The background features a series of vertical, colorful lines and shapes in shades of orange, green, blue, purple, and red. These elements are layered and overlap, creating a vibrant, abstract pattern. A central black rectangle with a blue border contains the text.

**Rehabilitación oral
en adultos mayores en
Portoviejo, Manabí. Proyecto
Interinstitucional (USGP,
MIES y Club Rotario de
Portoviejo Solidario).**

**REHABILITACIÓN ORAL EN ADULTOS MAYORES EN PORTOVIEJO, MANABÍ.
PROYECTO INTERINSTITUCIONAL (USGP, MIES Y CLUB ROTARIO DE
PORTOVIEJO SOLIDARIO).**

**ORAL REHABILITATION FOR THE ELDERLY IN PORTOVIEJO, MANABÍ.
INTERINSTITUTIONAL PROJECT (USGP, MIES, PORTOVIEJO SOLIDARITY
ROTARY CLUB)**

RESUMEN

La vejez ocasiona cambios en el estado de salud bucal de los individuos, que se manifiesta en enfermedades periodontales, que ocasionan pérdidas dentales. Las consecuencias son dificultades en la masticación, modificaciones en los hábitos alimenticios y efectos sobre la comunicación y la autoestima personal. Este proyecto denominado Sonrisas de Oro, resultante de una alianza interinstitucional (USGP y MIESS, con la asistencia del Club Rotario de Portoviejo Solidario), constituyó la primera intervención odontológica en la región para evaluar el estado de salud bucal de adultos mayores. El objetivo principal fue el diagnóstico de la salud bucal de adultos mayores con la asistencia de estudiantes de la carrera de Odontología de la USGP, recabando información sobre el comportamiento de la salud bucal en adultos mayores como una investigación académica, reforzando el compromiso institucional de nuestra universidad con el entorno. Así, se logró rehabilitar integralmente a 54 pacientes adscritos al Centro Gerontológico del Buen Vivir Guillermina Loor de Moreno de Portoviejo, discutiendo los efectos de esa intervención sobre la elevación de la autoestima de los beneficiarios.

PALABRAS CLAVE: Adultos mayores, autoestima, centro gerontológico, salud bucal.

Copyright © Revista San Gregorio 2017. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

Old age causes changes in the state of oral health of individuals, which is manifested in periodontal diseases, which cause dental losses. The consequences are difficulties in chewing, changes in eating habits and effects on communication and personal self-esteem. This project called Sonrisas de Oro (Gold Smiles), resulting from an interinstitutional alliance (USGP and MIESS, with the assistance of the Rotary Club of Portoviejo Solidario), was the first dental intervention in the region to evaluate the oral health status of older adults. The main objective was the diagnosis of the oral health of the elderly with the assistance of students of the Odontology career of the USGP, gathering information on the behavior of oral health in older adults as an academic research, reinforcing the institutional commitment of our University with the environment. Thus, 54 patients assigned to the Guillermina Loor de Moreno Gerontology Center in Portoviejo were fully rehabilitated, discussing the effects of this intervention on the elevation of the beneficiaries' self-esteem.

KEYWORDS: Older adults, self-esteem, gerontological center, oral health.

Copyright © Revista San Gregorio 2017. ISSN 2528-7907. ©



MIRELLA NARCISA DE JESÚS ADUM LÍPARI



Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador



mnadum@hotmail.com

ARTÍCULO RECIBIDO: 16 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE JUNIO DE 2017

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población constituye uno de los fenómenos más notables del siglo XXI, como consecuencia de la disminución de la tasa de fecundidad (que produce un desaceleramiento del ritmo de crecimiento poblacional) y del descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. El resultado es el aumento de la importancia relativa de las personas mayores de sesenta años en la estructura de la población mundial, lo que ha aumentado el interés que tiene este grupo de edad para la formulación de políticas públicas de los organismos internacionales mundiales y regionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

El Ecuador no escapa a esta situación. De acuerdo al Censo de población 2010 (INEC), nuestro país cuenta con 941.000 personas mayores de 60 años (cerca de un 12% del total de la población), y se estima, según proyecciones estadísticas, que esta cifra supere los 3.000.000 de personas en el año 2050. El envejecimiento de un porcentaje cada vez mayor de adultos mayores ha creado nuevas demandas alimentarias, farmacológicas y cosmetológicas, e incentivado el desarrollo de servicios especializados en la atención de las necesidades propias de esa edad que antes no tenían mayor importancia, como la de los servicios de asistencia y acompañamiento, la recreación, el turismo, la moda, la terapia física, la asistencia psicológica, los servicios especializados de arquitectura, etc. La odontología no escapa a estas demandas.

Con la llegada de la vejez se producen cambios físicos y socio-psicológicos, que, de no atenderse debidamente, producen enormes complicaciones en la vida del adulto mayor. Entre los cambios físicos que interesan a este proyecto, respecto a realizar un diagnóstico integral de la salud bucal de los pacientes, encontramos la reducción de la cantidad de

saliva, el desgaste de la superficie de los dientes, la pérdida del hueso alveolar, la reducción del tejido nervioso y de los vasos sanguíneos. A consecuencia de estos cambios que repercuten en el estado de la salud bucal del individuo, se recrudecen las afecciones bucales, generándose complicaciones en la práctica dental (Ruiz & Herrera, 2009).

Tales afecciones bucales ocasionan pérdidas de piezas dentales, por la presencia de caries dental al nivel radicular. La caries dental es el resultado de un proceso de desmineralización que progresivamente va formando una cavidad irreversible, como consecuencia del reblandecimiento del suelo o de las paredes o por socavamiento del esmalte (Navarro, 2010: 3). La enfermedad periodontal es la de más frecuencia en los adultos, y es la causa más importante de pérdida dental después de los 35 años, y se convierte en la causa más importante de pérdida dental en el proceso de envejecimiento. La pérdida dental ocasiona molestias en la masticación, modifica la gama de alimentos que pueden ser consumidos y trae consigo un fuerte impacto sobre la comunicación en la interrelación social y afecta de una manera notable la autoestima personal (Rangel C, et al. 2009).

La frecuencia de los problemas de salud bucal entre los adultos mayores, grupo demográfico en expansión, constituye un factor de riesgo que amerita una oportuna atención, por las consecuencias que trae sobre su régimen alimentario y su percepción valorativa hacia sí mismo en una edad en que sus condiciones físicas y socio-psicológicas se debilitan, convirtiéndolo en un ser particularmente vulnerable. En una edad crítica de su evolución biológica, en la que resulta "difícil distinguir una frontera real entre lo fisiológico y lo patológico (Roisinblit, 2010: 55), que incide sobre su comportamiento social y sus particularidades. Rocha (2013: 155) hace especial referencia a los aspectos sociales "que pueden influir en la salud del adulto mayor como son la soledad, el aislamiento, la dependencia que deben formar parte del trabajo y actuación del médico geriatra". Esta población enfrenta, así, cambios físicos, que se manifiestan en deficiencias auditivas, visuales o motrices (Argudo, 2003), que repercuten sobre su condición socio-psicológica, disminuyendo su calidad de vida y su autoestima.

Las secuelas del envejecimiento son claras, en el campo de los padecimientos vinculados al área de la odontología: edentulismo, caries, especialmente cervicales, enfermedades gingivales y periodontales y, en algunos casos, infecciones de la mucosa bucal (Ministerio, 2010: 11). El tratamiento odontológico de un adulto mayor implica consideraciones especiales, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y de regeneración hística. Requiere, por lo tanto, tratamientos modificados y conocimientos sobre cómo esos cambios fisiológicos afectan las prácticas de sanidad bucal, y la hacen específica, aunque esos cambios sean considerados naturales o propios en la vejez (Correa, 2013:4).

Con la edad se producen modificaciones orales muy importantes, debido, por una parte, por el avance de la vejez, o, por la otra, como consecuencia de la acumulación de factores internos fisiológicos, que no producen enfermedades pero si inducen cambios bioquímicos, funcionales y estructurales, como la modificación de la mucosa oral, que se atrofia; la disminución de la secreción salival, debido a la atrofia de las glándulas salivares; la pérdida de adherencia al nivel de los tejidos gingivales y los cambios en la estructura dental; problemas masticatorios por el aumento de la susceptibilidad a los cambios degenerativos y en los músculos peri articulares; presencia de anquilosis y el aflojamiento de los dientes; retracción mandibular, prognatismo inducido, pérdida de la dimensión vertical, lengua prominente y labios hendidados. Estos cambios fisiológicos provocan, a su vez, especialmente en el caso de edentulismo, problemas en la masticación, presencia de caries radicular, restos radiculares con focos infecciosos, enfermedades periodontales que se manifiestan en gingivitis y periodontitis, xerostomía, lesiones orales de tipo viral y otras lesiones que pueden ser consideradas lesiones precancerosas (Jaritzon, 2011:25). Se trata de cambios fisiológicos, pero que repercuten en la calidad de vida de los afectados. Y que se agravan con las condiciones de la vejez, factores psicosociales y carencia de servicio dental (Hernández & Férrez, 2012:70). Estos problemas se agrandan en el caso de adultos mayores desprovistos de recursos económicos. Algunos de ellos son asistidos en centros geriátricos públicos que el Estado financia entre sus programas sociales, como los que desarrolla el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Tras haber resuelto los

problemas de infecciones bucales que se padecen, la implantación de prótesis puede, por sí sola, contribuir al logro de una masticación más adecuada de los alimentos, mejorar el estado nutricional del individuo y elevar la autoestima y comportamiento en sociedad de los receptores. No obstante, existen ciertas dificultades para garantizar una completa sanidad bucal, porque patologías diversas que presentan los adultos mayores, tales como artritis y artrosis, le restan habilidad manual y hacen más ardua la limpieza de dientes aislados (Gutiérrez & Iglesias, 2009:15).

Todos esos problemas atañen a una práctica odontológica, que se desarrolla en regiones a veces deprimidas y de escaso desarrollo socioeconómico, en la que es importante la presencia reguladora del Estado, obligado por disposición constitucional a mejorar la calidad de vida de la población (Objetivo 3 del Plan del Buen Vivir), y la responsabilidad de las Universidades que están obligadas a actuar con responsabilidad social (Ley Orgánica de Educación Superior, Artículo 17). Para cumplir su deber social y asumir su compromiso ético, y actuar con propiedad, el egresado universitario de la USGP debe conocer las interrelaciones que existen entre las esferas de lo fisiológico y lo socio psicológico en poblaciones de alta vulnerabilidad biológica y socioeconómica. Una realidad para la que a veces el egresado no está suficientemente preparado porque se trata de la atención de un segmento de población a la cual no se le había dedicado suficiente atención especializada, especialmente en una época en la que no había cobrado interés la atención del adulto mayor, por su poca importancia relativa en la estructura demográfica.

En la actualidad las cosas han cambiado, existen materiales novedosos e innovaciones en los procedimientos de restauración, así como un creciente interés del adulto mayor por mantener una apropiada salud bucal, que facilite su masticación y alimentación, que mejore su parte estética y, en consecuencia, su apariencia personal, elemento directamente relacionado con su condición de autoestima. También se han implementado mecanismos de solidaridad social que permiten aplicar estos procedimientos a las poblaciones más desfavorecidas. En la práctica odontológica corriente, los adultos mayores se presentan a la consulta por lo general en situaciones muy comprometidas y de complicada reversión,

debidas generalmente a la falta de prevención, inadecuada higiene dental o inadecuados tratamientos odontológicos (Liendo, 2011:73). Para actuar con propiedad, es conveniente “contar con información válida para la correcta planificación de programas asistenciales, y... generar evidencia respecto a los resultados de la asistencia prestada durante todo el ciclo vital” (Moya, 2012:198). A decir del autor, es necesario que existan trabajos de esta naturaleza, los cuales arrojen información que ayuden a implementar nuevos programas y proyectos dirigidos a los adultos mayores.

METODOLOGÍA

A solicitud del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) del Ecuador se firmó un convenio marco de cooperación interinstitucional académico entre el MIES y la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para atender a los adultos mayores que residen en el Centro Gerontológico del Buen Vivir Guillermina Loor de Moreno, situado en Portoviejo, Manabí, a través del Proyecto que se denominó Sonrisas de Oro. Este Centro fue creado en 1972, bajo la administración de la Fundación “Damas Protectoras de la Ancianidad de Manabí”. En 1985 se firmó un comodato y un convenio de administración entre el Ministerio de Bienestar Social de la Época y la Cruz Roja ecuatoriana. Luego la administración del Centro Gerontológico pasó al MIES.

El convenio suscrito entre el MIES y la USGP, fue ampliado con otro convenio celebrado con el Club Rotario de Portoviejo Solidario, el cual se comprometió a aportar los recursos económicos para cancelar las primeras prótesis necesarias para rehabilitar a los residentes del Centro Gerontológico que requirieran de esa intervención. Por la USGP participaron activamente diez profesores de diferentes componentes educativos y cincuenta estudiantes que cursaban los últimos semestres de la carrera de Odontología, con el propósito de fortalecer los conocimientos aprendidos en las aulas universitarias. La USGP colaboró con recursos humanos y económicos para la ejecución del proyecto de vinculación.

Se realizó una investigación de campo, descriptiva, de corte transversal para recolectar la información de base, que luego fue organizada y analizada, obteniéndose los resultados pertinentes. Se aplicaron técnicas de observación, examen dental y llenado de la ficha 033 usada por el Ministerio de Salud Pública del

Ecuador para el diagnóstico. La investigación se planificó para el periodo comprendido entre febrero del año 2014 y septiembre del año 2016 y, se dividió en cuatro fases, tres de ellas concluidas y la última fase, que corresponde al monitoreo de las prótesis adaptadas, empieza en septiembre del año 2016.

Inicialmente, el Centro Gerontológico registró a 295 adultos mayores pertenecientes a las diferentes modalidades de atención, de ambos sexos, expuestas en la tabla No. 1. (Ver Anexos)

RESULTADOS

De los 295 adultos mayores que reportó el centro gerontológico, solo se pudo diagnosticar a 120 (41%) del total de los beneficiarios. Esta diferencia se debió a distintos factores, tales como las dificultades en la logística para el traslado de los pacientes a las clínicas de la universidad, el poco interés demostrado por los familiares de los adultos mayores para acompañarlos a la consulta y el deterioro de la salud de los beneficiarios durante este proceso. El diagnóstico de los 120 adultos mayores se reveló en un condensado epidemiológico, tal como se muestra en la tabla numero 2. (Ver Anexos)

Para medir la edad de los adultos mayores, se dividió a la población en cuatro grupos etarios, de 60-69 años, 10%; de 70-79 años, 37%; de 80-89 años, 43%; y, de 90 años y más 10%. La mayoría de los adultos mayores diagnosticados se ubicaron en el tercer grupo etario. Al medir el porcentaje del sexo, se obtuvo que el 53% eran varones y el 47% mujeres.

En cuanto al índice de piezas cariadas, perdidas y obturadas (CPO), se evidenció que un 95% de beneficiarios habían perdido piezas dentales. El índice de higiene bucal (HIOS) detectó que el 51 % de ellos tenían placa bacteriana, cálculo y gingivitis, además, el diagnóstico reveló, que de los 120 adultos mayores diagnosticados, 69 eran edéntulos y 51 padecían de edentulismo parcial.

A pesar de que la primera fase del proyecto fue planificada para diagnóstico, el odontólogo encargado de la dirección técnica del proyecto, decidió escoger a 11 pacientes, de los cuales 8 completaron el tratamiento de rehabilitación protésica, los tres que no lo completaron no colaboraron en el proceso de reha-

bilitación, quedando 61 personas, es decir el (88%) por rehabilitar.

En la segunda fase del proyecto, se dictaron charlas de promoción y prevención sobre la importancia de una buena salud bucal, dirigida a los empleados del centro gerontológico y a los familiares de los adultos mayores. En esta etapa se escogieron a 8 pacientes para su rehabilitación, habiendo terminado el tratamiento seis.

La tercera fase del proyecto fue dividida en tres partes, correspondiente a los periodos lectivos: marzo-agosto 2015, septiembre 2015-febrero 2016 y marzo-agosto 2016. La primera parte de esta fase fue muy difícil, debido a que el Centro Gerontológico, eliminó la modalidad alternativa y domiciliaria, por restricciones presupuestaria. Esta decisión disminuyó el número de pacientes edéntulos de 55 a 40. Otro factor que influyó en esta etapa del proyecto, fue la situación de la Salud Pública que vivió la provincia y el país, debido a las epidemias de Dengue, Chikungunya y Zika que afectaron a los pacientes del centro.

El Odontólogo encargado escogió a seis pacientes, de los cuales 3 (8%) terminaron la rehabilitación protésica, y los otros tres, quedaron en la fase llamada prueba de enfilado. La parte dos de la fase 3 del proyecto, se realizó en el periodo lectivo, septiembre 2015- febrero 2016, lapso en que se escogieron 15 adultos mayores para su rehabilitación protésica, de ellos 13 completaron el tratamiento. Las dos personas que no lo hicieron presentaban en su cavidad bucal estomatitis, enfermedad que no fue superada a pesar de que se les prescribieron medicamentos. Es muy importante decir que los tres adultos mayores que se quedaron en la prueba de enfilado fueron rehabilitados.

La tercera parte de la fase 3 se ejecutó en el periodo lectivo marzo-agosto 2016. En esa etapa corta, irregular y con problemas derivados de los efectos causados por el terremoto del 16A, se escogieron seis adultos mayores para la rehabilitación protésica, completando el tratamiento todos. El odontólogo encargado decidió adelantarse a la última fase del proyecto y encargó a un grupo de estudiantes el monitoreo de los tratamientos realizados en las fases anteriores. No se pudieron rehabilitar más pacientes en esta fase, porque una de las consecuencias del terremoto que afectó a Manabí fue la marcada ausencia de

los adultos mayores de la modalidad diurna en el centro.

DISCUSIÓN

El resultado de este trabajo se lo realizó para solventar una necesidad social, proponiendo la atención de la cavidad bucal de los adultos mayores del centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno. Los pacientes atendidos constituyen uno de los grupos más vulnerables de la sociedad con altos factores de riesgo, agravados por la pérdida de piezas bucales, una precaria higiene bucal, factores socioeconómicos y el abandono de los familiares.

Los lugares donde van las personas adultas mayores con significativos factores de riesgo, son los centros gerontológicos públicos, que en nuestro país están bajo la responsabilidad del MIES. Otro factor importante que lleva a realizar este tipo de proyectos es la poca cobertura e ineficiente atención que el Estado le da a estos centros gerontológicos.

En el Centro Gerontológico donde se intervino, el 43% de los adultos mayores pertenecían al grupo etario de 80 a 90 años. Otro indicador importante es el género: 53% masculino y el 47% femenino, siendo el masculino el que predomina en esta población. Según (INEC., 2009: 6) "A nivel nacional existe una diferencia porcentual mínima entre hombres y mujeres, 6.8%. 46,6% para las mujeres adultas mayores y 53,4% para los hombres adultos mayores". En el diagnóstico realizado se constató el predominio de los dientes perdidos en un 95%. Este altísimo porcentaje, se explica por la edad de la población, por la mala higiene bucal, por la situación socioeconómica que viven y por pocas oportunidades de servicios de salud odontológicas. (Castillo, 2012: 77) señala que en el adulto mayor es más prevalente la pérdida de piezas dentarias. El impacto es más negativo en personas edéntulas, ya que la pérdida total de dientes reduce el rendimiento de la función masticatoria, afectando la alimentación del individuo, lo que trae como consecuentemente la pérdida de peso. Además trae desventajas sociales como la dificultad en la comunicación y alteraciones en la autoestima.

Este estudio de Castillo (2012) tiene mucha relación con la presente investigación, debido a que la pérdida de dientes afecta a las personas de diferentes edades, pero se observa más

en los adultos mayores, como consecuencia de haber desarrollado enfermedades crónicas como la caries dental y la periodontitis. El predominio de la placa dental bacteriana, el cálculo y la gingivitis también es un denominador común en este grupo etario. Para Doncel, Vidal, & Del-Valle (2011), señalan que “La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo que más se asocia con el origen y la evolución de la gingivitis crónica por ser el contacto mantenido de los microorganismos con la encía”. Los adultos mayores que se pudieron rehabilitar en estas tres fases del proyecto fueron el 72% de la población, para un subtotal de 39 pacientes. El resto, el 28%, corresponde a los no rehabilitados. De acuerdo a Peña (2012: 120): “el concepto de salud oral engloba no solo la ausencia de dolor, si no la también la higiene, función, estética y el confort subjetivo que experimenta el paciente. Se debe tener muy presente la necesidad de aplicar diversos procedimientos terapéuticos rehabilitadores”.

Los estudios citados guardan cierta relación con nuestra investigación, tomando en consideración que en cada uno de ellos se evidencia el interés por el bienestar del adulto mayor, prestando atención al cuidado de su salud bucal y la aplicando ciertos procedimientos para rehabilitarlos, tomando en cuenta que la placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo que más se asocia con el origen y la evolución de la gingivitis en los adultos mayores.

CONCLUSIÓN

Los adultos mayores rehabilitados recibieron sus prótesis totales y/o parciales superiores e inferiores. En el monitoreo se constata que elevaron notablemente su autoestima: estéticamente presentaron un buen aspecto y su estado de ánimo mejoro significativamente. Los beneficiarios lograron una mejor comunicación con su entorno, ya que vocalizaban mejor sus palabras y el dialogo con los demás se volvió más claro y preciso.

El Proyecto Sonrisas de Oro, les cambio la vida a los pacientes rehabilitados. El simple hecho de ser visitados regularmente por jóvenes estudiantes y profesores, los entusiasmaba llenándolos de alegría, particularmente cuando tenían que movilizarse hasta la universidad.

La salud integral de los adultos mayores cambio con sus prótesis recibidas. Comenzaron a masticar adecuadamente, la digestión y metabolización de los nutrientes se produjo de manera más adecuada.

Algunos pacientes con restos radiculares o que padecían de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, entre otras, no pudieron ser atendidos, porque no hubo una certificación médica de parte del Centro, que permitiera intervenirlos minimizando el riesgo. El personal que trabaja en el Centro Gerontológico, son personas con buena voluntad, pero sin la suficiente preparación para realizar una gestión administrativa eficiente.

No existe el suficiente compromiso del personal que atiende a los adultos mayores, especialmente en el cuidado, uso y mantenimiento de las prótesis. Se ha detectado que las recomendaciones que se entregaron a la dirección del centro no son cumplidas y las prótesis en muchos casos han fracasado y se ha tenido que volver a rehabilitarlas.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo realizó una invaluable labor. Tanto los estudiantes como profesores participantes cumplieron con el compromiso trazado en el proyecto. Es necesario señalar que el Club Rotario de Portoviejo Solidario también cumplió eficazmente y con responsabilidad lo que había prometido. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argudo, M. (2003). Centro-hogar geriátrico para el cuidado y desarrollo de las personas de la tercera edad. Quito, república del Ecuador: Universidad Internacional SEK del Ecuador.
- Asamblea-Nacional-Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
- Bacallao, G., & Correa, M. R. (2013). Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos Francisca Navia Isla de la Juventud 2011. *Revista Médica de la Isla de la Juventud*. Recuperado el 29 de agosto de 2016, de www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>
- Cardentey García, J. T., Silva, M., & Sixto, M. C. (2011). Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 15. Recuperado el 7 de septiembre de 2016, de www.scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>
- Castillo, D. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. . Recuperado el 10 de septiembre de 2016, de www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh.pdf#page=6: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh.pdf#page=6
- Doncel, C., Vidal, M., & Del-Valle, C. (2011). Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 40. Recuperado el 10 de septiembre de 2016, de http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_ar
- Gutiérrez, L., & Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda odontológica estomatológica. . Reino de España: Editex.
- Hernández, R., & Férez, J. (2012). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *REVISTA ADM*. 69. . Recuperado el 4 de septiembre de 2016, de www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>
- INEC. (2009). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. . Recuperado el 10 de septiembre de 2016, de www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf
- Jaritzon, E. (2011). Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. . Reino de España: Servicio de Publicaciones.
- Laplace, D., Legrá, M., Fernández, J., Quiñones, D., Piña, L., & Castellanos, L. (2013). Enfermedades bucales en el adulto mayor. Recuperado el 2 de septiembre de 2016, de www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400008&script=sci_arttext: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400008&script=sci_arttext
- Lauzardo García del Prado, G. G., Quintana Castillo, M., Gutiérrez, N., & Fajardo, J. (2009). Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 8. Recuperado el 5 de septiembre de 2016, de www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400020: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400020
- Ley-Orgánica-de-Educación-Superior. (2011).
- Liendo, L. (2011). Hablemos entre Dientes. . República del Perú: Milatam.
- Ministerio, S. (2010). Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 Años. . República de Chile: MINSAL.
- Moya, P. C. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*. 22. C. Recuperado el 30 de agosto de 2016, de www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n4/reh_vol22_n4_12_art01.pdf: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n4/reh_vol22_n4_12_art01.pdf
- Murillo, M. (2011). Envejecimiento bucodental. *Anales de Gerontología*. 6. Recuperado el 1 de septiembre de 2016, de www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8871/8351: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8871/8351>
- Navarro, I. (<http://eprints.ucm.es/10292/1/T26867.pdf> de 2010). Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil adolescente de castilla-La Mancha. Tesis Doctoral. Recuperado el 16 de Septiembre de 2016, de <http://eprints.ucm.es/10292/1/T26867.pdf> : <http://eprints.ucm.es/10292/1/T26867.pdf>
- Palma, A. (2007). Técnica de Ayuda Odontológica y Estomatológica. Reino de España: Paraninfo.
- Peña, C. L. (2012). Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano. *Gaceta Dental*. 239. . Recuperado el 11 de Septiembre de 2016, de http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/239_CIENCIA_Tratamiento_multidisciplinar_ancianos.pdf
- Rangel, C., Lauzardo, G., Quintana, M., Gutiérrez, E., & Gutiérrez, N. (2009). Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. *Revista Cubana de Estomatología*. 46. Recuperado el 4 de septiembre de 2016, de www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext
- Rocha, L. (2013). Los centros Geriátricos. Recuperado el 28 de Agosto de 2016, de www.books.google.com.ec/id=pYdOAgAAQBAJ&pg=PA156&lpq
- Rodrigues, R. (2003). Rodrigues RJ. e-Salud en Latinoamérica y el Caribe: tendencias y temas emergentes. . Washington (D.C): : OPS.
- Rodríguez, J. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Recuperado el 9 de septiembre de 2016, de www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/6/pdf: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/6/pdf>
- Roisinblit, R. (2010). Odontología para las Personas Mayores. República de Argentina: Ebook.
- Ruiz, H., & Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. Recuperado el 7 de septiembre de 2016, de www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en
- Secretaria-Nacional-de-Planificaiación-y-Desarrollo. (2013). Plan Nacional Buen Vivir. Recuperado el 10 de septiembre de 2016, de [www.documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf](http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf): <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. . Recuperado el 04 de septiembre de 2016, de www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- Vera, M. (2010). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Recuperado el 04 de septiembre de 2016, de www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>



ANEXOS

NÚMERO DE ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO.			
MODALIDAD M	UJERES	VARONES	TOTAL
Residentes 1	4	24 3	8
Diurna 2	3	18 4	1
Alternativa	11 9	2	0
Domiciliaria 9	9	97	196
			295

Tabla 1.
Fuente: Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno

CONDENSADO EPIDEMIOLÓGICO Y REPRESENTACION ESTADÍSTICA DEL DIAGNÓSTICO INICIAL DE 120 ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR "GUILLERMINA LOOR DE MORENO". APLICACION DE LA FICHA CLÍNICA 033. PRIMERA FASE DEL PROYECTO "SONRISAS DE ORO"																	
Nº	PACIENTES	EDAD				SEXO		ORO				MOS				EDENTE	
		80	70	60	50	M	F	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	TOTAL	PLACA	CALDADO	SINGIVITIS	TOTAL	PARCIAL	TOTAL
1	Paciente 1			1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
2				1			1	0	24	0	24	0	0	0	0	1	
3		1					1	0	32	0	32	0	0	0	0		1
4				1	1			0	32	0	32	0	0	0	0		1
5			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
6				1	1			0	32	0	32	0	0	0	0		1
7			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
8				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
9				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
10		1				1		0	32	0	32	0	0	0	0	1	
11		1				1		4	30	1	35	1	0,2	1	0	1	
12			1			1		4	28	0	32	0	0	0	0	1	
13				1	1			0	32	0	32	0	0	0	0		1
14				1	1			4	28	0	32	0	0	0	0	1	
15			1			1		6	26	0	32	0	0	0	0	1	
16				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
17				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
18			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
19			1			1	1	2	28	0	30	0	0	0	0	1	
20				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
21			1			1		0	30	0	30	2	1	0	0	1	
22			1			1	1	3	29	0	32	0	0	0	0	1	
23			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
24				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
25			1			1		10	22	0	32	1	1	1	0	1	
26			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
27			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
28			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
29				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
30				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0	1	
31				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
32				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
33				1	1			0	32	0	32	0	0	0	0		1
34			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
35				1		1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
36			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1
37					1	1		0	32	0	32	0	0	0	0	1	
38			1			1		0	28	1	32	1	1	0	0	1	
39			1			1		0	26	0	26	1	1	0	0	1	
40			1			1		0	32	0	32	0	0	0	0		1

Tabla 2: Condensado epidemiológico
Fuente: Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno

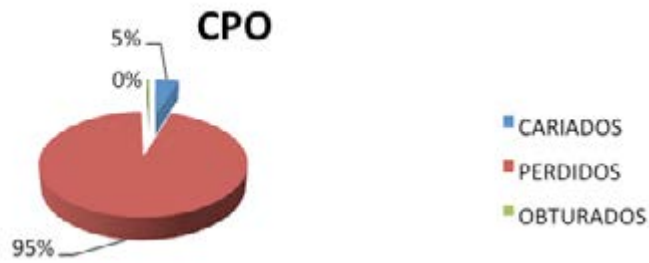
41			1				0	27	0	27	0	0	0	0	0	1	1
42			1			1	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
43			1		1		7	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
44			1		1	1	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
45	1				1		4	30	0	34	1	0,4	0,8	0	0	1	1
46	1				1	1	1	38	0	39	1	0,3	0,5	0	0	1	1
47		1			1		4	38	0	42	1	2	0,38	0	0	1	1
48	1				1		0	26	0	26	0	0	0	0	0	1	1
49			1		1		0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
50			1		1	1	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
51			1		1		0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
52			1		1		0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
53			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
54		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
55		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
56		1			1	9	0	23	0	30	0	0	0	0	0	1	1
57		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
58			1		1	0	0	38	0	38	1,5	0	0	0	0	1	1
59			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
60			1		1	7	0	14	0	21	1,5	0,3	0	0	0	1	1
61			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
62		1			1	1	1	31	0	34	0	0	0	0	0	1	1
63		1			1	0	0	24	0	24	1	1,3	1	0	0	1	1
64		1			1	4	0	11	7	21	0	0	0	0	0	1	1
65		1			1	0	0	30	0	30	1,30	1	1	0	0	1	1
66		1			1	3	0	19	0	16	1	1	0	0	0	1	1
67			1		1	0	0	27	0	27	0	0	0	0	0	1	1
68			1		1	5	0	18	0	23	0	0	0	0	0	1	1
69			1		1	0	0	26	0	26	0	0	0	0	0	1	1
70		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
71		1			1	3	0	27	0	32	0	0	0	0	0	1	1
72		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
73			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
74	1				1	3	0	13	0	16	1,2	1	0	0	0	1	1
75			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
76				1		1	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
77		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
78			1		1	1	0	31	0	32	0	0	0	0	0	1	1
79		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
80		1			1	1	0	27	0	28	0	0	0	0	0	1	1
81			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
82		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
83			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
84				1		1	7	25	0	32	1	1	0	0	0	1	1
85		1			1	13	0	0	0	13	0,5	0,7	0,7	0	0	1	1
86			1		1	0	0	20	0	20	1,5	0,5	0	0	0	1	1
87				1		1	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
88			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
89		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
90		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
91			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
92			1		1	3	0	29	0	32	0	0	0	0	0	1	1
93	1				1	1	1	17	0	18	1,39	0,7	0,7	0	0	1	1
94			1		1	5	0	24	0	29	1,5	1	1	0	0	1	1
95			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
96		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
97			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
98		1			1	0	0	35	0	35	0	0	0	0	0	1	1
99			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
100		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
101		1			1	1	0	25	0	26	0	0	0	0	0	1	1
102		1			1	2	0	30	0	32	0	0	0	0	0	1	1
103			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
104			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
105			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
106			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
107	1				1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
108	1				1	2	0	28	0	30	0	0	0	0	0	1	1
109		1			1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
110		1			1	3	0	6	0	9	1,2	0	0	0	0	1	1
111			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
112		1			1	0	0	28	0	32	0	0	0	0	0	1	1
113			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
114			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
115		1			1	4	0	28	0	32	0	0	0	0	0	1	1
116			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
117			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
118		1			1	0	0	24	1	25	0	0	0	0	0	1	1
119			1		1	0	0	32	0	32	0	0	0	0	0	1	1
120		1			1	2	0	13	0	17	1,3	1	0,5	0	0	1	1
TOTAL		12	44	32	12	57	24	164	1009	16	3489	20,06	14,7	7,28	0	81	89

EDAD				SEXO	
60-69 AÑOS	70-79 AÑOS	80-89 AÑOS	90 Y MÁS AÑOS	M	F
12	44	52	12	64	56



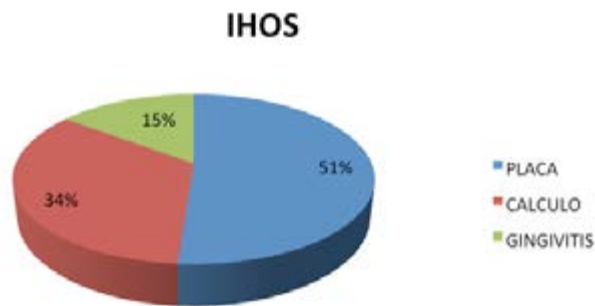
Fuente: Estadística del centro Gerontológico

CPO			
CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	TOTAL
164	3309	16	3489



Fuente: Estadística del centro Gerontológico

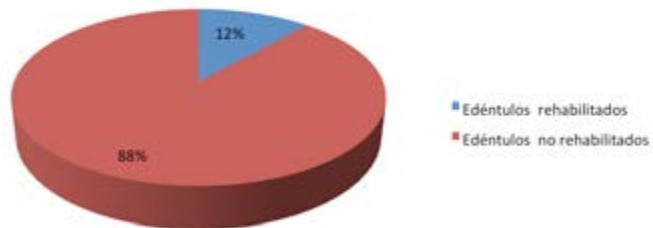
IHOS		
PLACA	CALCULO	GINGIVITIS
25,06	16,7	7,23



Fuente: Estadística del centro Gerontológico

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edéntulos rehabilitados	8	12%
Edéntulos no rehabilitados	61	88%
Edéntulos diagnosticados	69	100%

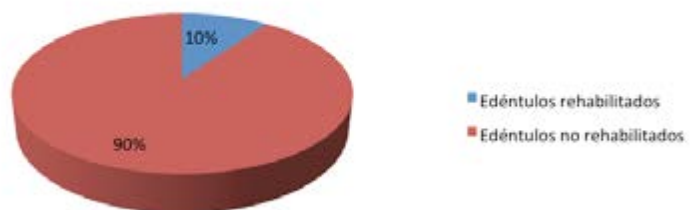
RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE



Resultados estadísticos de la primera fase del proyecto
Fuente: Estadísticas del resultado del Proyecto

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edéntulos rehabilitados	6	10%
Edéntulos no rehabilitados	55	90%
Edéntulos por rehabilitar de la primera fase	61	100%

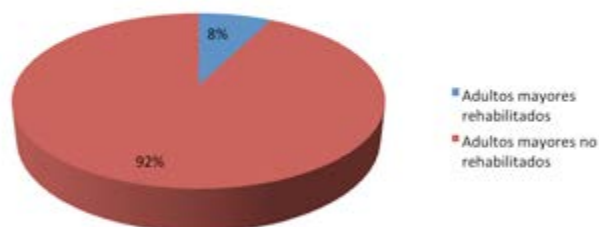
RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE



Resultados estadísticos de la segunda fase del proyecto
Fuente: Estadísticas del resultado del Proyecto

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adultos mayores rehabilitados	3	8%
Adultos mayores no rehabilitados	37	92%
Adultos mayores por rehabilitar	40	100%

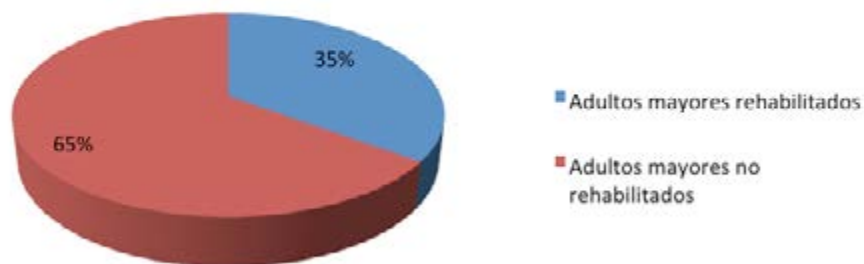
Resultados primera parte de la fase tres



Resultados estadísticos primera parte de la fase tres del proyecto
Fuente: Estadísticas del resultado del Proyecto

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adultos mayores rehabilitados	13	35%
Adultos mayores no rehabilitados	24	65%
Adultos mayores por rehabilitar	37	100%

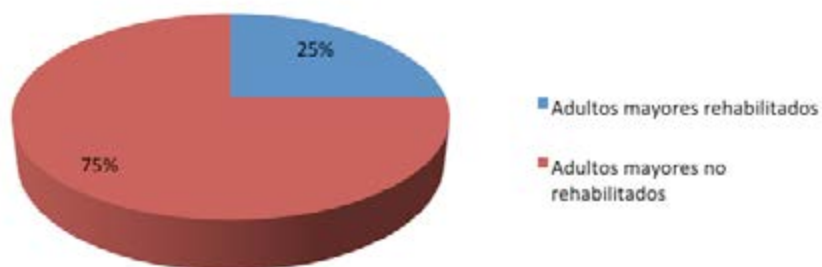
Resultados segunda parte de la fase tres



Resultados estadísticos segunda parte de la fase tres del proyecto
Fuente: Estadísticas del resultado del Proyecto

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adultos mayores rehabilitados	6	25
Adultos mayores no rehabilitados	18	75
Adultos mayores por rehabilitar	24	100

Resultados de la tercera parte fase tres



Resultados estadísticos tercera parte fase tres del proyecto
Fuente: Estadísticas del resultado del Proyecto



Actores del cambio
Fuente: Archivos fotográficos del proyecto