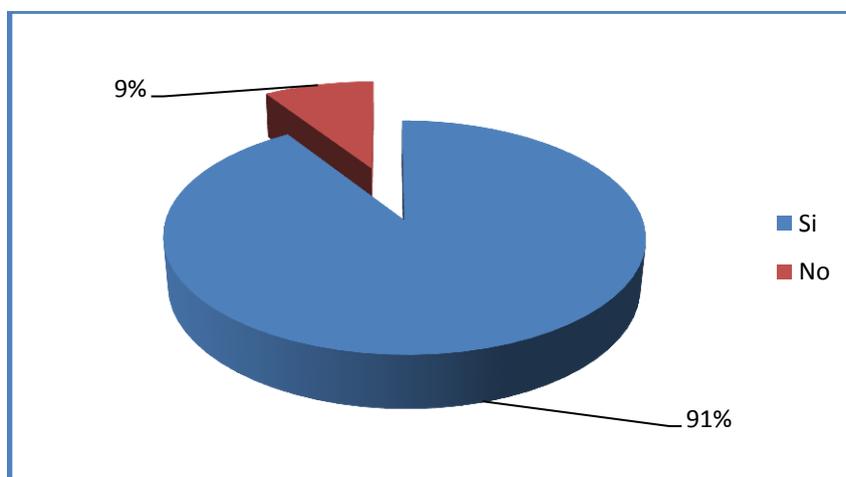
9. ¿Necesitan ayuda para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria?

Cuadro N° 11: Necesita ayuda para AIVD.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	30	91 %
No	3	9 %
TOTAL	33	100 %

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 9: Necesita ayuda para AIVD.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Del 100 % del personal de salud encuestados y que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba, el 91 % considera que los adultos mayores sí necesitan ayuda para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria mientras que un 9 % no lo requieren. Para la mayoría del personal de salud, casi todos los adultos mayores sí requieren ayuda para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria como realizar la limpieza de sus camas, lavar los utensillos de cocina y lavar su ropa. El personal de salud que labora en el hogar de Ancianos son quienes realizan todas estas actividades.

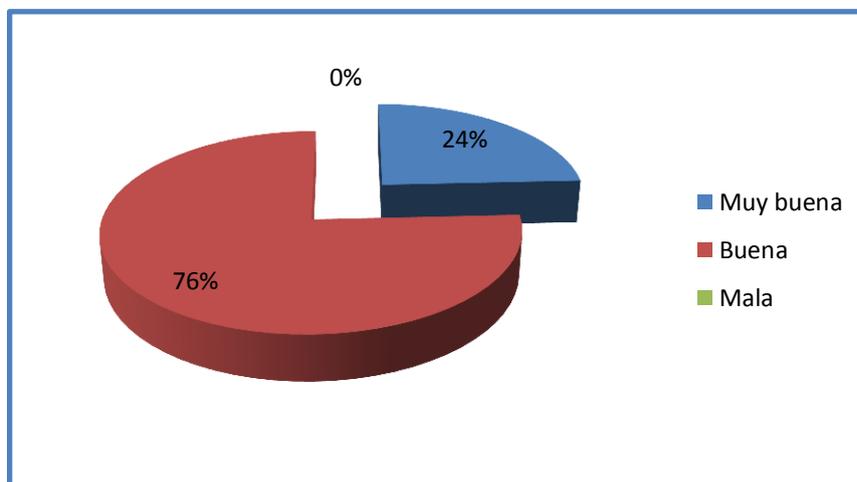
10. ¿Qué grado de satisfacción en relación a la calidad de vida tienen los adultos mayores que residen en este centro?

Cuadro N° 12: Grado de satisfacción.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy buena	8	24 %
Buena	25	76 %
Mala	0	0 %
TOTAL	33	100 %

Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 10: Grado de satisfacción.



Fuente: Encuesta Personal de Salud Hogar Ancianos de Riobamba.
Elaborado por: Ma. Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: Según el 100 % del personal de salud encuestados y que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba, el 76 % considera que el grado de satisfacción en relación a la calidad de vida tienen los adultos mayores recluidos en este centro es buena mientras que el 24 % considera que es muy buena. La mayoría del personal de salud considera que el grado de satisfacción en relación a la calidad de vida que tienen los adultos mayores que residen en este centro es buena, debido a que tienen la atención básica en alimentación, asistencial; mientras que en salud es parcial puesto que no tienen atención odontológica.

4.2. FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA.

1. Edad y Género.

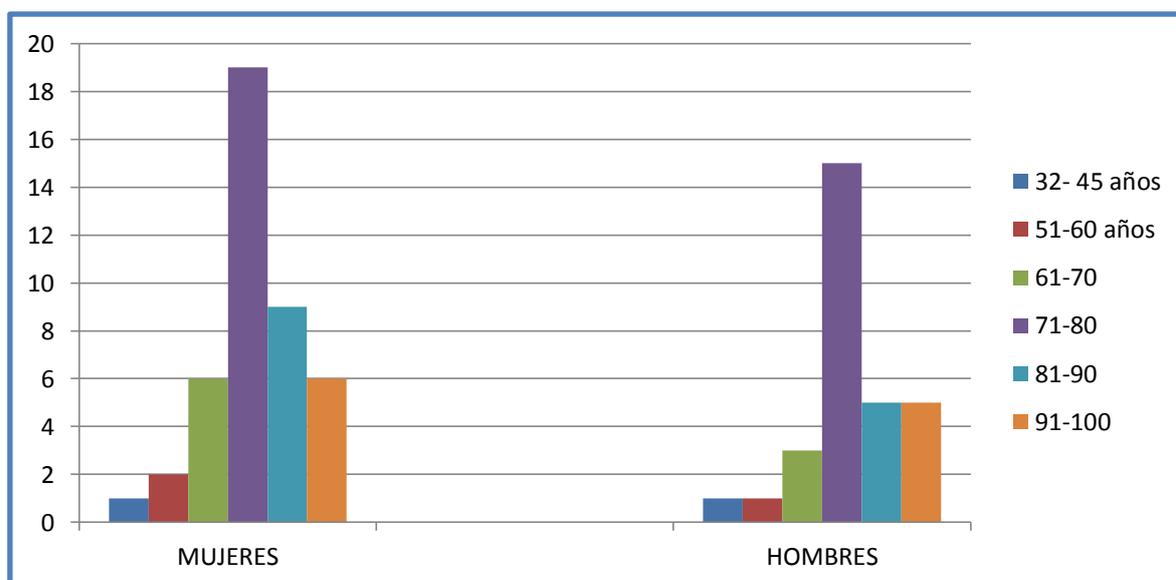
Cuadro N° 13: Edad.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
32- 45 años	1	3%	1	3%
51-64 años	4	9%	4	13%
65-70	4	9%	0	0%
71-80	19	44%	15	50%
81-90	9	21%	5	17%
91-100	6	14%	5	17%
Sub total	43	100%	30	100%
	59%		41%	
TOTAL	100%			

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 11: Edad y género.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: De los 73 adultos mayores que residen en el Hogar de Ancianos de Riobamba, 43 son mujeres es decir el 59 % y 30 son hombres es decir el 41 %. Se acuerdo a la observación realizada, el 44 % de las mujeres fluctúan entre los 71-80 años, mientras que el 21 % entre los 81-90 años.

El 14% lo comparten las edades de entre 61-70 años, y de 91-100 años. El 5% se encuentran comprendidos entre los 51-60 años y apenas el 2 % entre los 32-45 años. En cuanto a los hombres, el 50% fluctúan entre los 71-80 años, un 17 % lo comparten las edades entre 91 a 90 y entre 91-100.

El 13 % se encuentran entre los 51-64 años y un 3 % entre los 32-45 años. De acuerdo a los resultados obtenidos en el Hogar de Ancianos de Riobamba, existen más mujeres que hombres con edades promedio entre los 71-80 años, tanto en hombres como en mujeres.

Cabe resaltar que, en el hogar se encuentran personas que sin haber cumplido los 65 años de edad residen en el hogar por ser indigentes y no existen en la ciudad de Riobamba otro centro público para albergarlos; la policía los recoge deambulando por las calles y los llevan directamente al Hogar de Ancianos de Riobamba.

2. Estado civil.

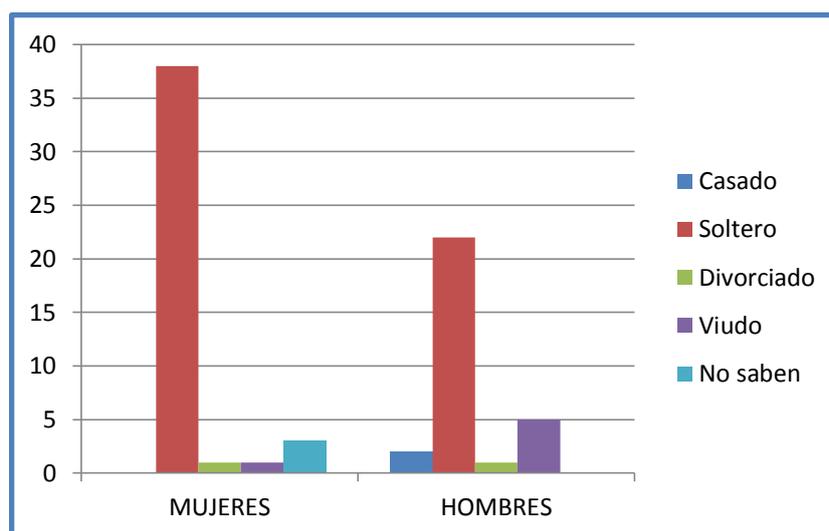
Cuadro N° 14: Estado civil.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Casado	0	0%	2	7%
Soltero	38	89%	22	73%
Divorciado	1	2%	1	3%
Viudo	1	2%	5	17%
No saben	3	7%	0	0%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza

Gráfico N° 12: Estado civil.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El estado civil del 89 % de las mujeres que se encuentran en el Hogar de Ancianos de Riobamba son solteras, el 7 % no saben, mientras que un 2 % lo comparten las opciones divorciada y viuda. De la misma manera, el 73 % de los hombres manifiestan ser solteros, el 17 % viudos, el 7 % casados y el 3 % divorciado. De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de adultos que se encuentran en el Hogar de Ancianos de Riobamba son solteros; situación que justifica su permanencia en el centro al no tener cónyuge e hijos quien los reclame.

3. Procedencia.

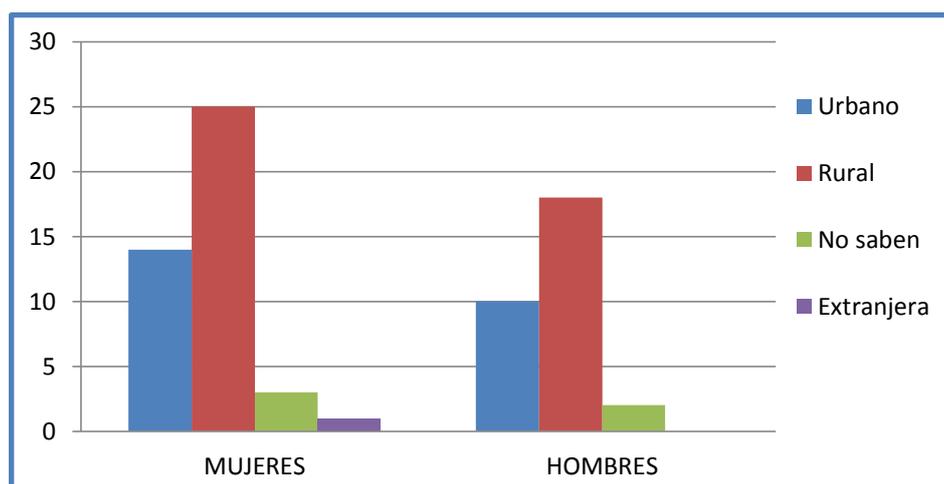
Cuadro N° 15: Procedencia.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Urbano	14	33%	10	33%
Rural	25	58%	18	60%
No saben	3	7%	2	7%
Extranjera	1	2%	0	0%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 13: Procedencia



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 58 % de las mujeres que permanecen en el Hogar de Ancianos de Riobamba proceden de la zona rural, el 33 % urbano, un 7 % no saben mientras que un 2 % señalan extranjera. El 60 % de los hombres que permanecen en el Hogar de Ancianos de Riobamba proceden de la zona rural, 33 % urbano mientras que un 7 % desconocen su procedencia. De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de adultos mayores, proceden de la zona rural del Cantón Riobamba. La mayoría son personas indigentes a quienes la policía los recogió de las calles y los llevó al Hogar de Ancianos.

4. Permanencia en el centro

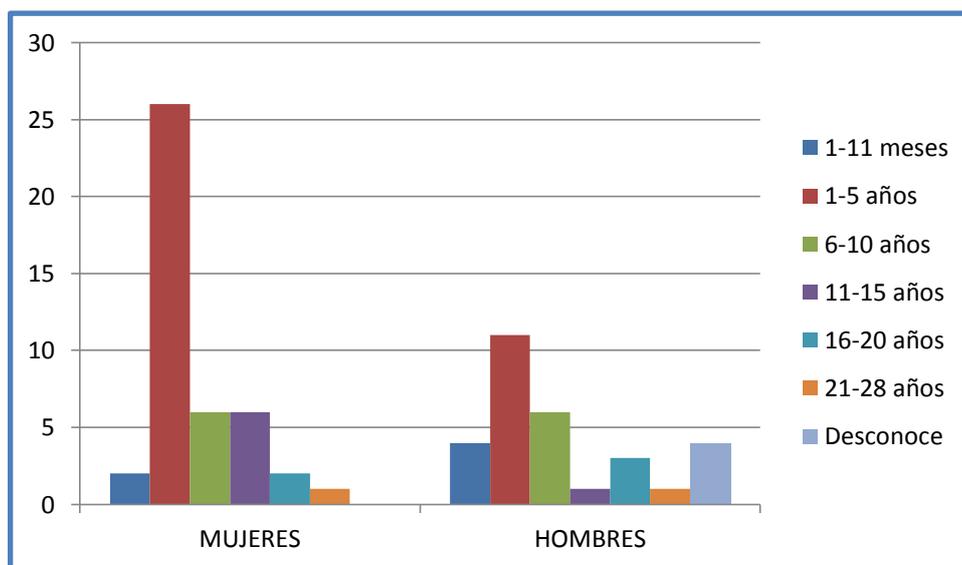
Cuadro N° 16: Permanencia en el centro.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
1-11 meses	2	5%	4	14%
1-5 años	26	60%	11	37%
6-10 años	6	14%	6	20%
11-15 años	6	14%	1	3%
16-20 años	2	5%	3	10%
21-28 años	1	2%	1	3%
Desconoce	0	0%	4	13%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza

Gráfico N° 14: Permanencia en el centro



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 60% de las mujeres que permanecen en el Hogar de Ancianos de Riobamba se encuentran allí de entre 1 a 5 años, un 14% lo comparte las opciones entre 6 a 10 y, entre 11-15 años. De la misma manera la opción 5% lo comparten entre 1 a 11 meses y 16 a 20 años mientras que apenas un 2% 21-28 años.

De entre los hombre, el 37% el tiempo de permanencia en el centro es de 1-5 años, el 20% de 6-10 años, el 14% de 1-11 meses, el 13% lo desconoce, mientras que el 10% de 16-20 años; el 3% lo comparten las opciones de 21-28 años y de 11 a 15 años.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el tiempo de permanencia de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba es de 1 a 5 años en su mayoría tanto para hombres como para mujeres; en segundo lugar se encuentran los ancianos que permanecen de 6-10 años. De la misma manera se puede observar que son el grupo de hombres quienes más tiempo permanecen en el centro con un promedio de 16-20 años.

5. Patologías existentes

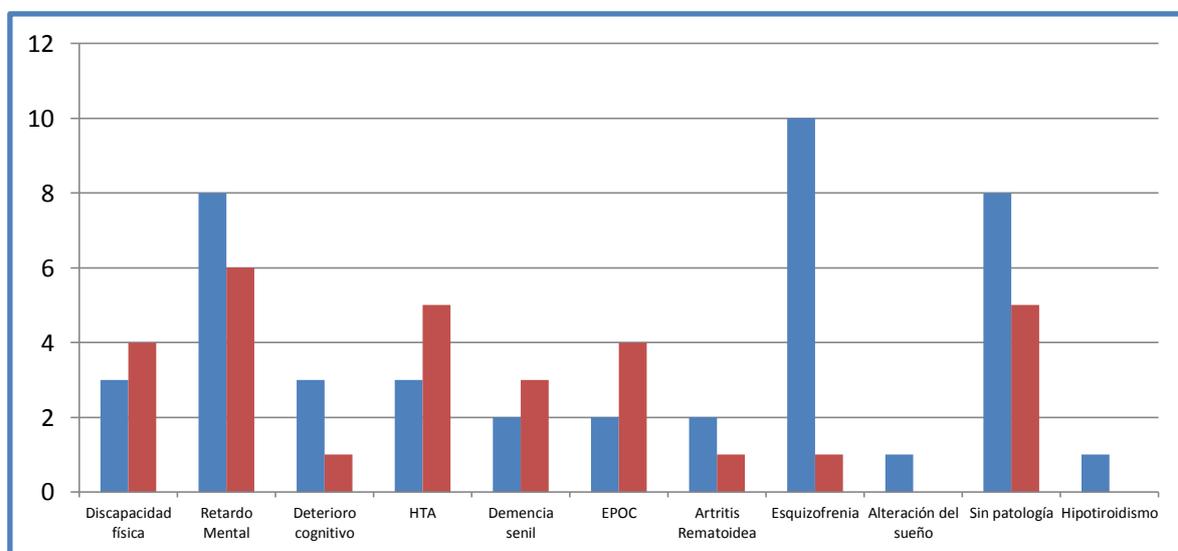
Cuadro N° 17: Patologías existentes.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Discapacidad física	3	7%	4	14%
Retardo Mental	8	18%	6	20%
Deterioro cognitivo	3	7%	1	3%
HTA	3	7%	5	17%
Demencia senil	2	5%	3	10%
EPOC	2	5%	4	13%
Artritis	2	5%	1	3%
Reumatoide				
Esquizofrenia	10	23%	1	3%
Alteración del sueño	1	2%	0	0%
Sin patología	8	19%	5	17%
Hipotiroidismo	1	2%	0	0%
TOTAL:	43		30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 15: Patologías existentes.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 23 % de las mujeres que permanecen en el Hogar de Ancianos de Riobamba padecen de Esquizofrenia, el 19 % sin patología, 18 % retardo mental, el 7 % lo comparten las opciones discapacidad física, deterioro cognitivo y HTA; de la misma manera el 5 % lo comparten las opciones demencia senil, EPOC y artritis reumatoide, el 2 % lo comparten las opciones alteración del sueño e hipotiroidismo.

En los hombres, el 20 % padecen retardo mental, el 17 % lo comparten las opciones HTA y sin patología, el 14 % discapacidad física, el 13 % EPOC, el 10 % demencia senil, mientras que el 3 % lo comparten las opciones deterioro cognitivo, artritis reumatoide y esquizofrenia.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de las mujeres padecen esquizofrenia, mientras que los hombres retardo mental; es decir padecen enfermedades neurológicas.

Se debe mencionar que existen adultos mayores hombres y mujeres sin patología alguna, sino que permanecen allí porque no tienen familiares quienes se hagan cargo de ellos.

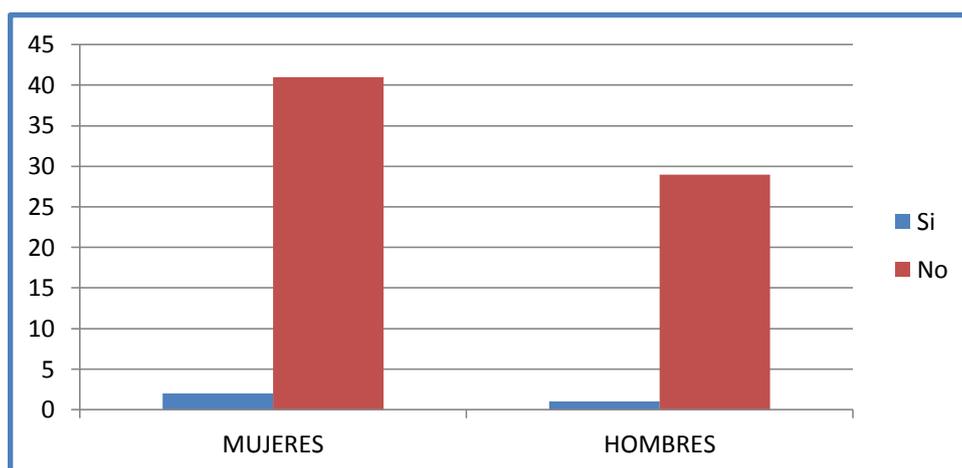
6. Le han realizado examen odontológico periódico.

Cuadro N° 18: Examen odontológico.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	2	5%	1	3%
No	41	95%	29	97%
TOTAL	43	2%	30	3%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 16: Examen odontológico.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 95 % de mujeres y el 97 % de hombres que permanecen en el Hogar de Ancianos de Riobamba no se han realizado examen odontológico periódico, mientras que apenas un 5 % de mujeres y un 3 % de hombres sí lo han hecho. La mayoría de adultos mayores no se han realizado examen odontológico periódico porque el Hogar de Ancianos de Riobamba no dispone de un profesional en Odontología permanente o a tiempo parcial.

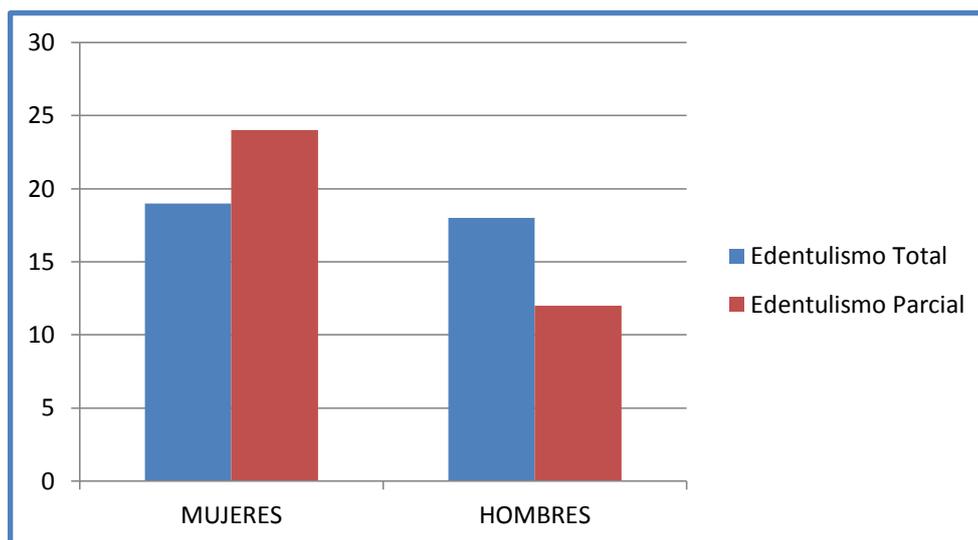
7. Presenta ausencia de piezas dentarias

Cuadro N° 19: Edentulismo.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Edentulismo Total	19	44%	18	60%
Edentulismo Parcial	24	56%	12	40%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 17: Edentulismo.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 56 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba tienen edentulismo parcial mientras que el 44 % edentulismo total. De la misma forma, el 60 % de los hombres presentan edentulismo total mientras que el 40 % es parcial. La mayoría de mujeres adultas mayores presentan edentulismo parcial, mientras que la mayoría de hombres tienen edentulismo total.

8. ¿Tiene reabsorción ósea?

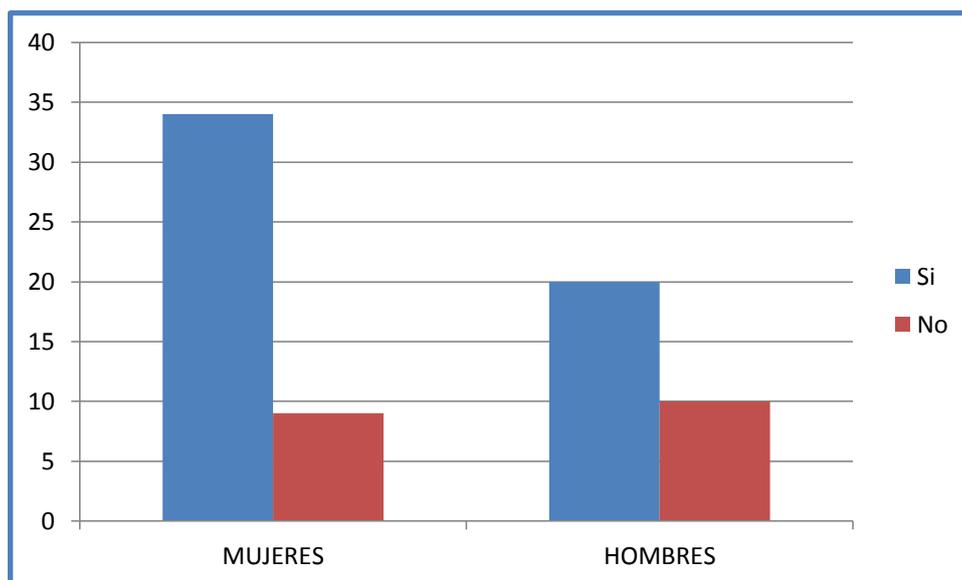
Cuadro N° 20: Reabsorción ósea.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	34	79%	20	67%
No	9	21%	10	33%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 18: Reabsorción ósea.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 79 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba sí tienen reabsorción ósea mientras que un 21 % no. En cuanto a los hombres, el 67 % sí la presentan y el 33 % no. La mayoría de adultos mayores sí presentan reabsorción ósea, por esta razón existe la movilidad dentaria y consecuentemente dolor, sangrado y pérdida de las pocas piezas dentales que en mal estado aún las conservan.

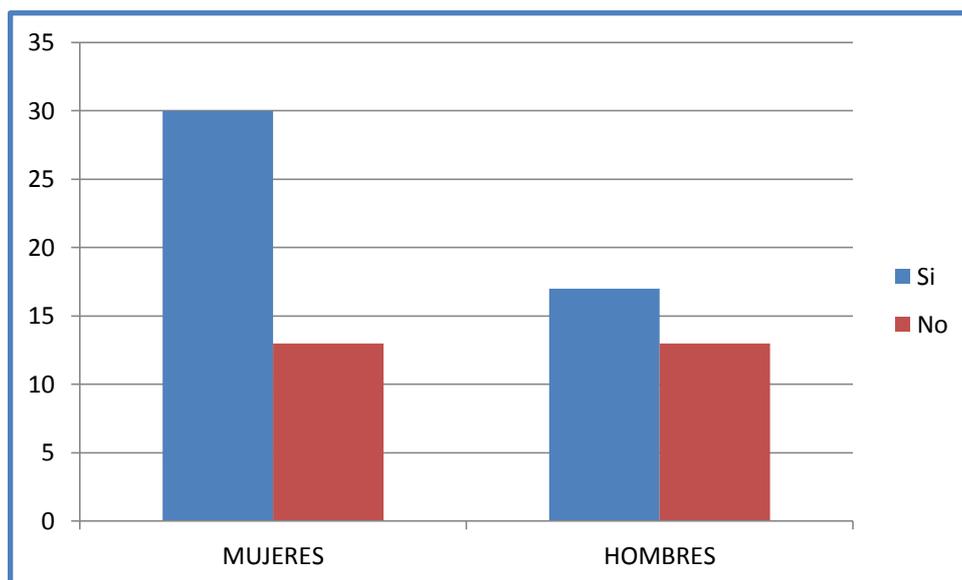
9. ¿Tiene movilidad dentaria?

Cuadro N° 21: Movilidad dentaria.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	30	70%	17	57%
No	13	30%	13	43%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 19: Movilidad dentaria.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 70 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba sí tienen movilidad dentaria, mientras que el 30 % no. El 57 % de los hombres sí tienen movilidad dentaria, mientras que el 43 % no. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayoría de adultos mayores sí presentan movilidad en sus escasas piezas dentarias.

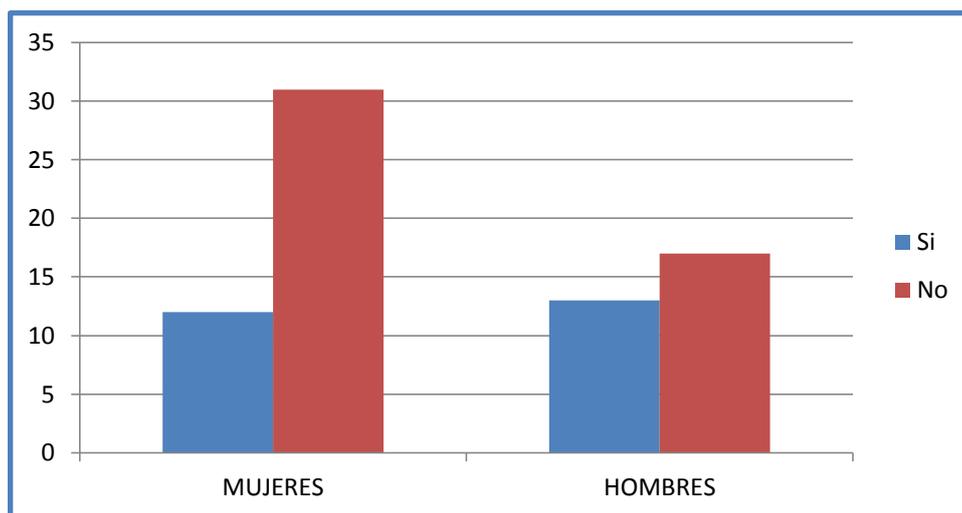
10. ¿Tiene caries?

Cuadro N° 22: Tiene caries.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	12	28%	13	43%
No	31	72%	17	57%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 20: Tiene caries



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 72 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba y el 57 % de los hombres no tienen caries mientras que el 28 % de mujeres y el 43 % de los hombres sí tienen. De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de adultos mayores no presentan caries por la ausencia de piezas dentales, por esta razón tienen problemas para triturar los alimentos. La caries se encuentra presente en los pocos dientes de hombres más que en las mujeres.

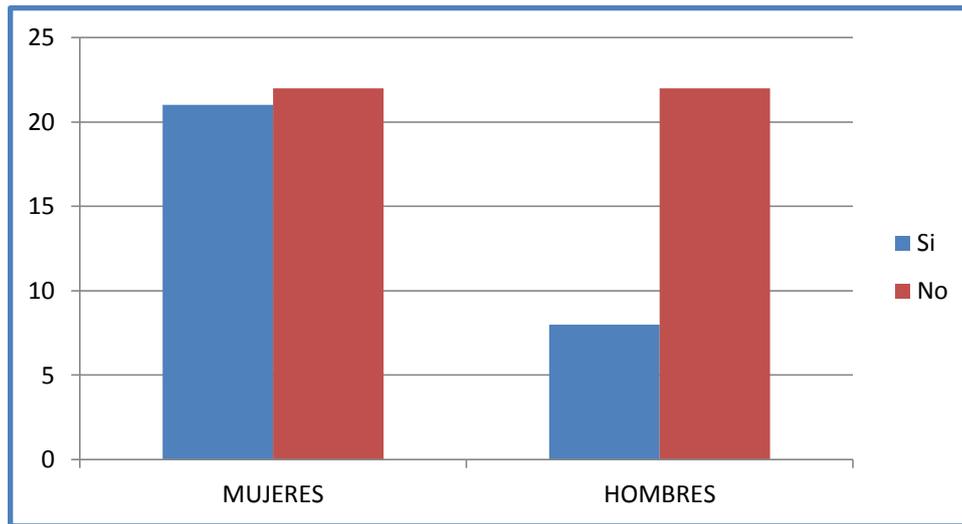
11. ¿Presenta Xerostomía?

Cuadro N° 23: Presenta Xerostomía.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	21	49%	8	27%
No	22	51%	22	73%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 21: Presenta Xerostomía.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e Interpretación de Resultados El 51% de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba no presenta xerostomía mientras que el 49% sí. De la misma forma, el 73% de los hombres no la presentan, el 27% sí lo tiene. La mayoría de adultos mayores no presentan xerostomía, pero es preocupante la situación de casi la mitad de mujeres que sí tienen así como el de hombres, siendo el medio propicio para el inicio de caries y demás problemas bucales.

12. ¿Presenta halitosis?

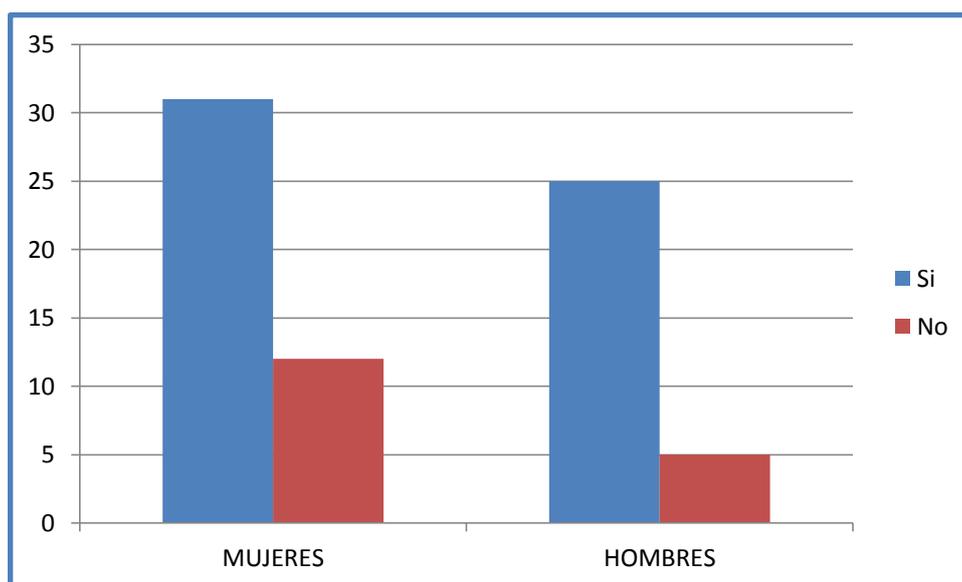
Cuadro N° 24: Presenta halitosis.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	31	72%	25	83%
No	12	28%	5	17%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 22: Presenta halitosis



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 72 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba sí presentan halitosis mientras que el 28 % no. En cuanto a los hombres, el 83 % sí lo presentan y el 17 % no. La mayoría de adultos mayores presentan halitosis debido a que no tiene una buena higiene oral, además presentan enfermedad periodontal, caries y deficiente trituración de alimentos por ausencia de piezas dentales.

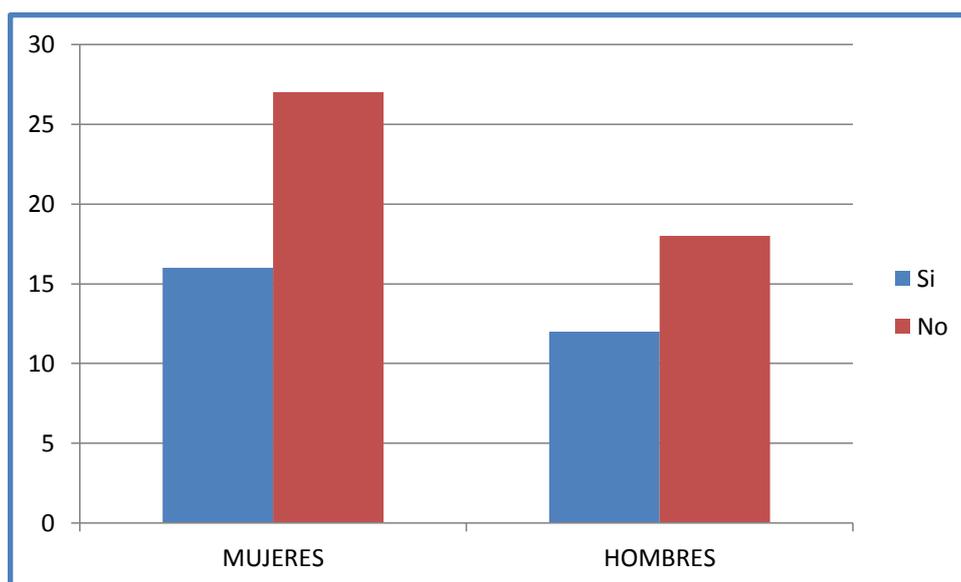
13. Presenta dolor en sus dientes y encías

Cuadro N° 25: Dolor en dientes y encías.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	16	37%	12	40%
No	27	63%	18	60%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 23: Dolor en dientes y encías



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 63 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba, no presenta dolor en sus dientes y encías mientras que un 37 % sí lo tiene. El 60 % de los hombres no presenta dolor en sus dientes y encías mientras que un 40 % sí lo tiene. La mayoría de adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba no presentan dolor en sus dientes y encías debido a la ausencia de piezas dentales.

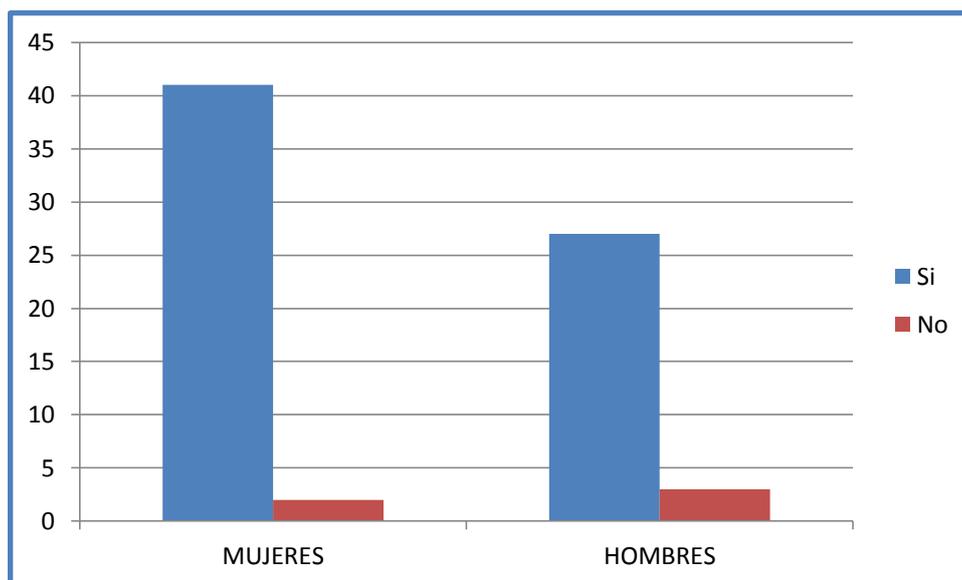
14. Tiene problemas de masticación.

Cuadro N° 26: Problemas de masticación.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	41	95%	27	90%
No	2	5%	3	10%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 24: Problemas de masticación.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 95 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba sí tienen problemas en la masticación mientras que apenas un 5 % no; de la misma manera, el 90 % de los hombres sí presentan problemas y el 10 % no. Casi todos los adultos mayores sí presentan problemas en la masticación a pesar de no presentar dolor en dientes y encías por la ausencia de éstos.

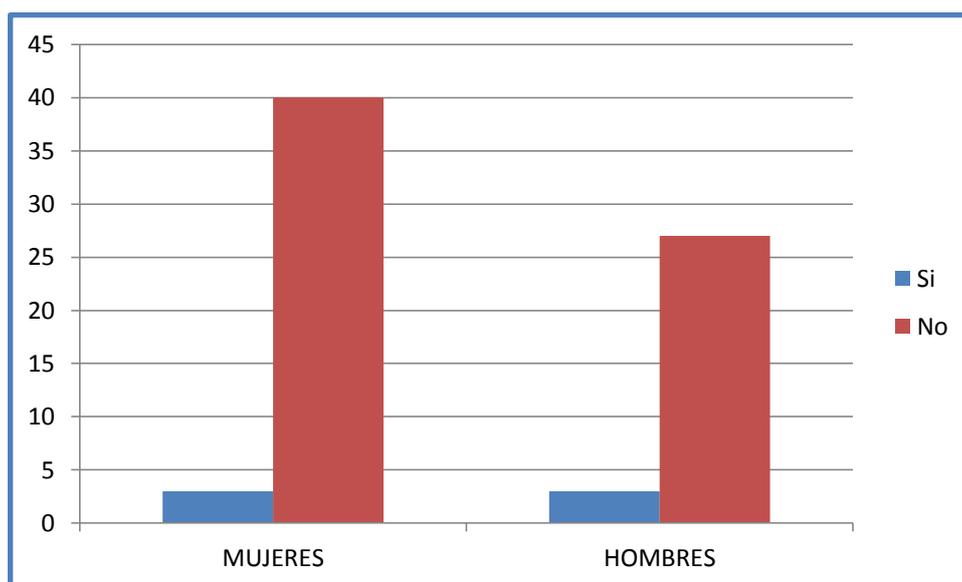
15. ¿Utiliza prótesis dental?

Cuadro N° 27: Utiliza prótesis dental.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	3	7%	3	10%
No	40	93%	27	90%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 25: Utiliza prótesis dental.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 93 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba no utiliza prótesis dental, mientras que el 7 % sí. El 90 % de los hombres no utiliza prótesis mientras que un 10 % sí tiene. La mayoría de adultos mayores no utiliza prótesis por esta razón tienen problemas al triturar los alimentos para una buena digestión y nutrición que en estas edades es de vital importancia para su calidad de vida.

16. ¿Tiene dificultad para pronunciar palabras?

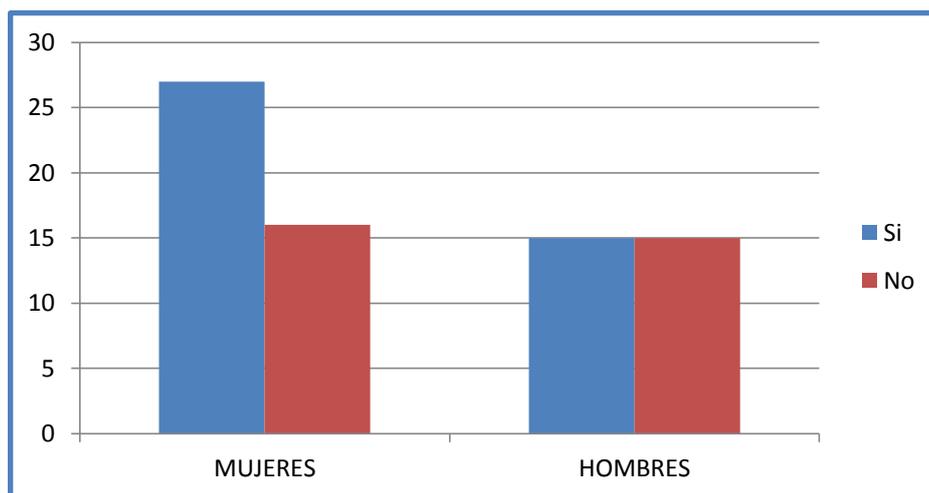
Cuadro N° 28: Dificultad para pronunciar palabras.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	27	63%	15	50%
No	16	37%	15	50%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 26: Dificultad para pronunciar palabras.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 63 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba sí tienen dificultad para pronunciar palabras mientras que el 37 % no. De la misma manera, un 50 % de los hombres comparten las opciones sí tienen dificultad y el otro 50 % no tienen problemas. La mayoría de adultos mayores sí tienen problemas para pronunciar palabras debido a la falta de dientes que no han sido sustituidos por prótesis dentales.

17. La salud oral que presenta afecta su calidad de vida.

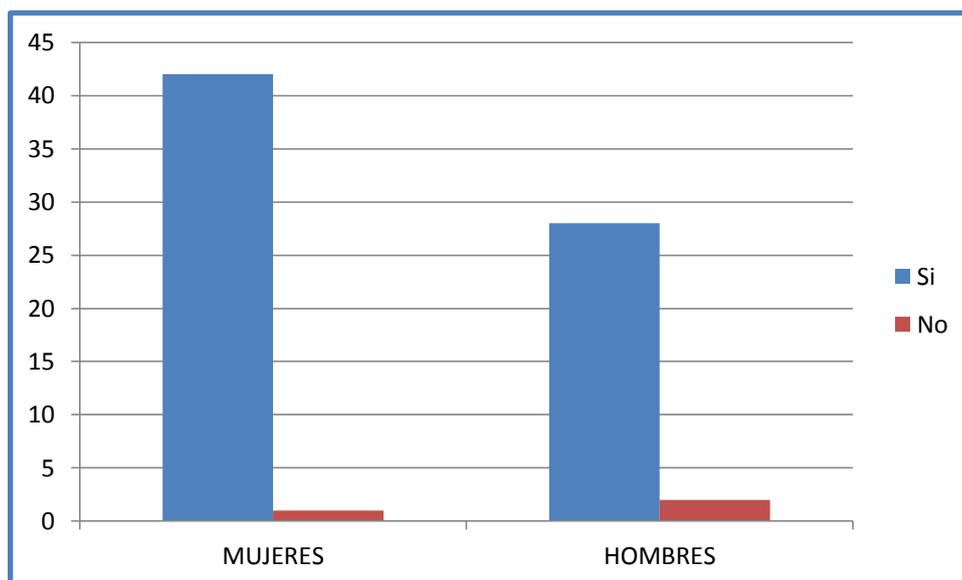
Cuadro N° 29: Salud oral afecta calidad de vida.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	42	98%	28	93%
No	1	2%	2	7%
TOTAL	43	100%	30	100%

Fuente: Ficha de Observación adultos mayores

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Gráfico N° 27: Salud oral afecta calidad de vida.



Fuente: Ficha de Observación adultos mayores
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

Análisis e interpretación: El 98 % de las mujeres residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba presentan problemas de salud oral que afectan su calidad de vida, mientras que al 2 % no le afecta; al 93 % de los hombres sí les afecta la salud oral a su calidad de vida, mientras que al 7 % no. A la mayoría de adultos mayores, la salud oral que presentan actualmente, sí afecta su calidad de vida porque tienen una deficiente trituración de los alimentos que afecta su grado nutricional y consecuentemente su calidad de vida.

4.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

4.3.1. Planteamiento de las hipótesis.

a) Modelo Lógico.

H0=La Salud Oral **NO** se relaciona con la calidad de vida de los Adultos Mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba durante el primer Semestre Del Año 2013

H1= La Salud Oral **SÍ** se relaciona con la calidad de vida de los Adultos Mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba durante el primer Semestre Del Año 2013

b) Modelo Matemático.

Hipótesis nula H0= Respuestas observadas = Respuestas Esperadas

Hipótesis alternativa H1= Respuestas observadas \neq Respuestas esperadas.

4.3.2. Nivel de significación .

La probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa es de 5 %, es decir, el nivel de confianza es del 95 %.

4.3.3. Estadístico de prueba.

Para la verificación de la hipótesis se toma la fórmula del Chi cuadrado, se utilizó la encuesta y la Observación Directa como técnicas de investigación, escogiendo dos preguntas de cada uno de los instrumentos de investigación

Pregunta encuesta N°4 Personal de Salud.

Considera usted que los adultos mayores ¿Han cambiado su tipo de alimentación?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	26	79 %
No	7	21 %
TOTAL	33	100 %

Observación N° 6 a los adultos mayores.

Les han realizado examen odontológico periódico.

ALTERNATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	2	5%	1	3%
No	41	95%	29	97%
TOTAL	43	2%	30	3%

De las dos preguntas se obtuvo la siguiente tabla:

Cuadro N° 30: observadas.

PREGUNTAS	Si	No	Total
Pregunta 4 Personal Salud	26	7	33
Pregunta 6 Mujeres	2	41	43
Pregunta 6 Hombres	1	29	30
TOTAL:	29	77	106

Fuente: Encuesta

Elaborado por: María Isabel Chicaiza

Cuadro N° 31: Respuestas esperadas.

PREGUNTAS	Si	No	Total
Pregunta 4 Personal Salud	9,03	23,97	33,00
Pregunta 6 Mujeres	11,76	31,24	43,00
Pregunta 6 Hombres	8,21	21,79	30,00
TOTAL:	29,00	77,00	106,00

Fuente: Cuadro N° 30.

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

4.3.4. Fórmula.

$$X^2 = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

X^2 = Valor a calcularse de Chi-cuadrado

\sum = Sumatoria

Fo = Respuestas observadas de la investigación

Fe = Respuestas esperadas o calculadas

4.3.5. Resolución de la fórmula.

Cuadro N° 32: Cálculo del Chi-Cuadrado.

fo	fe	Fo-fe	(fo-fe) ²	(fo-fe) ² /E
26	9,03	16,97	288,04	31,90
7	23,97	(16,97)	288,04	12,02
2	11,76	(9,76)	95,34	8,10
41	31,24	9,76	95,34	3,05
1	8,21	(7,21)	51,95	6,33
29	21,79	7,21	51,95	2,38
			x²c:	63,79

Fuente: Encuestas.

Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

4.3.6. Regla de decisión.

Si $X^2_c > X^2_t$ rechazo H_0 y acepto H_1 .

4.3.7. Grados de libertad.

- ✓ $gl = (c-1)(h-1)$
- ✓ $gl =$ grados de libertad
- ✓ $c =$ Columnas de la tabla
- ✓ $h =$ Filas o hileras de la tabla
- ✓ $gl = (2-1)(3-1)$
- ✓ $gl = 1*2$
- ✓ $gl = 2$

Con un nivel de significación de 5% y 2 grados de libertad $X^2_t = 5,991$.

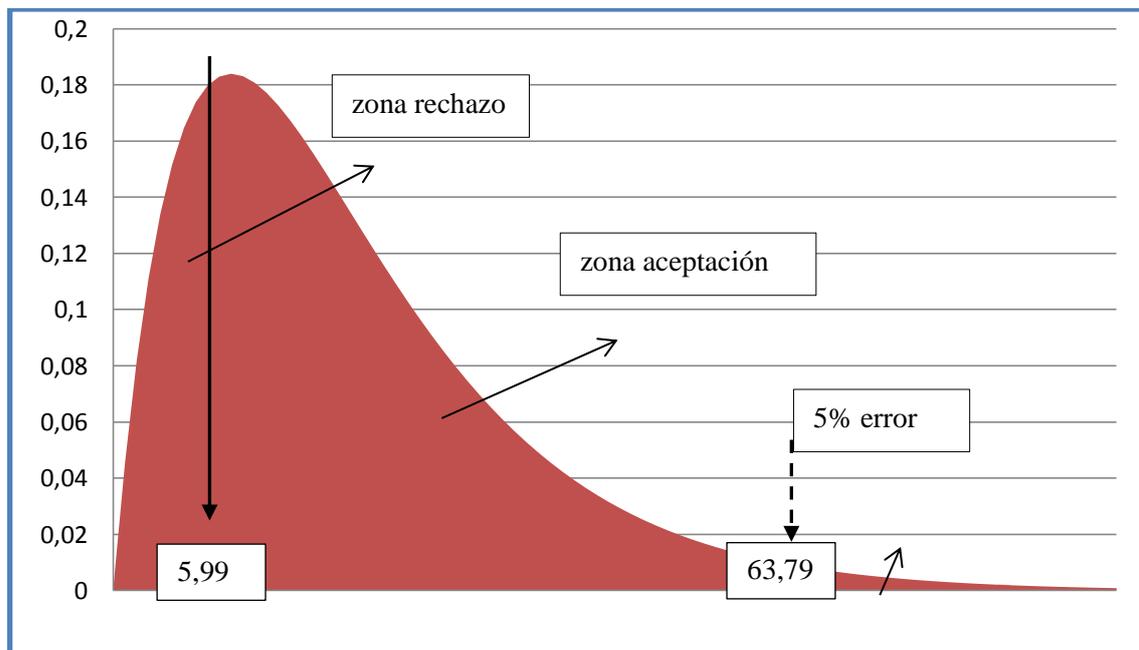


Gráfico N° 28: Campana de Gauss.
Elaborado por: María Isabel Chicaiza T.

4.3.8. Conclusión de la hipótesis.

El valor de $X^2_c = 5,99 > X^2_t = 63,79$ y de conformidad a lo establecido en la regla de decisión, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir, se confirma que la Salud Oral **SÍ** se relaciona con la calidad de vida de los Adultos Mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba durante el primer Semestre Del Año 2013.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.2. CONCLUSIONES.

- 1) Los problemas orales encontrados en los adultos mayores son: masticación 95 % en mujeres y 90 % en hombres debido a ausencia de piezas dentales en el 44 % en mujeres y 60 % en hombres; problemas de reabsorción ósea en el 79 % en mujeres y 67 % en hombres, halitosis en el 72 % en mujeres y 83 % en hombres. Se debe mencionar que de los 73 adultos mayores residentes en el hogar de Ancianos de Riobamba, apenas 7 % en mujeres y el 10 % en hombres utiliza prótesis dental, encontrándose éstas en muy mal estado.
- 2) Las patologías de los adultos mayores fueron: Esquizofrenia en un 23 %, en mujeres y Retardo mental en un 20 % en hombres, de la misma manera se debe mencionar el 19 % de hombres y mujeres que se encuentran sin patología alguna; y por la observación directa realizada, apenas el 5 % en mujeres y el 3 % en hombres adultos mayores han recibido atención odontológica, situación que afecta su calidad de vida.
- 3) El personal de salud que trabaja en este centro geriátrico manifiestan que el 94 % de los adultos mayores tienen problemas para masticar, por esta razón su dieta alimenticia consiste en alimentos blandos y tibios porque no pueden triturar alimentos afectando su grado nutricional.
- 4) Es necesario la aplicación y el seguimiento de la propuesta planteada en el Marco de Proposición para la atención y conocimiento de la salud oral de los adultos mayores.

5.2. RECOMENDACIONES.

- 1) Instruir al personal de salud que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba sobre autocuidado adecuado a las necesidades de salud oral para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
- 2) Brindar atención odontológica básica a los adultos mayores para elevar su calidad de vida; mediante la revisión periódica para realizar tratamiento primario de salud oral para ayudarlos a sobrellevar los problemas dentales propios de su edad como el edentulismo, reabsorción ósea, movilidad dentaria, halitosis y xerostomía que tanto afecta su estado nutricional.
- 3) Promover el autocuidado en los adultos mayores para impulsar la toma de decisiones y soluciones en problemas de salud oral.
- 4) Solicitar al Director del centro geriátrico, se gestione ante la Dirección de Salud de Riobamba, se asigne un odontólogo de planta para el Hogar de Ancianos de Riobamba, de esta manera se estaría, protegiendo a este grupo prioritario, desprotegido y olvidado de la sociedad pero con una gran necesidad de atención multidisciplinaria en salud.

CAPÍTULO VI

6. MARCO DE PROPOSICIÓN.

6.1. TEMA.

Taller de capacitación para el personal de salud enfocado a las necesidades de salud oral de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida en el hogar de ancianos de Riobamba.

6.2. DATOS INFORMATIVOS.

Institución ejecutora: Hogar de Ancianos de Riobamba.

Beneficiarios: Adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos de Riobamba.

Tiempo estimado para la ejecución.

Inicio: 4 de Abril de 2014

Fin: 25 de Abril de 2014

Equipo Técnico responsable: María Isabel Chicaiza - Investigadora

Dr. Luis Gonzalo Villarroel Gallegos - Tutor

Costo: USD 1.930,00 que serán financiados por la investigadora.

6.3. ANTECEDENTES.

La salud oral en los adultos mayores requiere atención oportuna de parte de todo el equipo multidisciplinario de salud que asiste al adulto mayor en el Hogar de Ancianos de Riobamba. El envejecimiento es un proceso natural que se inicia desde el momento en que se nace y avanza a lo largo de la vida a través de cambios en el cuerpo, funcionamiento y deterioro de los diferentes sistemas del organismo. De acuerdo a la investigación realizada, se pudo determinar que en el Hogar de Ancianos de Riobamba existen 73 adultos mayores; siendo 43 mujeres y 30 hombres de estado civil solteros en su gran mayoría, provenientes de la zona rural, quienes por no tener familiares cercanos que los acojan y cuiden de ellos, se encuentran asilados entre 5 a 10 años, existiendo ancianos que se encuentran 15 años y otros de quienes se desconoce a ciencia cierta sus años de permanencia por la falta de registro anterior. Todos ellos, demandan no solo atención en salud sino también afecto y estimulación para sobrellevar el paso y el peso de los años.

Patologías como la Esquizofrenia en mujeres y retardo mental en hombres son las más prevalentes, situación que dificulta la adecuada atención por parte del equipo de salud puesto que, sin ser agresivos, rechazan la ayuda y presencia de sus cuidadores. Problemas para la masticación de alimentación originados por edentulismo parciales y totales, movilidad dentaria, reabsorción ósea afectan el normal funcionamiento de la cavidad oral, afectando progresivamente su calidad de vida. Al no disponer de un Odontólogo de planta, se desconoce el estado de las piezas dentales de los adultos mayores; situación que también evidencia la poca importancia que le dan al buen funcionamiento de la cavidad oral y sus elementos en el adulto mayor debido al desconocimiento. No solo debe ser preocupación del equipo de salud el tratamiento de la Esquizofrenia, Retardo mental, HTA, Deterioro cognitivo, Artritis Reumatoide, Hipotiroidismo y Discapacidad física de los adultos mayores; existe un factor determinante que los ayuda a recuperarse y es precisamente la salud oral a la cual no le dan la importancia que verdaderamente tiene dentro del funcionamiento integral de todos los sistemas del ser humano y más aún del adulto mayor, quien por su condición física, no puede realizar sus actividades básicas ni instrumentales de la vida diaria, por lo que es necesario mantener un equipo de salud preparado y capacitado para una intervención oportuna y eficiente.

6.4. JUSTIFICACIÓN.

El Taller de Capacitación para el personal de salud enfocado a las necesidades de salud oral de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida en el Hogar de Ancianos de Riobamba se justifica ante la necesidad de lograr un trabajo estrecho entre el personal médico y el odontólogo.

En la actualidad, el Hogar de Ancianos de Riobamba mantiene un trabajo en equipo conformado por profesionales como son médicos, enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, dietistas, rehabilitadores y psicólogos, sin contar con un odontólogo, desconociendo la importancia de la salud oral y su afectación en la calidad de vida en este grupo vulnerable de la sociedad.

En nuestro país no se ha generado una cultura de capacitación para el personal de salud enfocado a las necesidades de salud oral del adulto mayor. Esta actividad permitirá fomentar una estrecha relación entre Médico Geriatra, Odontólogo y demás profesionales que atienden al adulto mayor, con el propósito de mantener una adecuada referencia y contrarreferencia de los pacientes, mejorando la calidad de atención en salud en este centro, así como tener un mejor conocimiento del proceso de envejecimiento bucal, diferenciarlo de patologías bucales comunes en este grupo de edad además de, las medidas de prevención y autocuidado que coadyuvan a mantener y/o mejorar la salud de los adultos mayores; a través del reconocimiento de la relación existente entre la salud oral y como afecta a la salud de los demás sistemas del organismo, así tenemos:

- Si padece enfermedades periodontales, puede tener más probabilidades de padecer enfermedades cardíacas;
- Si le faltan dientes, esto puede afectar su salud mental, ya que puede hacer que se sienta mal consigo mismo;
- Si padece diabetes, puede que tenga más probabilidades de padecer enfermedades periodontales;

- Si padece diabetes y enfermedades periodontales, puede tener más problemas para controlar los niveles de azúcar en su sangre.

Los beneficiarios directos de este taller serán los adultos mayores que permanecen en el Hogar de Ancianos de Riobamba porque mejorarán su calidad de vida y de atención en salud, además de contribuir al fortalecimiento de los logros alcanzados en atención geriátrica que han aumentado años a la vida del adulto mayor que reside en este centro; sin embargo no basta con vivir más años, se debe ayudarlos a vivir con calidad, es decir, capacitando al personal de salud que los atiende para ayudarlos a sobrellevar las enfermedades o complicaciones propias de la edad; conservando la funcionalidad física y mental, la autonomía, la independencia y el compromiso con la vida.

6.5. OBJETIVOS.

6.5.1. Objetivo General.

Diseñar un Taller de capacitación para el personal de salud enfocado a las necesidades de salud oral de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida en el Hogar de Ancianos de Riobamba.

6.5.2. Objetivos Específicos.

- Sensibilizar al personal de salud que labora en el Hogar de Ancianos de Riobamba sobre la necesidad de capacitación enfocado a las necesidades de salud oral para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Planificar el taller de capacitación enfocado a las necesidades de salud oral de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida en el Hogar de Ancianos de Riobamba

- Ejecutar el taller de capacitación para el personal de salud enfocado a las necesidades de salud oral de los adultos mayores para mejorar la calidad de vida en el Hogar de Ancianos de Riobamba.
- Evaluar la ejecución de la propuesta.

6.6. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.

6.6.1. Factibilidad Política.

Acorde a las políticas de Estado, el Hogar de Ancianos de Riobamba brinda atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia del adulto mayor, por medio del establecimiento de políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las equidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. El Hogar de Ancianos de Riobamba, como centro especializado garantiza la nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos, destinados a fomentar la realización de actividades creativas y espirituales.

6.6.2. Factibilidad socio-cultural.

Al ser el envejecimiento un proceso multidimensional que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad.

Toda persona adulta mayor merece ser tratada con respeto considerando su autonomía, concientizando que son personas que han adquirido experiencias que aún tienen mucho que aportar a la sociedad. La dignificación asentada en el derecho a vivir significa tener acceso a una existencia humana en el sentido de satisfacer sus necesidades básicas y vivir la vida con dignidad.

La inclusión social es otro de los fines perseguidos en favor de los adultos mayores para asegurar que tengan las mismas oportunidades de participar de forma igualitaria en los diferentes ámbitos que conforman la sociedad (económico, cultural, político, legal) y puedan acceder a los recursos necesarios que les permitan disfrutar de una vida plena.

La familia es fundamental para que las condiciones de vida del adulto mayor sea de calidad, es ella la que debe encargarse de brindarle el afecto, cuidado y protección a sus miembros etarios. El entorno familiar es el mejor apoyo que pueden recibir para sentirse amados, útiles, importantes como una necesidad del adulto mayor para cubrir sus necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria a fin de lograr un envejecimiento productivo, saludable y activo.

En tal sentido, el Hogar de Ancianos de Riobamba se encuentra equipado para brindar servicios básicos de alojamiento al adulto mayor, para lo cual dispone de un equipo multidisciplinario de profesionales y auxiliares de la salud que hacen más llevadero el paso y el peso de los años con afecto y de esta manera los ayudan a realizar sus actividades diarias para lograr una mejor calidad de vida.

En este sentido, el personal y auxiliares de la salud del Hogar de Ancianos de Riobamba incluyen dentro de su trabajo diario, la capacitación en cuanto a nutrición, ejercicios, recreación, patrón de sueño y hábitos personales del adulto mayor en aislamiento; además de habilidades para enseñarles a auto cuidarse, bañarse, vestirse y comer.

El personal y auxiliares de la salud, animan a los adultos mayores a hacer todo lo que ellos sean capaces de realizar por sí mismos para promover su independencia y ofrecer asistencia sólo en aquellas actividades en las cuales no tengan fuerza, movilidad o habilidad para hacerlas.

6.6.3. Factibilidad equidad de género.

Para cumplir con el propósito de cuidado y atención prioritaria de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba, promueve el desarrollo de las potencialidades de las personas adultas mayores a nivel individual y grupal para lograr un empoderamiento, compromiso y participación plena en la ejecución de las acciones que se realicen en su beneficio; reconocimiento y respeto a la diversidad de las personas como un factor clave para la convivencia humana e igualitaria entre hombres y mujeres, pues conlleva la solidaridad mutua y el rechazo a la discriminación por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, enfermedades catastróficas (portador de VIH), discapacidades o diferencias físicas; o por cualquier otra discriminación personal, colectiva, temporal o permanente que tenga como resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos.

6.6.4. Factibilidad económico-financiera.

6.6.4.1. Talento Humano.

- Instructor e Investigadora y,
- Profesionales y auxiliares de la salud del Hogar de Ancianos de Riobamba.

6.6.4.2. Recursos Materiales.

Computadora	USD 600,00
Útiles de oficina	USD 150,00

Infocus	USD 450,00
Libros	USD 180,00
Kits de higiene oral (73)	USD 400,00
Imprevistos	USD <u>150,00</u>
Total	USD 1.930,00

6.6.7 Factibilidad legal

La Declaración de Brasilia, realizada en el 2007, abarca recomendaciones del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento con relación a la orientación prioritaria sobre las personas adultas mayores y el desarrollo. Se establecen como objetivos, entre otros, los siguientes:

...el reconocimiento de la contribución social, cultural, económica y política de las personas de edad; el fomento de la participación en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles y la generación de oportunidades de empleo para todas las personas de edad que deseen trabajar. Naciones Unidas ha recomendado a los Estados miembros garantizar que se considere a las personas de edad como miembros activos de sus sociedades, facilitar su participación en la adopción de decisiones (...) y, lo que es más importante, en las medidas diseñadas para influir específicamente en su bienestar”. (MIES, 2012-2013).

La Constitución de la República del Ecuador, (2008), en su Art. 38, manifiesta que el Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

Numeral 1.- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

En el marco de las competencias, el MIES es el ente rector de las políticas sociales del Estado Ecuatoriano. Esta institución lidera la inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del capital humano, así como en la protección y cuidado de las personas adultas mayores. Para cumplir estos fines, se establecen políticas públicas que se sustentan en un análisis de las condiciones estructurales de las personas adultas mayores; y que toman en consideración su situación actual, a través de la identificación de sus problemáticas y en la búsqueda del cumplimiento de sus derechos.

El enfoque de derechos y de justicia que atraviesa y guía la construcción de la Agenda de política para personas adultas mayores es una medida para corregir las desigualdades e injusticias sufridas por hombres y mujeres mayores de 65 años. Esto repercute negativamente en el desarrollo integral de nuestra sociedad.

La discriminación positiva a los grupos prioritarios en los planes, programas y acciones que se ejecuten para la aplicación de la Política Pública— debe priorizarse en las líneas de ejecución con actividades que refuercen la aplicación transversal del enfoque de derechos. Asimismo, al fortalecer la participación ciudadana y el empoderamiento de las personas adultas mayores, para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos. La aplicación y ejecución de derechos se la ejerce dentro de un contexto intergeneracional e interinstitucional, en el que los programas y proyectos para personas adultas mayores tengan como ejes transversales la familia y la comunidad.

La Política Pública para personas adultas mayores impulsa, como valor supremo, el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y, por tanto, a los derechos que de ellos se desprenden. Pero, sobre todo, atenderá al fortalecimiento de las relaciones familiares para que los adultos mayores sean asumidos por sus hijos, hijas, nietos, nietas y todos los integrantes de la familia que ellos engendraron.

Por lo tanto, la Agenda de la política para personas adultas mayores procurará que ellas mismas, las instituciones, organizaciones, familia y el entorno social en general, apoyen y defiendan su integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual.

6.7. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA.

6.7.1. Taller de Capacitación.

Según (CALZADO, 2004) el “Taller es una forma de organización para la reflexión grupal sobre los problemas profesionales, sus causas, consecuencias y alternativas de soluciones en correspondencia con los contextos en que se manifiestan”.

Un Taller es una experiencia de trabajo activo con la participación de cada uno de los integrantes, aportando sus experiencias, argumentando, discutiendo, escribiendo, comprometiéndose, es fundamental para el éxito del taller.

En el taller se aprovechan las potencialidades del grupo para proyectar soluciones profesionales y/o científicas a los problemas, debe lograr la integración de saberes: entre teoría y práctica, producción y asimilación de conocimientos, habilidades, hábitos, valores y su reflejo en la ética profesional; entre lo temático y lo dinámico en las relaciones interpersonales; entre la investigación y la docencia.

6.7.2. Características.

Es una experiencia de trabajo colectivo por el intercambio para hablar y escuchar, dar y recibir. argumentar y contra-argumentar, defender posiciones y buscar consensos, son sus principales características.

Es una experiencia de trabajo creativo sumadas a los elementos conceptuales, la reflexión y las discusiones grupales, ayudan a generar puntos de vista y nuevas y mejores soluciones a las existentes antes de que se iniciara.

Es una experiencia de trabajo vivencial porque su materia prima son las experiencias propias. Sus resultados influirán en la vida de sus participantes.

Un taller debe generar identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia a un grupo y un mayor compromiso colectivo.

Es una experiencia de trabajo concreto porque el taller genera planes de trabajo o por lo menos tareas realizables a corto y mediano plazo. Esta es la principal diferencia entre un taller y una conferencia, o panel.

Es una experiencia de trabajo sistemático porque la precisión es clave al poner por escrito los puntos de vista propios y al sistematizar y presentar los trabajos de grupo. Igualmente, es indispensable la claridad al exponer los desacuerdos y los compromisos, así como la autodisciplina del grupo para cumplir las reglas del juego.

Es una experiencia de trabajo puntual porque es un proceso, que ni comienza ni termina con el taller. Un taller es un momento especial de reflexión, sistematización y planificación. Un taller, debe planificarse con suficiente antelación. Una adecuada planificación exige tomar en cuenta una serie de aspectos preparativos:

El taller lo concebimos como una realidad integradora, compleja, reflexiva, en que se unen la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso pedagógico, orientado a una comunicación constante con la realidad social y como un equipo de trabajo altamente dialógico formado por docentes y estudiantes, en el cual cada uno es un miembro más del equipo y hace sus aportes específicos.

(ANDER, 2006) El taller es una nueva forma pedagógica que pretende lograr la integración de teoría y práctica a través de una instancia que llegue al alumno con su futuro campo de acción y lo haga empezar a conocer su realidad objetiva.

Es un proceso pedagógico en el cual alumnos y docentes desafían en conjunto problemas específicos.

El taller está concebido como un equipo de trabajo, formado generalmente por un facilitador o coordinador y un grupo de personas en el cual cada uno de los integrantes hace su aporte específico. El coordinador o facilitador dirige a las personas, pero al mismo tiempo adquiere junto a ellos experiencia de las realidades concretas en las cuales se desarrollan los talleres, y su tarea en terreno va más allá de la labor académica en función de las personas, debiendo prestar su aporte profesional en las tareas específicas que se desarrollan.

(MIRABENT, 2002), señala que no se concibe un taller donde no se realicen actividades prácticas o intelectuales, con la demostración, características y los contenidos de los productos. Por eso el taller participativo resulta una vía idónea para desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades que le permitan al participante operar en el conocimiento y al transformar el objeto, cambiarse así mismo. Un taller de capacitación es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se proponen y el tipo de asignatura que los organice.

6.7.3. Contexto de la capacitación.

- ¿Cómo se relaciona el taller con otras actividades que mejoren el trabajo?
- ¿Es necesario un taller para tratar exclusivamente este tema elegido?
- ¿Es el momento adecuado para la realización del taller?
- A fin de dar cumplimiento a los objetivos generales de la capacitación, ¿Resulta prioritaria la realización del taller?

6.7.4. Selección de las personas capacitadoras.

- ¿Quién es la persona adecuada para orientar el taller, teniendo en cuenta el sector social a quien está dirigido?

- ¿Es más importante su preparación en el tema que su dominio de la metodología?
- ¿Cuántas personas deben estar a cargo de la realización del taller?
- ¿Son necesarias más de una persona para coordinar el trabajo en sub-equipos?

6.7.5. Duración del taller.

- ¿Cuánto tiempo es deseable para la realización del taller?
- ¿Cuál puede ser la duración del taller, según la disponibilidad de tiempo de los participantes?
- ¿Con cuánto tiempo se cuenta, según la disponibilidad económica?
- ¿Cómo puede programarse mejor el taller?
- ¿Es apropiado hacerlo en varios días seguidos o sería mejor pasando un día para efectuar trabajo de campo?
- ¿Durante días laborales o durante fines de semana?
- ¿Es posible que cada sesión dure un máximo de dos horas y media?

6.7.6. Aspectos locativos.

- ¿El lugar escogido es el más adecuado para realizar el taller?
- ¿Es más conveniente un sitio cercano al trabajo o a la casa de los participantes, que facilite su transporte, o es mejor uno lejano, pero con una mayor posibilidad de concentración?
- ¿Cuenta el lugar escogido con espacios disponibles para trabajar en grupos pequeños y con muebles apropiados para las actividades a realizar?
- ¿El lugar es accesible para la mayoría de participantes?

6.7.7. Aspectos logísticos.

- ¿Se dispone de lo necesario para el desarrollo de las actividades programadas?
- ¿Se dispone de un equipo de visualización (tarjetas, alfileres, marcadores, tablero blando, pizarra)?
- ¿Se cuenta con los medios audiovisuales necesarios para la realización del taller?

6.7.8. Sobre la sistematización.

- ¿Cómo conservar la experiencia del taller?
- ¿Es necesaria una persona específicamente para la sistematización de lo que se va generando durante el taller (grabadora, computadora)?
- ¿En qué forma se recoge la información obtenida en discusiones y qué materiales se requieren para ello?
- ¿Se editarán memorias?

6.7.9. Tema del taller.

¿Qué nombre puede llevar el taller teniendo en cuenta las siguientes características?:

- ✓ Corto, pero comprensible.
- ✓ Preciso, es decir que corresponda realmente a lo que se va a realizar.
- ✓ Llamativo y sugerente, que invite a la participación.

6.7.10. Actividades.

¿Qué es necesario hacer en el taller para obtener los objetivos esperados?

6.7.11. Objetivos esperados.

¿Qué objetivos concretos (diagnósticos, documentos, planes de trabajo, compromisos, etc.) se esperan al terminar el taller?

6.7.12. Objetivos del taller.

¿Qué se espera lograr en el taller mismo? ¿Qué Procesos se van a desarrollar? ¿Qué se espera que los participantes realicen?

6.7.13. Objetivo superior.

Si el taller tiene éxito, a qué procesos más generales contribuye?

¿Sobre qué grupo social puede producirse un impacto más general (institución, proyecto, moradores, sociedad).

Luego de definir los aspectos anteriores, se procede a hacer el programa concreto del taller. Para estos fines, se responden las siguientes preguntas y se llena una Matriz de Programación, como en el ejemplo que sigue a continuación.

6.7.14. Actividades o Temas.

¿Qué actividades o temas concretos debe desarrollar el grupo para garantizar que los objetivos generales sean adecuadamente abiertos?

6.7.15. Distribución del tiempo.

¿Cómo organizar el tiempo del taller considerando la necesidad de guardar un equilibrio entre los tiempos de trabajo, de descanso y de alimentación?

6.7.16. Objetivos por actividad.

Apuntar los objetivos de cada actividad (con referencia al objetivo general).
Tiene que ser comprensible para el grupo el sentido de cada actividad.

6.7.17. Metodología.

De qué manera se va a trabajar cada actividad? ¿Se utilizará alguna herramienta técnica (dramatizaciones, juegos, dibujos...) ¿El trabajo se realizará individualmente o en grupos? ¿Qué tareas, lecturas y discusiones se utilizarán?

6.7.18. Materiales.

¿Qué se requiere para cada actividad? (tableros, papeles, tarjetas, marcadores, infocus, lapto).

6.7.19. Responsables.

¿Quién, entre las personas capacitadoras o de apoyo debe coordinar cada actividad? ¿Quién es el responsable de hacer la sistematización de la información?. Todas estas decisiones contribuyen a formar el programa de trabajo, que debe estar elaborado antes de iniciar el taller y que debe servir como guía para el desarrollo de cada una de las actividades.

6.7.20. Círculo de Cuidadores del Adulto Mayor.

El centro o Primer Anillo del equipo de cuidadores es el adulto mayor. La familia o las personas que viven con él son el Segundo Anillo. El planear y proveer cuidados depende de la capacidad del adulto mayor de cuidarse a sí mismo.

Frecuentemente los adultos mayores tienen que confiar en otros cuidadores para ayudarlos con sus necesidades tales como bañarse, alimentarse, vestirse y lavar su ropa. Cuando el adulto mayor es incapaz de comunicarse con su cuidador y es incapaz de cuidarse a sí mismo, los familiares u otras personas deben identificar las necesidades de cuidados y ayudarlo a satisfacer dichas necesidades.

El Tercer Anillo del Círculo de Cuidadores es la comunidad en la cual el adulto mayor reside. Los cuidadores a este nivel incluyen vecinos, amigos y otros servicios de apoyo como los religiosos y profesionales de la salud.

Gráfico N° 29: Círculo de cuidadores



Fuente: (MONTALVO y otros, 2008)

6.7.21. Hogar de Ancianos.

Un hogar para ancianos y convalecientes es un lugar para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales. La mayoría de estos centros cuentan con personal de salud capacitada disponible las 24 horas del día.

Algunos hogares de ancianos están equipados como un hospital. El personal presta cuidados médicos, así como fisioterapia y terapia del habla y ocupacional. Puede haber un puesto de enfermería. Otros centros procuran aparentar ser más un hogar. Tratan de brindar una sensación de vecindario. Con frecuencia, no tienen un cronograma diario fijo y pueden contar con cocinas abiertas para los residentes. Se les fomenta a los integrantes del personal a establecer relaciones con los ocupantes.

Algunos asilos de ancianos cuentan con unidades de cuidados especiales para personas con problemas serios de memoria, tales como la enfermedad de Alzheimer. Algunos permiten la convivencia con parejas. Los asilos no son sólo para ancianos, sino para cualquier persona que necesite de los cuidados las 24 horas.

6.7.22. Objetivos del Hogar de Ancianos

El objetivo de los cuidados del hogar de ancianos es proporcionar comodidad al paciente, librarlo del dolor o cualquier otro síntoma. Los cuidados del hogar de ancianos provee la mejor calidad de vida al adulto mayor al ofrecerle una atención integral. Esto significa brindarles atención espiritual, mental, emocional y física.

Considerado como un modelo de calidad y cuidados al final de la vida, los cuidados se agrupan en equipos multidisciplinarios de trabajo que ofrecen cuidados médicos, alivio del dolor, apoyo emocional y espiritual ajustado a las necesidades y deseos de los pacientes. Lo más importante en los cuidados del hogar de ancianos es que cada persona tenga el derecho a vivir con dignidad y libre de dolor.

6.7.23. Funcionamiento

Desde la perspectiva del desarrollo humano, el envejecer es universal. La manera de hacerlo es propia de cada sujeto, es decir que la uniformidad en la generación de los diferentes servicios, el tratar a los adultos mayores como iguales significa un reduccionismo que, no solo no contempla la diversidad y heterogeneidad de las personas, sino que en la mayoría de los casos termina burocratizando las normas institucionales y empobreciendo la calidad de servicio.

La atención, organización y los fines de los hogares de ancianos, se relacionan directamente con las concepciones que se tienen acerca del envejecer y de esta etapa de la vida. Consiguientemente, nos encontramos con modalidades donde predomina más lo asilar, en otras la rehabilitación y en algunas, la promoción de la salud.

En su forma asilar, los hogares de ancianos no satisfacen más que las necesidades fisiológicas y de seguridad física, casa y comida.

El enfoque rehabilitación, significa un adelanto del período anterior, procurando que la capacidad funcional de los adultos mayores se encuentre atendida y efectuadas las tareas de rehabilitación cuando fuere necesario, casa, comida, y actividades organizadas para que los adultos mayores se adapten a la institución.

El enfoque de promoción de la salud, se inscribe en la concepción del desarrollo integral de la persona, independientemente de su edad, procura el aprovechamiento de sus potencialidades, y la realización personal. El hogar de ancianos está en función de los adultos mayores, la institución se transforma de acuerdo a los intercambios dentro de su contexto, la atención es personalizada y se vive en proyecto.

6.7.24. Objetivo del Hogar de Ancianos.

El desafío es lograr la contención y seguridad institucional, respetando las individualidades de los adultos mayores, procurando el desarrollo de las potencialidades, sin obligar a participar de actividades que no resulten placenteras, conciliando intereses entre los adultos mayores, personal y directivos para favorecer la comunicación tolerando las diferencias.

6.7.25. Paradigmas que guían la intervención

Mejorar el funcionamiento institucional, logrando que estas se organicen en función de los adultos mayores requiere de un conocimiento y compromiso con nuevos conceptos gerontológicos, que compartidos con todos los actores institucionales posibilitan respuestas creativas y saludables para todos. Al respecto, la noción de envejecimiento exitoso, introducida por John Rowe en 1987, está basada en investigaciones de un número cada vez mayor de sujetos que mantienen su capacidad funcional, un buen desempeño cognitivo, un amplio grado de participación social hasta edades muy avanzadas en su vida.

Se comienza a cuestionar seriamente la concepción del proceso de envejecimiento, ligada al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales del adulto mayor.

El proceso de envejecimiento es definido como un estilo de vida personal y social, que cursa con dignidad, energía y salud, actividad física y mental, participación e integración social, productiva y política; seguridad, tranquilidad y satisfacción con la calidad de vida. Es el resultado de optimizar el potencial personal y social, viviendo vidas tan activas, participativas y productivas, saludables y solidarias como las condiciones permitan; optimizando oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

TALLER DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD ENFOCADO A LAS NECESIDADES DE SALUD ORAL DE LOS ADULTOS MAYORES PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA EN EL HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA.

TALLER N° 1: cuidado de la higiene oral en adultos mayores en residencias como el hogar de ancianos.

TALLER N° 2: cuidado de la higiene oral en personas mayores con enfermedades periodontales y otras patología orales en residencias como el hogar de ancianos.

TALLER N° 3: atención bucal básica en el adulto mayor a cargo del personal médico o familiar.

TALLER N° 4: cómo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en residencias como el hogar de ancianos de Riobamba.

6.8. METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA.

FASES	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
Elaboración de Talleres	Capacitar sobre la salud oral y su relación con la calidad de vida del adulto mayor, a profesionales y auxiliares de la salud del Hogar de Ancianos de Riobamba	Investigación bibliográfica Investigación de campo	Libros Folletos y hojas volantes e Internet	Cuatro semanas	Investigador	Información obtenida
Gestión para ver capacitadores y local para el evento	Lograr el 100 % de la atención de los participantes	Selección de profesionales médicos para cada uno de los temas a tratar	Computador, materiales de oficina.	4 días	Investigador	Lista de capacitadores
Invitaciones	Impresos en un 100% de invitaciones al taller de capacitación	Motivación para la asistencia al Taller de Capacitación	Invitación a taller	4 días	Investigador	Confirmación de asistencia a taller de capacitación
Ejecución del taller	33 profesionales y auxiliares de la salud asistentes	Taller	Humanos: facilitadores	4 días	Investigador	Profesionales y auxiliares de la salud capacitados

6.9. ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.

El Taller de capacitación para el personal de salud enfocado a las necesidades de salud oral de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida en el Hogar de Ancianos de Riobamba estará a cargo del facilitador, mismo que será responsable de la ejecución de los talleres, así como también de la provisión de los materiales necesarios para el desarrollo de cada uno de los mismos.

6.10. PLAN DE MONITOREO DE LA EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.

Se considera un tiempo mínimo de tres meses posteriores a la capacitación de los talleres propuestos en el proyecto para verificar los resultados obtenidos.

La evaluación será formativa, debido a que toda acción realizada en beneficio de la comunidad debe ser evaluada para cumplir con lo propuesto, pudiendo existir enmiendas y correcciones acordes a las necesidades que son propias del desarrollo de la propuesta y contribuir a satisfacción de todos quienes se encuentran inmersos en el cuidado de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba.

7. BIBLIOGRAFÍA.

ANDER, E. (2006). *Hacia una pedagogía autogestionaria*. Buenos Aires.

APODACA, A. (2004). *Fundamentos de la Oclusion*. México: IPN.

ARQUÉS, G. (2005). *Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años*. Granada.

BRONFENBRENNER, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

BULLÓN, F y otros. (1996). *Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada*. Madrid: IM&C.

BUSATO, S. (2005). *Odontología Restauradora y Estética*. Sao Paulo: AMOLCA.

CALZADO, L. (2004). *El taller del lenguaje en la escuela*.

Constitución del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito.

De la FUENTE, J. y. (2010). *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana de Colombia.

FEIJÓO, N. (Junio de 2007). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/180/18024101.pdf>

GIUSTI, L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. San Juan de Puerto Rico: Psicoeducativa.

HARPER, A. y otros. (1998). *OMS, Breve evaluación de la calidad de vida. Medicina Psicológica*. Nueva York.

<http://plan.senplades.gob.ec/adultos-mayores>. (s.f.). Recuperado el 15 de Diciembre de 2013

KATSCHNING, H. (2000). *Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría*. Barcelona: Masson.

MANNNS FREESE, A. & BIOTTI, J. (2006). *Manual Práctico de Oclusión Dentaria*. AMOLCA.

- MIES, M. d. (2012-2013). *Agenda de Igualdad para adultos mayores*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2013, de http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
- MIRABENT, G. (2002). *Revista Pedagógica Cubana*. La Habana.
- MONTALVO y otros. (2008). *Guía para cuidadores de adultos mayores*. Tulcán.
- OMS. (2007). Recuperado el 10 de Noviembre de 2013, de http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com_content
- PALOMBA, R. (24 de Julio de 2002). http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf
- PUC de Chile. (2010). *Salud Oral del Paciente Adulto Mayor*. Recuperado el Octubre de 2013, de <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/SaludOral.pdf>
- SEIF, T. (2007). *Cariología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental*. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana.
- SILVIA, R.y otros. (2001). *La autopercepción del estado de salud oral por los ancianos* .
- WONG, M. y otros. (2002). *Salud pública* . Primavera.
- <http://www.odontocat.com/prevencio2ca.htm>
- http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/higiene_oral.htm
- <http://www.dentalnewton.com/que-es-odontologia.html>
- http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/higiene_oral.htm
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- <http://plan.senplades.gob.ec/adultos-mayores>. (s.f.). Recuperado el 15 de Diciembre de 2013

8. ANEXOS.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

Ficha de Observación Directa realizada a los adultos mayores del Hogar de Ancianos de Riobamba

Objetivo: Aplicar un programa de salud oral que eleve la calidad de vida de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Riobamba.

1. Edad: _____ Género _____ 2. Estado civil _____

3. Procedencia: _____

4. Permanencia en el Centro:

5. Patologías existentes:

		Si	No
6	Le han realizado examen odontológico periódico		
7	Presenta ausencia de piezas dentarias		
8	Tiene reabsorción ósea		
9	Tiene movilidad dentaria		
10	Tiene caries		
11	Presenta Xerostomía		
12	Presenta Halitosis		
13	Presenta dolor en sus dientes y encías		
14	Tiene problemas de masticación		
15	Utiliza prótesis dental		
16	Tiene dificultad para pronunciar palabras		
17	La salud oral que presenta afecta su calidad de vida		





REVISIÓN ODONTOLÓGICA

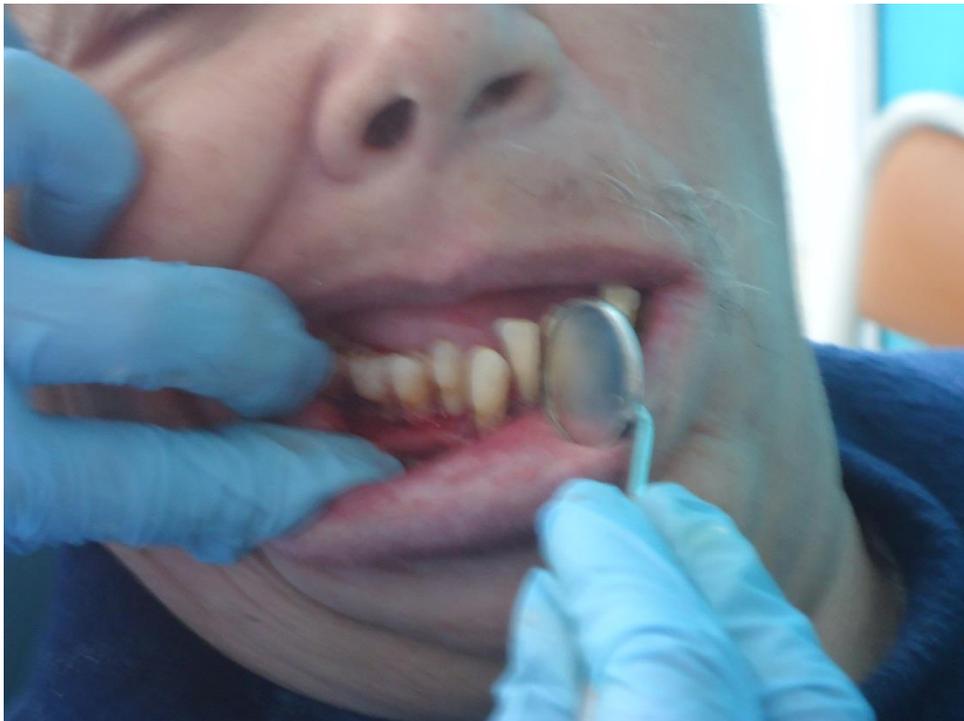


TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

ANTES



DESPUÉS



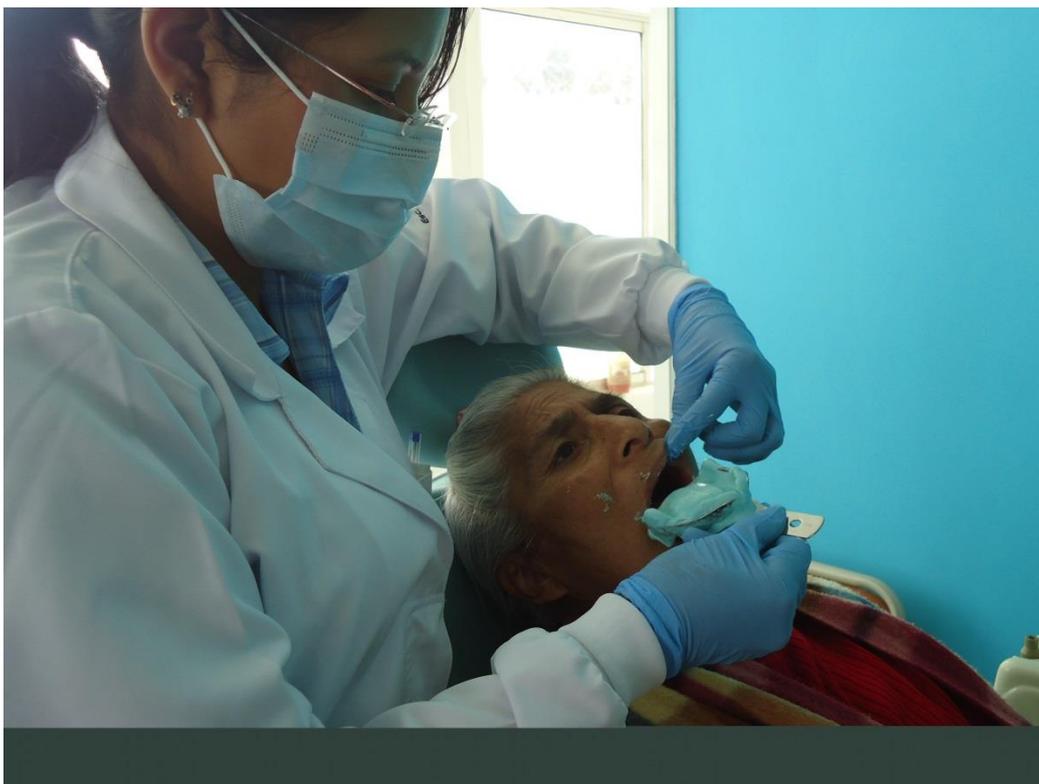
EXODONCIA



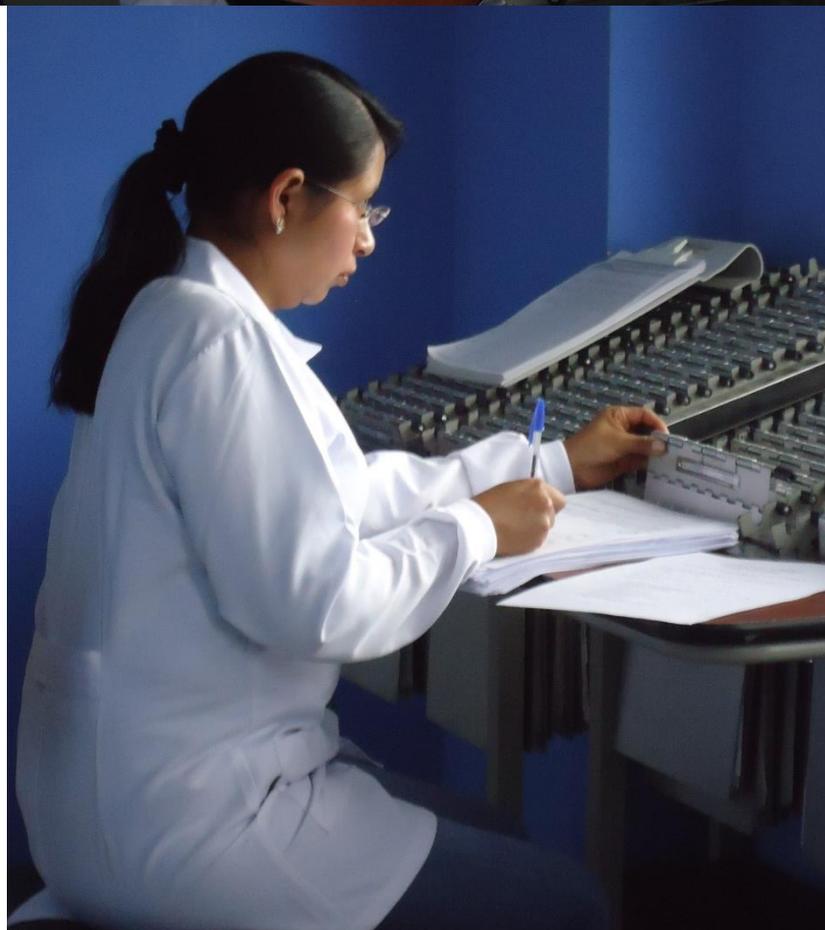
COLOCACIÓN DE PRÓTESIS



TOMA DE IMPRESIONES



INVESTIGACIÓN DE CAMPO



CHARLA EDUCATIVA



HISTORIAS CLÍNICAS.

ESTABLECIMIENTO HAR		NOMBRE Segundo		APELLIDO Perez		SEXO (M-F) H	EDAD 95	N° HISTORIA CLÍNICA 008	
MEMOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	30-34 AÑOS	35-39 AÑOS	40-44 AÑOS
								<input checked="" type="checkbox"/>	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA	ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORME
Control Odontológico.	

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	REGISTRAR SÍNTOMAS, OCLOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA AFINENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL
Diabético	

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES									
1. ALERGIAS ANTIBIÓTICO	2. ALERGIAS ANESTÉSICA	3. HEMO BRAGIAS	4. HEN/SDA	5. TUBER CIEGOS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
							<input checked="" type="checkbox"/>		
Madre diabética.									

4 SIGNOS VITALES				
PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA (min)	TEMPERATURA (°C)	F. RESPIRAT. (min)	
74/40/60	63	37°	17	

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGMÁTICO							
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. NAZALIZ SUPERIOR	4. NAZALIZ INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PESO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				
		<input checked="" type="checkbox"/>					
Chasquido en la ATM.							

6 ODONTOGRAMA																PRIMA COP-AGE PARA TRATAMIENTO REALIZADO - IDIO PARA PROLOGA ACTUAL, MOVILIDAD Y RECESIÓN. MARCAR T (1, 2, 3, 5, 9, 11, 13)
RECESIÓN		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		
MOVILIDAD		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		
VESTIBULAR		[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]				[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]				[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]		[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]		[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]		
LINGUAL		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		
VESTIBULAR		[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]				[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]				[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]		[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]		[X] [X] [X] [X] [X] [X] [X] [X]		
MOVILIDAD		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		
RECESIÓN		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL					B INDICES CPO-ceo					
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES		PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE			
15	17	55	0	0	MODERADA	ANGLE II	MODERADA			
11	21	51	0	0	SEVERA	ANGLE III	SEVERA			
25	27	65	0	0						
36	37	75	0	0						
31	41	71	0	0						
46	47	85	0	0						
TOTALES		0	0	0						

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA			
* rojo SELLANTE NECESARIO	⊗ PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	▬ PRÓTESIS TOTAL	
* azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA	
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA	□ PRÓTESIS Fija	○ obturado	
X azul PÉRDIDA POR CARIES	(-----) PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES	

SNS - MSP / HCU-form.033/2008

ODONTOLOGIA (1)

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL				
SIMETRÍA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X	OTROS	
Educativo: Educación sobre la higiene oral.				
Restaurativo: Educación sobre el uso de prótesis Total.				

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
	DEF-DEFINITIVO					
1	Edentulo Total	-	-	X 3	-	-
2		-	-	- 4	-	-

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	Ma. Isabel Chicaiza	FIRMA		NÚMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	---------------------	-------	--	----------------

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA	Edentulismo	D 0150 Apertura HC. D 1330 Charla		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 2 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA

