

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores por diferentes factores no tienen un adecuado acceso y consumo de alimentos, aspecto que puede considerarse como un factor deteriorante de su estado de salud, lo que contribuye a los procesos de fragilización en esta etapa. Al llegar a la vejez muchos de ellos se enfrentan al aislamiento de su familia lo que dificulta la adquisición de alimentos, viéndose en la necesidad de trabajar para su manutención, buscar redes de apoyo o programas de complementación alimentaria.

Se reconoce que la alimentación en las etapas anteriores de la vida es fundamental y determina su salud actual. Se identifica el valor nutricional de algunos alimentos en especial de los lácteos, las frutas y verduras. Sin embargo, aunque se tienen el conocimiento, no se lleva a la práctica por los bajos recursos económicos, que limitan la variedad de la dieta.

Cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor, suelen venir a la mente una serie de sistemas que pueden estar comprometidos. Es así como casi en forma automática, se recuerdan el sistema cardiovascular, músculo esquelético y genitourinario entre otros, olvidando comúnmente uno, que en cualquiera de sus estructuras puede comprometer en diversos grados la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático

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. Probablemente debido a su pequeña extensión y a que con poca frecuencia puede llegar a comprometer la vida del paciente, es relegado a un segundo plano y hasta omitido del examen rutinario

CAPÍTULO I

EI PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cambios que el adulto mayor experimenta, patrones de alimentación y el estado nutricional, así como factores físicos, factores fisiológicos y factores psicosociales.

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.

Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.

Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios. Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo incide las etapas de la evolución y desarrollo del paciente geriátrico en la cavidad bucal?

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Trema: “Etapas de la evolución y desarrollo del paciente geriátrico y su repercusión en la cavidad oral”

Objeto de estudio: Etapas de la evolución y desarrollo del paciente geriátrico

Campo de acción: Repercusión en la cavidad oral

Área: Pregrado

Lugar: Facultad Piloto de Odontología

Periodo.2.013-2.014

1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características bucodentales de los pacientes geriátricos?

¿Cuáles son las enfermedades bucales que padecen los pacientes geriátricos?

¿Qué tipo de rehabilitación oral requiere los pacientes geriátricos parcialmente desdentados?

¿Cuál es la relevancia de rehabilitar al paciente geriátrico?

1.6 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar, las etapas de evolución y desarrollo del paciente geriátrico y repercusiones en la cavidad oral.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Clasificar, las etapas d la evolución y desarrollo del paciente geriátrico

Interpretar, el desarrollo del paciente geriátrico: propias y ambientales

Describir, las repercusiones de la cavidad oral del paciente geriátrico.

1.7 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se justifica en la fragilidad del anciano frágil tiene aumentado el riesgo de incapacidad y muerte ante mínimos factores estresantes externos, deteriorantes del estado de salud. Vale resaltar que el estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta.

En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional.

Además de los cambios físicos, la persona que envejece se enfrenta a cambios sociales que de manera directa o indirecta contribuyen al proceso de fragilización. Anteriormente la sociedad veía el adulto mayor con respeto, actualmente se han creado una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad y debilidad.

Este punto de vista moderno hace que el adulto mayor asuma este estereotipo legitimado por la sociedad. Si bien la vejez genera limitaciones a los sujetos, también genera potenciales únicos y distintivos como la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACION

Los aspectos generales de evaluación son:

Delimitado: descripción del problema y su definición en términos de tiempo, espacio y población.

Evidente: redactado en forma precisa, fácil de comprender e identificar con ideas concisas.

Evidente: que tiene manifestaciones claras y observables.

Concreto: redactado de manera que sea corto, preciso, directo y adecuado.

Relevante: que sea importante para la comunidad educativa y se requiera resolverlo científicamente.

Original: novedoso, nuevo enfoque, no investigado totalmente.

Contextual: que pertenece a la práctica social del contexto educativo.

Factible: posibilidad de solución según tiempo y recursos.

Identifica los productos esperados: útil, que contribuye con soluciones alternativas.

Variables: identifica las variables con claridad.

Deberá demostrar por qué su problema tiene estas características

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Diversos autores confirman que la caries es la principal causa de pérdida de los dientes en todos los grupos de edad, incluso en aquellos de edad más avanzada. La mayoría de los esfuerzos se han dirigido a conocer la caries coronal, de la cual se conocen muchos aspectos de su etiología, factores de riesgo asociados y prevención (34, 35).

El tratamiento del paciente mayor implica profundizar en el estudio de la caries radicular como característico de su edad (36). Pero tras el análisis de estos estudios se observa como esta enfermedad está asociada a otras situaciones de gran importancia que afectan y participan en el desarrollo de la misma. La caries radicular es un desafío para los profesionales, debido sobre todo, al incremento de los adultos mayores de 65 años y al aumento del número de dientes naturales presentes en la boca (37, 38).

El edentulismo decrece y los adultos mayores retienen cada vez más sus dientes naturales; la caries coronal y radicular es un problema significativo, especialmente para los adultos funcionalmente dependientes, cognitivamente y médicamente comprometidos. La salud oral en ancianos institucionalizados parece ser peor. Esto puede deberse a la disminución de actuaciones de prevención y a la falta de especialistas que miren este problema de la salud oral en geriatría desde otro punto de vista (39). Para el dentista de hoy es importante actualizarse acerca de los cambios normales y procesos patógenos de los mayores; su conocimiento y concienciación permite mejorar la identificación de los factores de riesgo en el paciente de edad avanzada (40).

Los factores de riesgo implicados en una enfermedad de localización bucal como es, en los adultos mayores, la caries radicular, según los estudios realizados se pueden observar desde dos puntos de vista: uno intraoral y otro extraoral. En este último se incluyen los factores asociados al comportamiento, al nivel socioeconómico, etc. Esto requiere un manejo complejo y multidisciplinario a las causas de la enfermedad (37).

El nivel socioeconómico y factores como el comportamiento deben ser tenidos en cuenta al realizar el análisis del riesgo para desarrollar enfermedad bucal (41). La no asistencia de los adultos mayores a la consulta odontológica juega un papel importante al no poder iniciarse un tratamiento adecuado (41). Otros factores de comportamiento como el consumo de tabaco juegan un papel importante cuando se habla de riesgo de enfermedades.

El tabaco es considerado como factor de riesgo para el cáncer oral, lesiones de la mucosa oral, enfermedad periodontal, daños en la cicatrización, recesiones gingivales y el desarrollo de caries coronal y radicular. Estas evidencias están sujetas a que el nivel o grado en el consumo del tabaco es proporcional al riesgo que representa para estas enfermedades (44). Variables como condición sociodemográfica, salud general, estado psicológico y comportamientos saludables, fueron incluidas por Locker D, en su estudio de incidencia de la caries radicular en una población de adultos mayores en Canadá.

Como resultado encontró que el uso de prótesis parciales, el hábito del tabaco, la mala higiene, y además que los sujetos con lesiones periodontales, incrementan el riesgo de desarrollar caries radicular. También concluyó que a mayor edad, se incrementa el riesgo para mayores de 65 años junto con la presencia de mayor número de dientes en boca y la no asistencia al dentista (45). El acumulo de placa y la

respuesta inflamatoria se incrementan con la edad, la prevalencia y la severidad de la enfermedad periodontal siguen esta misma tendencia.

Se ha demostrado como los individuos mayores presentan grados menores de periodontitis avanzada que otros grupos de menor edad, lo que indicaría una supervivencia selectiva de dientes resistentes a la enfermedad (46). La xerostomía, se manifiesta por una sensación subjetiva de sequedad oral, no representa una amenaza vital, pero si puede afectar considerablemente la calidad de vida de los pacientes (11).

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 ENFERMEDAD BUCODENTAL EN LA EDAD AVANZADA

La caries dental se define como la pérdida de estructura del diente debida a una desmineralización de las estructuras duras que lo componen. Para que este fenómeno se produzca es necesaria la presencia de placa bacteriana, entidad definida como una película de bacterias adherida al diente, y de hidratos de carbono, sustrato sobre el cual la placa bacteriana ejerce su metabolismo. Cuando se inicia este proceso metabólico, da como resultado productos ácidos que en contacto con el esmalte dental, provocan una sucesiva pérdida de minerales y posterior formación de una cavidad, por toda ampliamente conocida como “caries”.

La caries dental, es por lo tanto una enfermedad infecciosa, ya que es producida por microorganismos, Multifactorial, debido a que deben coincidir varios elementos para que se produzca y en función de esta última característica, también es prevenible pues existen varios niveles dentro de su curso, en los cuales se puede intervenir.

Cabe destacar que la caries es la primera causa de pérdida dentaria y que en el caso de los pacientes adultos mayores su ubicación es predominantemente a nivel radicular. La caries dental se ha estudiado

extensamente, determinándose con certeza ciertos factores que aumentan el riesgo de que se produzca. Así, mientras mayor sea la concentración de microorganismos cariogénicos en la boca de un paciente, mayor será su probabilidad de tener caries. Por otro lado, mientras más frecuente sea el consumo de hidratos de carbono fermentables, mayor también será el riesgo de caries en ese paciente, riesgo que disminuye proporcionalmente de acuerdo al número de veces con que realice su cepillado dental.

2.2.2 ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO DE LA CAVIDAD BUCAL

El estudio del envejecimiento a nivel de la cavidad oral, se ha basado en la creencia general de que existe de un deterioro progresivo de la fisiología oral con el paso del tiempo. Estos conocimientos erróneos se han fundamentado en estudios comparativos entre personas de edad avanzada comprometidas médicamente, y personas jóvenes sanas, concluyendo que muchas estructuras estaban alteradas como consecuencia del envejecimiento.

Para cuestionar este concepto es importante indicar que algunos cambios que ocurren con la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. Otros cambios se presentan 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 que envejece. En este sentido, las modificaciones orales relacionadas con la edad pueden tener dos orígenes:

Como expresión del envejecimiento propiamente dicho y, Otros, como consecuencia de la acumulación de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedades pero que inducen a cambios bioquímicos, funcionales y estructurales¹¹

Entre los cambios más característicos que pueden ser vistos en las personas a medida que la edad avanza 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 salivares.

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 vemos 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 usencia 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.

Otras situaciones como las consecuencias de la prótesis mal adaptadas, los problemas masticatorios-deglutorios, y una multitud de estados iatrogénicos generados a consecuencia de algunos tratamientos, ayudan de la misma manera al deterioro en la armonía bucodental (11, 12)

Para reconocer los cambios que se presentan y asocian al envejecimiento es útil identificarlos en función de las variaciones estructurales y funcionales a nivel de las siguientes estructuras: tejidos faciales, dental, periodontal, articulación temporomandibular, mucosa oral y en las glándulas salivares (13)

2.2.3 CAMBIOS A NIVEL DENTAL

Después de los 60 años, desciende la comisura palpebral externa, hay un aumento de arrugas peribucales y ondulaciones en la línea mandibular, además de la falta de tejido adiposo en las mejillas y la región temporal. Posteriormente y alrededor de los 70 años, se forman arrugas cutáneas en la cara, arrugas cervicales permanentes y profundas y en algunos casos exceso de piel palpebral.

A los 80, le acompaña un exceso de piel que disminuye el tamaño de las hendiduras palpebrales, hay arrugas permanentes y surcos muy arcados. Además la ausencia de tejido adiposo deja marcar las estructuras óseas que se encuentran bajo la piel. Son característicos los cambios cutáneos relacionados con los maxilares debido a la reabsorción de los procesos alveolares (11, 14).

Primero se debe aclarar que los cambios a nivel del tejido dental no presentan tanta diferencia entre el paciente adulto mayor y un paciente normal, pero si hay que resaltar el cambio que sufren los tejidos,

lógicamente por el paso de los años y especialmente a nivel de tejidos duros. Además hay tener en cuenta los conceptos de la patología más frecuente de la tercera edad, y mencionar las particularidades que hay relevantes en estos pacientes.

Desde que erupcionan los dientes en la cavidad bucal, sufren una serie de cambios en su estructura, que están relacionados con el paso del tiempo y son el resultado de su función, su actividad biológica, y de factores ambientales como ciertos hábitos, la alimentación y la misma higiene dental (11, 14, 15).

Primero se debería identificar si un cambio es de tipo fisiológico o de tipo patológico, como se observa en la clasificación de los tejidos a nivel dental. Es difícil a veces diferenciar entre, si un cambio es producido por motivos fisiológicos o por acción patológica, como en el caso de la atrición, con la cual es confuso diferenciar su causa. También se debe aclarar que los cambios se presentan de forma macroscópica y afectan microscópicamente a nivel de los tejidos del diente propiamente dicho (13, 16)

2.2.4 CAMBIOS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

El adulto mayor es una persona que como los demás grupos edad, se esta adaptando a una serie de cambios socioculturales que le llevan a disfrutar de una mejor calidad de vida, por lo menos en las sociedades más avanzadas y a lo mejor, en menor escala en las menos desarrolladas. El incremento de la esperanza de vida y sus mejores condiciones, permite que los adultos mayores tengan el beneficio de acceder a un cuidado dental mejor y hasta de forma precoz, lo que deriva en una población evidentemente más dentada. Esta situación, genera un aumento en la incidencia y prevalencia de la enfermedad periodontal dentro de la población mayor.

Clásicamente se creía que la pérdida de inserción epitelial y el hueso alveolar eran cambios periodontales relacionados con la edad, pero realmente estos hechos no se corresponden con el fenómeno del envejecimiento propiamente dicho. Y más aun teniendo en la actualidad tan claro el origen y factores determinantes en el proceso de la enfermedad periodontal.

Pero aunque es difícil separar los condicionantes fisiológicos y patológicos en el envejecimiento periodontal, si se consideran dentro de las características más relevantes en los ancianos la retracción o recesión gingival, donde hay una importante combinación de factores irritativos y biológicos de tipo bacteriano, y a la vez factores traumáticos como el excesivo e incorrecto cepillado, teniendo en cuenta posibles diferencias genéticas y raciales como en el caso de la encía adherida (25).

2.2.5 CAMBIOS EN LA ENCÍA

Con el envejecimiento tiene lugar un adelgazamiento del epitelio de la encía, junto con una disminución de la queratinización. Así mismo se presentan cambios en el punteado, un aumento de la anchura de la encía insertada que se vuelve más densa, mientras que la unión mucogingival parece inalterado. Además vemos una disminución de la celularidad del tejido conectivo especialmente en fibroblastos y un aumento de la sustancia intercelular en densidad y grosor (26).

Ligamento periodontal: Se han argumentado ciertas diferencias en cuanto al ancho del ligamento periodontal. Algunos estudios indican un aumento en la anchura del ligamento con la edad, mientras otros por el contrario indican su disminución. Sin embargo hay conceptos importantes que se deben tener en cuenta:

Primero; es que probablemente esa discrepancia se deba a la cantidad de dientes presentes, es decir, si el individuo ha llegado a la senectud con la dentición prácticamente integra y al hecho de aplicar menos fuerza su musculatura masticatoria.

El acto de la masticación se hace menos potente disminuyendo así la función de los tejidos de soporte periodontal, pero por el contrario si hay pérdidas dentales importantes, los dientes remanentes verán sobrecargada su función, lo que en teoría se traduciría en un incremento del espacio periodontal.

Segundo; la menor anchura en el espacio periodontal, puede también observarse en esos dientes no funcionales, lo que podría explicar también esta situación.

Tercero: en los pacientes de edad avanzada esa disminución en la anchura puede estar relacionada en el aumento y depósito continuo de cemento radicular. Entre otros cambios a nivel del ligamento periodontal también se presenta un descenso en las fibras elásticas y la aparición de calcificaciones entre las fibras colágenas.

A pesar de estos cambios degenerativos, la recuperación tisular del periodonto parece mantenerse estable, de hecho cuando se realiza una buena higiene oral en ancianos con gingivitis, la encía recupera rápida y completamente su estado de salud.

2.2.6 HUESO ALVEOLAR

Los cambios en el hueso alveolar son muy parecidos a los que se manifiestan en el sistema óseo, presentándose una atrofia ósea generalizada, la cual va a depender mucho de la pérdida del diente, y más aún si se trata de varios dientes, pues este hecho va a producir que se presente una disminución ósea mas generalizada y a mayor velocidad.

Esta situación no ocurre cuando hay más presencia de dientes en la arcada o si se presentara demasiado trauma o una posterior alveolitis, esto puede también acelerar la pérdida del hueso alveolar (26-28)

Cemento radicular Puede verse incrementado de tamaño, no deja de aponerse durante toda la vida, y además con la posible presencia de cuadros de reabsorción. Factores modificadores de los cambios periodontales Todos sabemos que la interacción entre la agresión de una microflora patógena, y las defensas locales del huésped son generalmente consideradas como la llave de las consideraciones fisiopatológicas de la salud y la enfermedad periodontal.

El concepto de equilibrio entre parásito y huésped ha permitido dar una perspectiva fisiológica adecuada para diferenciar entidades clínicas, desde un estado de salud a una destrucción progresiva de los tejidos periodontales. La susceptibilidad a la enfermedad periodontal es más importante para la velocidad de destrucción del periodonto que para el tiempo durante el que está presente la placa.

Conforme mayor sea la susceptibilidad, más lenta será la cicatrización y más rápido tenderá a presentarse inflamación periodontal, y el anciano parece ser en general el candidato más susceptible para este acontecimiento. Hay una serie de factores que pueden hacer al anciano más propenso al padecimiento de una enfermedad periodontal. Hay que dejar de lado la edad como factor de riesgo en este grupo de pacientes, pues por el hecho de que la enfermedad periodontal este asociada al factor tiempo, la edad por si misma parece ser responsable de cierta pérdida de inserción periodontal pero no lo suficiente como para darle importancia clínica

2.3 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude.

Esos resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar: Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;
Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

Los elementos apuntados evidencian la importancia de este momento en la vida académica estudiantil, que debe ser acogido por estudiantes, tutores y el claustro en general, como el momento cumbre que lleve todos a la culminación del proceso educativo pedagógico que han vivido juntos.

2.4 HIPÓTESIS DESCRIPTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Conociendo las etapas de la evolución y desarrollo del paciente geriátrico damos solución a las repercusiones que padece en la cavidad oral. Las hipótesis descriptivas son el valor de las variables que se observan en un contexto. Si el problema se planteó como pregunta, entonces la hipótesis será una afirmación.

2.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Etapas de la evolución y desarrollo del paciente geriátrico.

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Repercusiones en la cavidad oral

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Variable Independiente. Etapas de la evolución y desarrollo del paciente geriátrico.	Los adultos mayores por diferentes factores no tienen calidad de vida en sus últimos años.	limitación de alimentos, atención médica e incluso odontológica	Extractos sociales Abandono familiar	Proceso salud enfermedad
Variable Dependiente. Repercusiones en la cavidad oral	Factores predisponentes	Diabetes Hipertensión Aptas bucales cultura odontológica tipo de Alimentación	Gingivitis Periodontitis	dientes con movilidad acumulo de sarro

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas métodos y p procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Los autores clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos (por ejemplo, (Selltiz, 1965; y Babbie, 1979). Sin embargo, para evitar algunas confusiones, en este libro se adoptará la clasificación de (Dankhe, 1986), quien los divide en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se abordo un objeto de estudio y el campo de acción. La presente trata de una investigación documental, ecloratoria, descriptiva y explicativa y correlacional .

3.1.2 INVESTIGACION DOCUMENTAL: Para la Universidad Santa María (2001) la investigación documental, se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teóricos. (p.41)

Según (Libertador & Universidad Pedagógica, (1998).) La investigación Documental, es estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. (p.6)

3.1.3 INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA: Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus

resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento.

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el 'tono' de investigaciones posteriores más rigurosas" (PROCESO, (1991)

3.1.4 INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, - comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis ((Dankhe, 1986) Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir.

Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga. (Tamayo, 1991) Precisa que: "la investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos" (p.35)

3.1.5 INVESTIGACIÓN EXPLICATIVA: Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación postfacto), como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de

conocimientos. (Investigación y comunicación, en C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe, 1976)

3.1.6 INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL: Tiene como finalidad establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

3.1.7 INVESTIGACIÓN DE CAMPO: En los diseños de campo los datos se obtienen directamente de la realidad, a través de la acción del investigador. Para la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2001) la investigación de campo es: El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios. (p.5)

3.2 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

3.2.1 LA FASE CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN: Es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que representa a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

3.2.2 LA FASE METODOLÓGICA: Es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Descripción de las variables de la investigación: Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. ¿Qué se entiende por cada una de las partes del objeto de estudio? ¿Cómo se va a medirlas?

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: ¿Desde qué perspectiva se aborda la investigación? ¿Qué herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Este es el momento en el que decidimos si resulta más conveniente pasar una encuesta o "hacer un grupo de discusión", si debemos construir una escala o realizar entrevistas en profundidad. Y debemos explicar además cómo vamos analizar los datos que recojamos en nuestro estudio.

3.2.3 FASE EMPÍRICA DE LA INVESTIGACIÓN: La investigación empírica se puede definir como "la investigación basada en la evidencias. La palabra empírica significa información obtenida por la experiencia y revisión de textos, revistas. **El tema central en el método científico es que todo aporte debe ser empírico en su primera etapa**, lo que significa que son de orden teórico.

3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 HISTÓRICO-LÓGICO: Se estudió el desarrollo histórico y lógico de las principales opiniones sobre el tema:

3.3.2 ANALÍTICO-SINTÉTICO: Nos dio la facilidad de analizar las principales opiniones y revisar por partes, los textos que describen la problemática objeto de estudio.

3.3.3 INDUCTIVO-DEDUCTIVO: Todos los textos utilizados se analizaron, a través de la inducción analítica, para desarrollo la investigación, para esto se partió de las potencialidades que ofrecen diferentes autores.

4. CONCLUSIONES

En base a los objetivos propuestos en la presente investigación concluimos: la determinación de las etapas de evolución y desarrollo del paciente geriátrico tiene mucha repercusión en la cavidad bucal ya que el paciente geriátrico desde su infancia hasta su adultez es un proceso de estado de salud enfermedad culminando con algún tipo de padecimiento que este padece al culminar su ciclo de vida.

Por ejemplo en la cavidad bucal, encontramos que los pacientes geriátricos por sufrir algún tipo de motricidad no pueden cepillarse sus dientes, entre otros problemas la familia lo mantiene en abandono, en otros casos los alimentos que ingiere no son de calidad y balanceados y por ende las vitaminas necesarias para esta etapa de vida son mínimas.

5. RECOMENDACIONES

Desarrollar el presente estudio en hogares de ancianos en la ciudad de Guayaquil.

BIBLIOGRAFIA

1. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Rev Nutr Clín Méx 2004; 7(2): 131- 134. [[Links](#)]
2. Aleman MH, Pérez FF. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. Rev Nutr Clín Méx 2003. 6(1): 46-52. [[Links](#)]
3. Hervás A, Garcia de JE. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano, perspectiva desde un centro de salud. Rev Anales Sistema Sanit Navarra. 2005. 28(1): 35-47. [[Links](#)]
4. Pardo de Vélez G, Cedeño Collazos M. El muestreo en pocas 16. Cervera P. Alimentación saludable en el adulto. En: Alimentación y Dietoterapia. 4 ed. España: McGraw -Hill Interamericana; 2003. pp. 119-139. [[Links](#)]
5. Vellas J, Philip J. Envejecimiento. En: Conocimiento actuales sobre nutrición. 8 ed. Washinton: Organización Mundial de la Salud; 2003. pp. 480-487 [[Links](#)]
6. Tocón R. Valoración del anciano en la actualidad actual. GEROKOMOS 1997; VIII (21): 127-131. [[Links](#)]
7. Rivera JA. Mandujano E. Inseguridad alimentaria y estrategias nutricionales en personas de edad avanzada: Experiencias latinoamericanas recientes. Rev. Nutrición Clínica 2003; 6(1):89-92. [[Links](#)]
8. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Rev Nutr Clín 2004; 7(2): 131- 134. [[Links](#)]
9. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Rev Nutr Clín 2004; 7(2): 131- 134 [[Links](#)]

10. Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC. Nutrición en la vejez. En: Nutrición en salud y enfermedad. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 314-333. [[Links](#)]

11. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones nutricionales para el envejecimiento saludable. En: Mantenerse en forma para la vida, necesidades nutricionales de los adultos mayores. Washinton: Organización Panamericana de la Salud, Universidad Tuft, Facultad de Ciencias y Políticas de Nutrición; 2004. pp. 62-85. [[Links](#)]

12. Jimenes L, Lafuente D, Hernández B, Fernández C, Har C. Ancianos, calidad de vida y necesidades básicas. Rev rol Enf 1999; 22(11) .pp. 743-766. [[Links](#)]

13. Rivera JA, Mandujano E. Inseguridad alimentaria y estrategias nutricionales en personas de edad avanzada. Experiencias latinoamericanas recientes. Rev Nutr Clín 2003; 6(1):89-92. [[Links](#)]

14. Gutiérrez CA, Ardila E, Luna T, Beltrán R. Problemática de la población anciana en Colombia. Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr 2001;15 (2): 137-138 [[Links](#)]

15. García, EJ. Participación del estado nutricional en la fragilización del individuo. Rev Nutr Clín 2003; 6(1):58-62 [[Links](#)]

Este trabajo fue recibido el 30 de Septiembre de 2005 y aceptado para ser publicado el 30 de Julio de 2006.

Dirigir la correspondencia a:

ANEXOS



