



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSTGRADO

**ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA
AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL EN
ADULTOS MAYORES CONCURRENTES AL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL
DISTRITO BARRANCO (ESSALUD).**

**TÉSIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAGÍSTER EN ESTOMATOLOGÍA**

DANIEL ALONSO KIM ESPINOZA ESPINOZA

LIMA – PERU

2014

JURADO EXAMINADOR DE LA TESIS

Dr. Juan Bernal Morales	Presidente
Mg. Diana Castillo Andamayo	Secretario
Mg. Pablo Sánchez Borja	Vocal

ASESORES

Mg. Esp. Carmen Rosa García Rupaya

Dr. Esp. Ebingen Villavicencio Caparó

DEDICATORIA

A *Dios*,

Gracias por todo mi Señor.

A mí madre *Ana Luzmila Espinoza Sánchez*,

Agradezco su constante apoyo y estímulo incondicional pasando por encima de todas las dificultades. Mi eterno agradecimiento con mucho amor y reconocimiento.

A mí abuela *Ana María Sánchez Diéguez* y a mí abuelo *Lux Max Espinoza Aguilar*, quienes me han acompañado, apoyado y tratado con mucho amor y cariño.

A mis hermanos *Diego Alonso Kurt Espinoza Espinoza* y *Ana Patricia Espinoza Espinoza*, quienes directamente o indirectamente estuvieron conmigo durante mi trayectoria.

AGRADECIMIENTO

*A la Dra. *Carmen Rosa García Rupaya*, por su orientación e incentivo en la realización de este trabajo de investigación, así como también por su confianza en mí potencial.

* Al Dr. *Ebingen Villavicencio Caparó*, por la oportunidad de poder compartir sus enseñanzas y permitir mí desenvolvimiento profesional y humano como alumno de esta casa.

*A mis *colegas de la Maestría en Estomatología*, por su compañía y amistad.

Resumen

Objetivo: El propósito de este estudio fue conocer la autopercepción, experiencias y significados de la salud bucal en los discursos de los adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor localizado en el distrito de Barranco, Lima, Perú. **Materiales y métodos:** se utilizó el muestreo de la técnica bola de nieve en participantes identificados por los promotores del Centro de Mayores de Barranco. Las entrevistas en profundidad tuvieron lugar en una sala del centro y la duración de las entrevistas dura entre 45 y 130 minutos. **Resultados:** los temas emergentes de la codificación de las entrevistas se dividieron en ocho categorías principales: (1) Significado de la boca y los dientes, (2) Salud oral en ancianos (3) Significado de la pérdida de dientes, (4) Significado de la prótesis dental, (5) percepción del dentista, (6) tratamiento dental, (7) Expectativas en nuestra salud oral, (8) Expectativas del dentista. **Conclusión:** la pérdida de dientes afecta negativamente la confianza, la apariencia y la autoestima de los adultos mayores, creando una sensación desagradable. Es importante que los dentistas encuestados ganen su confianza a través de un buen tratamiento y apertura, para que los adultos mayores puedan seguir sus instrucciones.

Palabras claves: adultos mayores; autopercepción; salud oral; investigación cualitativa

Abstract

Objective: The purpose of this study was to explore the self-perception and experiences of oral health in elderly people that belong to the senior center located in the district of Barranco of Lima, Peru. **Materials and Methods:** Snowball technique sampling was used with participants who were identified by the promoters of the Senior Center of Barranco. The In-depth interviews took place in a room of the center and the duration of the interviews last between 45-130 minutes. **Results:** Emerged themes from the coding of the interviews were divided into eight major categories: (1) Meaning of the mouth and teeth, (2) Oral health in elderly (3) Meaning of tooth loss, (4) Meaning of dental prosthesis, (5) perception of the dentist, (6) dental treatment, (7) Expectations in our oral health, (8) Expectations of the dentist. **Conclusion:** Tooth loss adversely affects confidence, appearance and self-esteem of older adults, creating an unpleasant feeling. It is important for the dentist respondents earn your trust through good treatment and openness, so that older adults can follow their instructions.

Keywords: older people; self-perception; oral health; qualitative research

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
2.1. Planteamiento del problema	4
2.2. Justificación del estudio	5
3. MARCO TEÓRICO	6
4. OBJETIVOS	18
4.1. Objetivo general	18
4.2. Objetivos específicos	18
5. MATERIALES Y MÉTODOS	19
5.1. Diseño del estudio	19
5.2. Población o grupo de estudio	19
5.2.1. Criterios de selección	21
5.3. Técnicas de recolección de datos	21
5.4. Procedimientos en la recolección de datos	22
5.5. Consideraciones éticas	24
5.6. Plan de Análisis	25

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
Capítulo I	30
Capítulo II	45
Capítulo III	59
Capítulo IV	64
7. CONCLUSIONES	68
8. RECOMENDACIONES	72
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	83

1. INTRODUCCIÓN

La salud oral es parte de la salud general y es esencial para la calidad de vida. Todos los individuos deben tener una condición de salud oral que les permita hablar, masticar, reconocer el sabor de la comida, sonreír, vivir libre de dolor y malestar, y relacionarse con los demás sin restricción ¹.

Enfermedades bucales como la caries dental y la enfermedad periodontal tienen una alta prevalencia y sus consecuencias no son sólo físicas, sino que también son económicas, sociales y psicológicas. Estas afectan seriamente la calidad de vida en un gran número de personas y puede afectar varios aspectos de la vida ².

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años de edad, no sólo en países desarrollados donde alcanza el 12 a 15% de la población general, sino también en países en vías de desarrollo. Trabajos de proyección de crecimiento poblacional realizados en el Perú muestran que los adultos mayores representan el 7,4% de la población y que el crecimiento de dicho grupo se incrementará a 12% para el año 2025 ^{3,4}.

Los problemas dentales en los ancianos se asocian con modificaciones en la selección de los alimentos, los cambios en la ingesta de nutrientes ⁵⁻¹⁰,

enfermedades crónicas como la diabetes ¹¹, y los problemas cardiovasculares ^{12,13}. Los problemas de salud bucal pueden considerarse enfermedades crónicas debido a su prevalencia y duración. Además existen factores de riesgo comunes relacionados con los de otras enfermedades crónicas, como la diabetes o problemas cardiovasculares ¹⁴⁻¹⁸.

Instrumentos cuantitativos como el Oral Health Impact Profile (OHIP) y Escalas Visuales Análogas (EVA) o Likert son instrumentos para medir la percepción subjetiva de la salud bucal, satisfacción y su calidad de vida respectivamente ¹⁹.

Sin embargo, generalmente las personas mayores atribuyen valores positivos a su salud bucal, incluso con estados clínicos desfavorables ²⁰⁻²⁵. Las variables relacionadas con el impacto de la salud bucal en la calidad de vida, comúnmente aparecen asociados con la percepción ²¹⁻²⁵, aunque todavía es necesario comprender mejor los elementos básicos que determinan esta percepción de la salud oral. La calidad de vida es un concepto eminentemente humano, que ha sido aproximado a la satisfacción existencial, asumiendo una síntesis de elementos culturales que una sociedad determinada considera como estándar de confort y bienestar ²⁶.

La investigación cualitativa muestra relación dinámica entre el mundo subjetivo y lo objetivo del sujeto, que no puede ser traducido en números. Se

centra en el descubrimiento, identificación, descripción de la profundidad y la generación explicaciones, y buscar el significado y la intencionalidad de los actos ^{27,28}.

Cardoso y Gomes; señalan que los grupos sociales experimentan concepciones diversas acerca de la enfermedad – en una lógica diferente del saber médico; y que para interpretar los fenómenos corporales, las personas se apoyan en nociones, símbolos y sistemas de referencias interiorizados de acuerdo con sus medios sociales y culturales ²⁹.

El objetivo del presente estudio es conocer la autopercepción, experiencias y significados de la salud bucal en los discursos de los adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor localizado en el distrito de Barranco, Lima, Perú.

2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Planteamiento del problema.

El envejecimiento de la población se ha convertido en uno de los mayores desafíos de la salud pública contemporánea, ya que esta población se encuentra en constante aumento a nivel nacional y las enfermedades propias de esta etapa de vida han ganado mayor expresión, tanto a nivel general del cuerpo, como a nivel bucal.

Teniendo en cuenta que los beneficios de la evolución médica, científica y tecnológica que proporcionan el prolongamiento de la vida, éstos no dan garantías de que una vida más larga sea de buena calidad³⁰. Por tal motivo se necesita una comprensión global de la concepción cultural y simbólica que implica la vivencia de la salud general y bucal por parte de los individuos, razón por la cual mediante un abordaje cualitativo nos permitirá conocer de manera holística la percepción que tiene los adultos mayores concurrentes a un centro del adulto mayor.

Por lo tanto nuestra pregunta de investigación es:

¿Cuál es la autopercepción de la salud bucal en los adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor perteneciente a ESSALUD localizado en el distrito de Barranco?

2.2. Justificación del estudio

- Relevancia científica, porque aporta un abordaje metodológico que no se encuentra aplicado en los trabajos de investigación en odontología, en el país. Estudios cualitativos posteriores facilitarían la práctica odontológica, porque es sensible a conocer la realidad del paciente geriátrico desde un enfoque de diversidad cultural y el contexto en el que se desenvuelven sus vidas en relación a la salud general y salud bucal.
- Relevancia técnica, porque tanto los cirujanos dentistas se beneficiarían como los alumnos de odontología, con el conocimiento que brinde el presente trabajo que busca conocer la percepción de la salud bucal en adultos mayores, el cual representa un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad de su estado general y al creciente incremento demográfico de esta población.
- Relevancia social, porque la investigación cualitativa es de naturaleza holística; es decir, aborda el estudio de los seres humanos y su entorno en toda su complejidad, reconociendo que cada individuo es único en cuanto a su personalidad pero interactúa con otros para construir su comportamiento, cultura, entorno social y capacidades mentales, valores, creencias, estilo de vida y la visión que tiene del mundo que le rodea, entre otros aspectos.

3. MARCO TEORICO

El presente marco teórico permite presentar una posición descriptiva y analítica, en el que se basa el investigador para plantear la realidad de un grupo de adultos mayores, apoyándose en las evidencias, los conceptos, las teorías sobre la vejes y la salud bucal.

Características demográficas de la población adulta mayor.

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo, es así que de 204 millones de personas de 60 y más años que había en 1950, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1,900 millones. Así, en el período 1950-2000, mientras la población total del mundo creció cerca de 141%, la población de 60 y más años aumentó aproximadamente en 218%, mientras que los de 80 y más años de edad lo hicieron en cerca de 385% ³¹.

Esta transición demográfica y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XX significan que el número de personas de más de 60 años, que era alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2000

millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% de 1998 al 15% en el 2025. Ese aumento será más notable y más rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años ³¹.

Los resultados de la ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares) correspondiente al trimestre abril-mayo-junio 2012, revela que la población con 60 y más años de edad, denominada persona "adulta mayor" representa el 9,2% del total de población (el 7,8% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,5% de 80 y más años de edad). Al comparar con similar trimestre del año 2011, se observa que la proporción del total de la población adulta mayor aumentó en 0,3 punto porcentual. Por grupos de edad, entre los dos trimestres analizados se presenta un incremento de 0,3 punto porcentual en el grupo de 60 a 79 años; mientras que, la proporción de 80 y más años de edad se mantuvo casi en similar proporción ³².

A nivel de ámbito geográfico, la proporción de población de adultos mayores en Lima Metropolitana fue 10,0%, mayor que en el área rural (9,2%) y en el área urbana (8,7%). Así también, en el grupo de edad de 60 a 79 años de edad se observa que el 8,4% de adultos se ubica en Lima Metropolitana, el 7,8% en el área rural y el 7,4% en el área urbana. Por otra parte, el grupo de 80 y más años de edad, residen en Lima Metropolitana el 1,6%, en el área rural el 1,4%

y en el área urbana el 1,3%. Comparando el trimestre de análisis con el trimestre abril- mayo- junio del año anterior por ámbito geográfico, se observa que la población de 60 a 79 años de edad se incrementó en Lima Metropolitana (0,5 punto porcentual); así como, en el área rural y urbana (0,3 y 0,2 puntos porcentuales respectivamente) ³².

Concepto de percepción

La vigésima segunda edición del diccionario de la lengua española define la percepción como la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos ³³.

El cerebro es el que interpreta el flujo complejo de la información procedente de los sentidos. Usándola como materia prima, el cerebro crea experiencias de las percepciones que van más allá de lo que se percibe mediante los sentidos. La actividad cerebral crea y organiza las experiencias perceptuales a partir de la información sensorial ³⁴.

La distinción entre figura y fondo en el proceso de la percepción se aplica a todos los sentidos, no solo a la visión ³⁵.

La percepción es concebida como la opinión subjetiva individual relacionada en este caso a la salud oral. Para valorarla se utiliza instrumentos de evaluación que engloban dimensiones funcionales y psicosociales, estos

instrumentos relacionan las dimensiones a través de múltiples preguntas que son administradas a través de entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios ³⁶.

Los estudios sobre percepción de la salud bucal muestran que ésta se encuentra relacionada con algunos factores clínicos, como el número de dientes cariados, perdidos o restaurados; y con factores subjetivos, como los síntomas de las enfermedades y la capacidad de la persona para sonreír, hablar o masticar sin problemas, fuera de estar influenciada por factores como la clase social, la edad, los ingresos y género ³⁷.

Una revisión de la literatura realizada por Andrade y col ³⁸, reveló que la percepción de la salud oral se encuentra asociada con el uso de servicios dentales. La percepción subjetiva de la salud oral se asoció en este estudio, con el motivo de la última visita al dentista y no el tiempo transcurrido desde la última visita dental. Los resultados de este estudio revelaron que los chequeos dentales constituye un factor protector de la mala percepción del estado de salud oral. La explicación reside en el hecho de que los chequeos dentales pueden reducir la incidencia de los dientes que faltan y mejorar el estado clínico de los dientes remanentes, así como tranquilizar e informar a los individuos, haciéndolos más seguros en cuanto a su estado de salud oral .

La autopercepción de la salud se considera un parámetro válido para la medición del estado de salud en los ancianos, demostrando ser un buen indicador de la demanda de servicios de salud. En estudios longitudinales se demostró que la supervivencia está mucho más relacionada con la salud subjetiva que con la objetiva y que la atención de la salud es uno de los pocos factores asociados a un envejecimiento satisfactorio. Mediante una buena percepción de la salud y la adopción de un adecuado autocuidado los adultos mayores pueden ejercer un mayor control sobre su salud, su microambiente y se encuentran más capacitados para optar por todo lo que contribuya a su bienestar integral. La percepción de salud tiene una relación con la mortalidad independiente del nivel objetivo de salud ³⁹.

Percepciones sobre salud bucal en los adultos mayores.

En el estudio cualitativo realizado por Niesten y col ⁴⁰, se encontró que adultos mayores frágiles dentados, eran menos capaces y menos preparados para tomar un buen cuidado de sus dientes, a pesar del valor que ellos atribuían a tener dientes naturales. Parece que hay un punto de inflexión donde las personas frágiles abandonan el cuidado oral. Los participantes indicaron que esto ocurrió cuando experimentaron malestares inquietantes o dolor. Los adultos mayores con mayor grado de fragilidad manifestaron en general querer mantener sus dientes naturales y beneficiarse de su mantenimiento. Tanto el cuidado de la salud y el sector de salud pública deben tomar conciencia de los beneficios de calidad de vida que tiene la

preservación de los dientes naturales, incluso para las personas gravemente frágiles.

Silva y col ⁴¹. Encontró que las personas que conservan mejor sus piezas dentarias y acuden con mayor frecuencia a servicios profesionales. Son los que tienen mejor condición económica y mayor nivel educativo así al menor síntoma de dolor y/o por estética acuden al dentista.

Da Silva y Castellanos ⁴². Encontraron que la percepción de la salud oral es un indicador importante de la salud general, ya que personifica el estado de salud objetivo, las respuestas subjetivas, valores y expectativas culturales. La percepción de la salud oral de cada individuo, contrasta aparentemente con la situación clínica; porque la persona puede tener una visión positiva, a pesar de que los datos de sus signos clínicos no son satisfactorios. Se encontró que incluso con un CPO con un valor de 26.7, el 60.4% de las personas del estudio dijeron que no tenía ningún problema con sus dientes. Las enfermedades periodontales eran percibidas por el 18.7% de las personas, incluso con gran cantidad de bolsas periodontales encontradas.

Problemas de salud bucal en adultos mayores.

La alteración bucal más frecuente en adultos mayores es la pérdida de los dientes, causa de caries dental o enfermedad periodontal produciendo incapacidades importantes que no siempre son percibidas como problemas

funcionales relevantes, ello trae consigo dificultad para comer cosas duras lo cual lleva al cambio de la dieta por alimentos más blandos (ricos en carbohidratos). El uso de prótesis por largos periodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente (cada cinco años), puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación debido a la desadaptación de dichas prótesis; si a esto se suma su uso durante las 24 horas del día, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico (estomatitis subprotésica, hiperplasias); finalmente la pérdida de los dientes hace que la función que éstos cumplen de estimular el hueso de los maxilares para que se conserve su altura, se pierde, conllevando a la reducción crónica, acumulable y progresiva de la altura y espesor de los maxilares en las zonas que contenían los dientes (rebordes alveolares), produciendo y/o acentuando el deterioro de la apariencia facial ⁴³.

Un estudio sobre percepción con abordaje cualitativo-cuantitativo realizado por Haikal y col.⁴⁴ Encontró que los adultos mayores perciben los problemas y la necesidad de tratamiento, a pesar de aceptar las limitaciones impuestas por su precario estado clínico, con una subestimación de los síntomas, resignación a una situación que tiene como ser modificada y la falta de tener acceso a la atención dental. La mayoría de los adultos mayores enfrentan limitaciones como consecuencias inevitables del envejecimiento y no como un problema que merece o puede corregirse. Varios adultos mayores informaron que el estado médico precario les impide experimentar momentos

clave de la vida social, tales como déficit de mascar en público, el canto, la alegría expresada por la sonrisa, incluso sin dientes. Lo que realmente les molestaba y fue impactante en la calidad de sus vidas fueron las relaciones de dependencia, inclusive para ir al dentista, la soledad y la cercanía de la muerte por lo que minimizaron cualquier otro problema.

La caries dental es una enfermedad multifactorial, proceso que ocurre cuando un diente susceptible, es cubierto por bacterias cariogénicas estando siempre expuesto a los hidratos de carbono fermentables durante un período de tiempo suficientemente largo. A mediados del siglo XX, la caries dental se había establecido como una enfermedad endémica de proporciones masivas en los países más desarrollados, y fue el principal factor responsable del dolor dental y pérdida de dientes en todas las edades. Sin embargo, durante las últimas cuatro décadas, el patrón de la enfermedad ha cambiado en estos países. En los niños se ha observado una disminución significativa en la prevalencia y la gravedad de la caries ^{45,46}; mientras que en los adultos se ha reportado una disminución en la carencia de dientes y un aumento de caries en los dientes ^{47,48}.

La caries radicular es una enfermedad dental frecuente y debilitante entre los adultos mayores. La caries radicular provoca la pérdida de dientes, ⁴⁹⁻⁵¹ que es el factor negativo más significativo en la salud bucodental de la calidad de vida de las personas mayores ⁵⁰⁻⁵². La prevalencia de caries radiculares en la

población general está aumentando a medida que envejece la población, ya que la caries radicular se incrementa con la edad. La mayor prevalencia de caries radicular se asocia a personas que conservan sus dientes por mucho tiempo, con superficies radiculares fisiológicamente (envejecimiento) o patológica (enfermedad periodontal) expuestas consideradas por esta razones en riesgo ⁵⁰.

La caries radicular es un importante problema de salud bucal en la tercera edad, y la incidencia de caries radicular ha sido encontrada como uno de los principales factores de riesgo para la pérdida de dientes en los adultos mayores ⁵³. Se considera caries radicular a la aparición de caries en las raíces expuestas, y la principal causa de caries en la superficie radicular es la recesión gingival, incluyendo la pérdida de adherencia. Se encontró que el número de dientes con recesión gingival fue el factor de riesgo más importante para la caries de superficie radicular. Además, el estado periodontal (sangrado al sondaje) y una sensación de sequedad en la boca, fueron factores de riesgo asociados a caries en la superficie de la raíz ⁵⁴.

Se sabe que alrededor de un tercio de la población adulta mayor sufre de caries radicular. La prevención basada en los factores de riesgo ha sido defendida por los investigadores de la profesión, pero no existe una norma práctica aceptada para identificar a los individuos con alto riesgo de caries radicular. Si estos pueden ser identificados antes de experimentar la

enfermedad, o antes de experimentar la enfermedad avanzada, podrían ser objeto de las medidas de prevención intensivas, y la enfermedad podría prevenirse ⁴⁹.

La enfermedad periodontal es una de las principales enfermedades orales más frecuentes en todo el mundo. La enfermedad periodontal afecta a individuos de todas las edades, pero es más común en las poblaciones de adultos ^{55,56}. La higiene oral, la dieta, el tabaquismo, la diabetes mellitus, y varios factores socioeconómicos se consideran entre los factores de riesgo para desarrollar enfermedad periodontal ⁵⁷⁻⁶¹; es además prevalente en el género masculino. La periodontitis es a menudo precedida por la gingivitis, que en las primeras etapas del proceso de la enfermedad causa la inflamación y el sangrado durante el cepillado de dientes. Si no se trata adecuadamente, a menudo precede a la periodontitis con destrucción de los tejidos conectivos con el resultado de la pérdida de dientes.

Wennstrom JL ⁶², refirió que la mayoría de evidencia indica que los adultos mayores responden generalmente a la terapia periodontal de manera similar a la forma en que los adultos más jóvenes lo hacen.

Ship y Puckett ⁶³. Encontraron que la enfermedad periodontal puede afectar a adultos mayores a través de interacciones potenciales con las enfermedades como el Alzheimer, artritis y osteoporosis. En un estudio longitudinal se

encontró que en los sujetos con enfermedad de Alzheimer se disminuyó el flujo de saliva presentando una mala salud bucal.

Chrysanthakopoulos ⁶⁴, realizó un estudio descriptivo compuesto por 640 individuos, 300 hombres y 340 mujeres con edades entre 20 y 69 años y encontró que en el grupo V compuesto por 120 personas, de 60 a 69 años con periodontitis moderada, y por lo menos el 27,6% de los sujetos del mismo grupo de edad mostró periodontitis avanzada. La pérdida de inserción epitelial se asoció a la recesión gingival principalmente las zonas con profundidad de sondaje ($p = 0,018$). Sin embargo, se mostró que la edad, el género y la placa dental fueron los factores más importantes asociados a la recesión gingival, mientras que, la edad, el género y el cálculo fueron los factores que se asociaron con la pérdida de inserción epitelial.

El edentulismo se define como la pérdida de todos los dientes permanentes, y es el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica procesos biológicos como: caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, el trauma, el cáncer oral, así como los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales: acceso a la atención dental, las preferencias del paciente, el costo de los tratamientos y las opciones de tratamiento ⁶⁵. Esto afecta la salud oral, la salud en general y la calidad de vida de las personas afectadas ya que varía la dieta alimenticia. Puede variar el gusto de los alimentos trayendo como consecuencia la malnutrición y/o desnutrición. Aún

las personas que usan prótesis ya sean parciales o totales no tienen la misma efectividad masticatoria que teniendo todas las piezas dentarias. Los principales contribuyentes al edentulismo son la enfermedad periodontal crónica y la caries dental ⁶⁶. Aunque algunos estudios indican que la caries dental es la razón más importante para realizar la extracción dental en comparación con la enfermedad periodontal ⁶⁷.

La distribución y la prevalencia de edentulismo en los países desarrollados y en vías de desarrollo pueden estar asociados con una compleja interrelación entre la cultura, el acceso individual a la atención, y factores socioeconómicos ⁶⁵.

4. OBJETIVOS.

4.1. Objetivo General:

Analizar la autopercepción y experiencias de salud bucal en los discursos de adultos mayores residentes en el distrito de Barranco que asisten al Centro del Adulto Mayor del mismo distrito.

4.2. Objetivo Específicos:

1. Explorar y analizar, el significado y las experiencias del envejecimiento en los adultos mayores.
2. Explorar y analizar, el significado, las experiencias y la información de salud bucal que tienen los adultos mayores.
3. Explorar y analizar, la percepción y las experiencias de los adultos mayores con el odontólogo, y los tratamientos odontológicos.
4. Conocer las expectativas de los adultos mayores entrevistados en la mejora de su salud bucal.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Diseño del estudio

Este tipo de estudio se realizó bajo el paradigma cualitativo con un enfoque metodológico fenomenológico y realizando un análisis de contenido.

La fenomenología es definida como el estudio exhaustivo y sistemático de la experiencia humana, que se centra en la(s) experiencia(s) individual(es) subjetiva(s) del participante o los participantes ⁶⁸. Pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida del colectivo ⁶⁹.

El análisis de contenido es un método de investigación para hacer inferencias reproducibles y válidas de los datos a su contexto, con el fin de proporcionar conocimientos, nuevas ideas, una representación de los hechos y una guía práctica para la acción ⁷⁰.

5.2. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por los adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor ubicado en el distrito de Barranco perteneciente a la parte sur de la ciudad de Lima.

El tipo de muestreo se realizó por bola de nieve y el tamaño de la muestra se obtuvo por saturación teórica ⁷¹. Por medio de este tipo de muestreo no probabilístico, se busca describir en forma profunda a un grupo particular con características similares. Es importante señalar que el procedimiento de muestreo por bola de nieve no es estadístico y no pretende brindar información representativa de una población en general; por el contrario, busca una comprensión profunda de un fenómeno. En ese sentido, el tamaño de la muestra se encuentra vinculado a la riqueza de la información que brindan los participantes.^{71,72}

En los estudios cualitativos, los investigadores recogen información hasta que no aparezcan datos nuevos y confirman los datos ya obtenidos. Desde este momento, se puede decir que se ha llegado al punto de saturación.⁷³

Se entrevistó a 12 adultos mayores, 8 Mujeres y 4 hombres; la unidad de análisis estuvo conformada por adultos mayores (hombres y mujeres) que se encontraba viviendo más de 5 años en el distrito de Barranco y que acudían al Centro del Adulto Mayor de ese distrito.

Se tomaron datos de la edad, sexo, grado de instrucción, profesión desempeñada y años viviendo en Barranco; posteriormente se identificó a cada participante (ANEXO 1).

5.2.1. Criterios de selección

- Edad : 60 a más años de edad
- Procedencia : Distrito de Barranco, Lima.
- Grado de dependencia (Independiente y leve): Índice de Katz ^{74, 75} (Ver que se encuentre físicamente apto para que pueda firmar el consentimiento informado). (ANEXO 2)
- No presenta deterioro cognitivo: Índice de Pfeiffer (Valoración de estado cognitivo) ⁷⁶. (ANEXO 3).
- Estar residiendo como mínimo 5 años en el distrito de Barranco.
- Acepta ser parte del estudio mediante el consentimiento informado.

5.3. Técnicas de recolección de datos

En esta investigación se empleó la entrevista a profundidad que es una técnica cualitativa (ANEXO 2), indicada para investigar las experiencias y creencias, que tienen los individuos sobre de los fenómenos que les suceden.⁷⁷

Entrevistas a profundidad

Se realizó entrevistas a profundidad en la presente investigación con la finalidad obtener opiniones, conocimientos, conceptos, hábitos y creencias de los adultos mayores en relación a su salud bucal.

La entrevista es definida como un intercambio verbal intencional medianamente guiado por un entrevistador (ésta última característica

dependerá de la estructura de la entrevista que se utilizará). El propósito principal de esta técnica es acceder al enfoque o visión de una persona sobre un tema particular.^{71, 77} El tipo de estructura a elegir será la guía de entrevista ⁷¹ (ANEXO 5). Ésta consiste en un listado de temas o áreas importantes a ser abordadas; no detalla las preguntas exactas que el entrevistador debe mencionar. Su función es recordar al entrevistador la importancia de ciertos temas; además, permite flexibilidad para plantear preguntas con el fin de profundizar en la comprensión de una temática.

El tipo de preguntas fue en formato abierto; Este tipo de formato permite obtener la expresión espontánea de los entrevistados ⁷¹.

Para la presente investigación, se elaboró una primera versión de la entrevista que fue perfeccionada en la prueba piloto en los adultos mayores del distrito de Barranco.

5.4. Procedimientos en la recolección de datos

Previamente se contó con la aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, luego los adultos mayores fueron invitados a participar en la presente investigación a través de un consentimiento informado (ANEXO 4).

El investigador principal fue capacitado por una antropóloga con más 20 años de experiencia en investigación cualitativa en los siguientes cuatro puntos:

Primero: En el desarrollo de la guía semi-estructurada de preguntas.

Segundo: Como desarrollar una entrevista a profundidad.

Tercero: Codificación de los datos crudos mediante uso de programa

Atlas TI versión 6.2.

Cuarto: En el análisis de datos cualitativos para su interpretación.

Asimismo, el investigador fue capacitado en la Clínica Geriátrica del Ejército por una tecnóloga médico y una psicóloga en los índices de Katz y de Pfeifer correspondientemente, para aplicarlos en los criterios de inclusión del estudio, obteniendo para Katz (un kappa de 0.815 inter examinador y un Kappa de 1 intra observador) y para Pfeifer (un kappa de 0.826 inter examinador y un Kappa de 1 intra observador). Los índices de Katz y Pfeifer⁷⁴⁻⁷⁶ sirvieron para valorar si los adultos mayores, se encontraban aptos tanto física como cognitivamente para poder leer, comprender y firmar el consentimiento informado. De esta manera fueron seleccionados los adultos mayores que se encontraban aptos según los criterios de selección.

El investigador asistió al Centro del Adulto Mayor (ESSALUD) del distrito de Barranco donde realizó dos entrevistas por día, en una habitación ventilada del local entre las 9 am y las 2pm hasta llegar a la saturación de datos. Se

finalizó el reclutamiento después de la doceava entrevista pero se llegó a la saturación en la décima entrevista; el onceavo entrevistado no aportó nueva información. Sin embargo siete adultos mayores que no fueron parte de los 12 entrevistados decidieron abandonar el estudio porque las entrevistas les parecían agotadoras.

Las entrevistas a profundidad fueron aplicadas a cada persona según los 4 grupos conformados de la siguiente manera hasta llegar a la saturación teórica:

Grupo A: 4 Varones de 60 a 75 años.

Grupo B: 4 Varones de 75 a más años de edad.

Grupo C: 4 Mujeres de 60 a 75 años

Grupo D: 4 Mujeres de 75 a más años de edad.

Se realizó el estudio en el distrito de Barranco, usando las instalaciones del Centro del Adulto Mayor (CAM) perteneciente al mismo distrito, en donde se captaron a los Adultos Mayores mediante las promotoras de salud que presentaron a los adultos mayores con el investigador para realizar de esa manera el muestreo por bola de nieve.

5.5. Consideraciones éticas

El proyecto de la presente investigación fue aprobado por Comité Institucional de Ética de la UPCH (CIE - UPCH), junto con el formato de

consentimiento informado voluntario registrado bajo el código 60882 (2012/12/17). El estudio piloto y la investigación se realizaron posteriormente a la aprobación del Comité de Ética.

Esta investigación se ajustó en todos sus aspectos a las normas de ética, para la investigación en seres humanos del CIE-UPCH y los estándares éticos nacionales e internacionales para investigación en humanos.

Se les explicó a los participantes del estudio sobre los objetivos de la investigación, en qué consiste su colaboración y lo valioso que es para nosotros conocer sus concepciones y vivencias sobre su salud bucal (ANEXO 6).

En todo momento se expresó a los participantes que firmaron el consentimiento informado, que tenían plena libertad de participar o no, en la investigación, sin que, esto influyera en sus futuras atenciones.

Se respetó los principios de anonimato, confidencialidad y posteriormente se eliminaron las grabaciones electrónicas.

5.6. Plan de análisis

El plan de análisis se realizó en tres fases:

PRIMERA FASE

Se estructuró y validó la guía con preguntas semi-estructuradas (ANEXO 5) que sirvieron de instrumento para para obtener los relatos y opiniones de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Barranco.

SEGUNDA FASE

Los datos de las grabaciones digitales de las 12 entrevistas a profundidad, se transcribieron en el programa Microsoft Word 2010 en Times New Roman con tamaño de fuente 12.

Se obtuvo al final 276 páginas con los datos crudos de los participantes del estudio, correspondiendo 82 páginas a los hombres y 194 a las mujeres.

Los datos crudos de los hombres y las mujeres fueron codificados con la ayuda del software Atlas/Ti versión 6.2 dando como resultado 49 códigos para las mujeres y 49 códigos para los hombres.

TERCERA FASE

Se analizó la información a partir del Corpus de datos.

Para asegurarse que las interpretaciones se conectaran con los datos y no sean influenciados por las opiniones preexistentes del investigador principal; los tres investigadores reflexionaron en reuniones, sobre la recopilación de los datos y los hallazgos encontrados en los discursos.

FASE I	FASE II	FASE III
Recolección de los datos a partir de los relatos mediante la grabación digital.	Transcripción de datos. Codificación de las entrevistas a profundidad.	Análisis de datos a partir de los códigos identificados para su selección y explicación.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de los hallazgos de la investigación se desarrolló en cuatro capítulos que corresponde a cada dimensión planteada para dar respuesta a los objetivos de la investigación mediante el método de análisis de contenido.

CAPITULO I

1. SER ADULTO MAYOR, SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS

- 1.1. Conocimientos y significados de la vejez
- 1.2. El trabajo
- 1.3. La salud
- 1.4. Experiencias en la vejez
- 1.5. Hábitos de alimentación
- 1.6. El Centro del Adulto Mayor de Barranco

CAPITULO II

2. LA SALUD BUCAL EN LOS ADULTOS MAYORES.

- 2.1. Significado de la boca y los dientes.
- 2.2. La salud bucal en la vejez.
- 2.3. Hábitos de higiene bucal de los adultos mayores.
- 2.4. La pérdida de los dientes y sus efectos.
- 2.5. Las Prótesis dentales

CAPITULO III

3. VISITA AL ODONTÓLOGO Y TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

- 3.1. Percepción del odontólogo.
- 3.2. La visita al odontólogo.
- 3.3. Los tratamientos odontológicos.

CAPITULO IV

4. EXPECTATIVAS DE LOS ADULTOS MAYORES.

- 4.1. Expectativas de la vida.
- 4.2. Expectativas en salud bucal.
- 4.3. Expectativas del odontólogo.

CAPITULO I

1. SER ADULTO MAYOR, SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS

1.1. Conocimientos y significados de a vejez

Según Beauvoir citado por Villegas ⁷⁸, la vejez para cada individuo significa una temida degradación; de ahí que señala que la actitud inmediata es la negación de esta etapa de vida. Sin embargo, en los entrevistados con menos de 75 años, la interpretación que ellos le dan a esta etapa de la vida, están relacionadas con la experiencia acumulada. Estos conocimientos adquiridos durante la vida parecen ser importantes para ellos, así como el hecho de compartirlos. Y además afirmaron, que hubiera sido de utilidad tener esa experiencia durante la juventud. Por ejemplo las siguientes citas ilustran esta afirmación.

Que es muy emocionante llegar a una edad y quisiera uno retroceder para volver a tener los conocimientos que uno ha adquirido a lo largo de los años. (Entrevista Mujer 5 – 63)

Compartir lo que uno sabe, la experiencia que uno tiene, que ha tenido. (Entrevista Varón - 72).

En un estudio realizado en personas de 50 años a más, se observó que, al pasar los 75 años, los niveles de autoestima negativa son mucho más altos

en comparación con edades menores. Este resultado se asocia con la situación económica, los conflictos familiares y personales, la muerte de personas cercanas, la soledad, la enfermedad y la jubilación ⁷⁹. En los discursos de los entrevistados mayores de 75 años se encontró que la vejez, es interpretada como un proceso triste en sus vidas por depender de terceros o ser ignorados por la mayoría de personas.

Tanto como las señoras de edad y los señores. La vejez es bien triste. Yo me he dado cuenta que la vejez es bien triste. Muy triste cuando no hay un apoyo. Porque uno cambia, como niño. (Entrevista Mujer 2 – 85)

A partir ya de los... 70 años ya este... ya comencé a pensar que ya... ya había cambiado mi vida ya. (Entrevista Varón 4 – 88)

Durante el proceso de envejecimiento se produce una serie de cambios que afectan, tanto el aspecto biológico, como en el procesamiento de la información y la capacidad de enfrentarse a las demandas cognitivas⁸⁰. Esto se refleja en la primera y segunda cita donde los entrevistados manifiestan que sienten un cambio en su cuerpo producto de la edad avanzada. Otro hallazgo encontrado en los discursos de los entrevistados, es que se produce una importante transformación en el papel social del adulto mayor, como el

abandono de los deberes ciudadanos, que se manifiestan en la no obligación de votar, como se puede constatar en la última cita.

Ese cambio es porque nosotros nos volvemos más lentos. No menos inteligentes. Pero sí más lentos en las cosas. (Entrevista Mujer 4 – 66)

Si, a partir de los sesenta años. Sesenta, no? Me parece que ya a los sesenta, ya como le dije, las fuerzas ya no son las mismas. (Entrevista Mujer 5 – 63)

Estamos libre ya de... la votación. Ya no es obligatorio ya. De los 70 años ya no. Y si quiere uno vota y si no quiere no. (Entrevista Hombre 4 - 88)

1.2. El trabajo

Algunos adultos mayores relatan haber estado a gusto en las labores que realizaban. Según Zenger ⁸¹ y Gallo ⁸², el estar desempleado y dejar el trabajo para jubilarse, influye negativamente en el individuo porque lo deprime. Esto concuerda con lo hallado en algunos discursos de los entrevistados; ya que expresan con pena, haber cesado de trabajar.

Yo soy albañil. Construcción. Bueno, yo ya dejé de trabajar hace tiempo ya. Hace años. A mi mucha, mucha pena me dio cuando uno deja de trabajar pues. (Entrevista Hombre 4 - 88).

Entregue la licencia, porque mi esposo falleció, mis hijos se casaron y se fueron y... ya el personal también ya... como que... como que me vieron a mí, tal vez con mi duelo, bastante deprimida. No con esos ánimos, con ese espíritu de trabajo, de... Porque yo he sido demasiado, súper dinámica se puede decir, no? Para hacer diferentes... Tenía mi restaurant súper lleno. (Entrevista Mujer 5 - 63).

Según Warr⁸³. La actividad y el sentirse bien, es a menudo acompañada por el logro de las metas personales, la fijación de objetivos y el alcance de estos. Estos aspectos son esenciales para una buena salud mental, autovalidación y el sentido de competencia. De hecho, Holahan⁸⁴, observó que las metas tenían un efecto indirecto en el bienestar psicológico de los adultos mayores a través de la expresión de su comportamiento en cada actividad realizada.

En los discursos de los entrevistados se observa, la influencia positiva de recordar la realización de sus objetivos o metas laborales describiendo estos hechos con satisfacción.

He tenido la suerte de que... por ser responsable y dedicada a mi trabajo, siempre he logrado en mi sitio del banco en cuanto, aumentos, en cuanto a premios... y... creo que tengo la facilidad de llegar a la persona. (Entrevista Mujer 4 - 66).

Como autoridad, he podido cumplir estos... diferentes proyectos, ¿no? Construcción de piscinas, creación de... digamos, en ese tiempo que era pues escaso digamos un millón, nosotros este... propiamente lo llevábamos nosotros, este... una posta, un puesto en salud. Satisfecho. Satisfecho de haber cumplido, de no haber defraudado a la comunidad, ¿no? Por haberme apoyado, ¿no? (Entrevista Hombre 3 - 81).

En este sentido los adultos mayores reportan haber desempeñado diversos trabajos o labores.

Yo cuando tuve, tenía, como le digo en ese tiempo tenía yo tenía 21, 22, entré a trabajar en una compañía de papel. En esa compañía, me encontré con varias personas de edad. Porque en una compañía sabe que las medidas son de edad, son de experiencia. Yo era un mocoso. (Entrevista Hombre 1 – 67).

Tuve oportunidad de entrar a educación en la especialidad de ciencias: biología, química, eso. Trabaje hasta los 57 años. (Entrevista Hombre 2 - 72).

Siempre en costura. Casada, ya comencé a coser hasta ropa militar, la ropa de los niños del colegio. (Entrevista Mujer 2 - 85).

1.3. La salud

La situación de salud que manifiestan y experimentan los adultos mayores varones y mujeres es variada: mientras que algunos reportan sentirse bien, los adultos mayores de más de 80 años reportan que su situación de salud se encuentra decaída. Como se puede apreciar en las siguientes citas:

Bueno, no tengo ningún problema, ¿no? De salud, estoy bien.

(Entrevista Hombre 2 – 72).

Bueno, ahora me encuentro por el momento bien de salud. (Entrevista Hombre 1 – 67)

Bueno, ya por los años yo padezco de... la depresión, tomo pastillas.

Todos los días. (Entrevista Hombre 4 – 88)

Yo pienso de mi salud de que... bueno mi salud está actualmente quebrantada. (Entrevista Hombre 3 - 81)

La edad, muchas molestias de a ratos me ha pasado un poco, pero no me sana. (Entrevista Mujer 6 - 86)

Me siento rara. Porque he estado medio opaca todo estos días.
(Entrevista Mujer 2 - 85)

Todos los entrevistados recuerdan con gusto haber realizado actividades físicas. Sin embargo, una gran parte de varones manifiestan que en su juventud realizaron actividades deportivas colectivas. En el caso de las mujeres, reportan haber realizado juegos pero no actividades físicas colectivas. Esto podría indicar que varones y mujeres en la juventud han

realizado diferentes actividades físicas que podrían haber sido influenciadas por diferentes factores como el estatus y la movilidad social, tal como lo encontrado Sabo ⁸⁵ y Pate ⁸⁶.

Yo jugué hasta los 17 años y, y... juveniles pues. Jugué por los juveniles. Por un club de acá de Barranco. (Entrevista Hombre 4 – 88)

Claro, claro ya de joven. Siempre he sido este... deportista y he podido apoyar todas las que solicitaban las autoridades. Construcciones, campos deportivos, no? Construcciones, digamos este... plaza de toros. (Entrevista Hombre 3 - 81)

Bueno, practicaba bastante deporte ya que mi padre, desde pequeños nos llevaba al campo deportivo. Como me gustaba bastante el deporte, el futbol y uno tiene la oportunidad de encontrar una serie de amigos, de hacerse amigos, amistades. Y que hasta ahora, muchas veces nos vemos. (Entrevista Hombre 2 - 72)

Hacia malabares. Y...bueno, varias cosas, montaba bicicleta. Y bueno, hacía malabares en la bicicleta también. He hecho tantas cosas...Más me ha gustado el deporte. Me gustaba correr bastante y también un poco de karate. Y bueno, un poquito de cada uno hice. (Entrevista Hombre 1- 67)

Porque yo me subía a unas eh... en la chacra. En la chacra, pues, hay muritos de tapia. Eh. Muritos de tapia, eso que juegan las... Es decir, nosotros los subíamos, los trepábamos y le daba cólera a mi abuelita.
(Entrevista Mujer 7- 85)

Y después jugábamos también a las chapadas, con las chicas no falta... Ah las escondidas atrás de los árboles, jugábamos a ir cerca al parque... cositas este... sanas con las chiquillas de por el mismo barrio Tendría 13 años, 14 años. (Entrevista Mujer 2 - 85)

En la mayoría de los discursos de los adultos mayores, ellos interpretan que el tener una buena salud general está relacionado con la ausencia de enfermedades, la incapacidad física y la dependencia de otros. Este hallazgo concuerda, en parte, con uno de los temas planteados en la revisión sistemática cualitativa de Holm⁸⁷, la salud de las personas mayores a menudo se asocia con los riesgos de deterioro funcional, como el funcionamiento físico y el bienestar psicosocial, los cuales se encuentran relacionados.

Por ejemplo se observaron los siguientes comentarios:

Bueno, un problema sería que...tuviera algo que... no... pudiera resolver o algún impedimento en algo. (Entrevista Hombre 2 – 72)

*Más que nada este...en la sanidad en que uno está asegurado, no?
Cumplir sus deberes y obligaciones también, no, de paciente que es.*
(Entrevista Hombre 3 - 81)

*Ah, por supuesto. El no poder caminar, ni valerse por sí sola. Porque
puedo desplazarme por mi sola. Este, no necesito compañía.* (Entrevista
Mujer 5 - 63).

*Ay! Sobre todo no sufrir de dolores, porque tengo un poco de artrosis
también.* (Entrevista Mujer 8 – 78).

*Porque yo creo que la enfermedad empieza por la mente. O no sé si
estoy equivocada, pero.* (Entrevista Mujer 4 – 66).

Según mencionan Geitona y col⁸⁸, la satisfacción de los pacientes con los aspectos de la utilización de los medicamentos no sólo depende de los resultados clínicos obtenidos, tales como la resolución de los síntomas, el control de la progresión de la enfermedad y la prevención, sino también parece estar influenciada, por factores demográficos y sociales. Esto concuerda en parte con lo hallado en los discursos, debido a que para los entrevistados el consumir fármacos recetados por los médicos es la forma como interpretan el cuidado de su salud a esa edad, produciéndoles una sensación de mejoría. El hecho de no cumplir con las indicaciones de los médicos es interpretado como descuido.

Yo por ejemplo ahorita, a mí el doctor me ha dado para... ¿cómo se

dice? Sin parar hasta lo último, tomar vitamina E. Y lo he tomado, y ahora dije de tomar mucho tiempo pero estoy notando, ya comencé a tomar y me siento más aliviada y hasta no siento dolor de cabeza. (Entrevista Mujer 7 – 85).

Por lo que uno tiene que cuidarse y tomar sus remedios. Terminar los remedios que los médicos nos dan. (Entrevista Hombre 4 – 88).

Ahorita, yo este... me cuido, con diferentes... bueno, indicaciones del médico, llevar indicaciones de las medicinas y bueno, cumplir pues que de lo contrario ya el organismo ya... se empeora, entonces... hay que cumplir. (Entrevista Hombre 3 – 81).

Obedecer lo que me dice el doctor, a veces son verdades que nos dice y no hacer desarreglo ante todo. (Entrevista Mujer 2 – 85).

Para algunos adultos mayores una forma de cuidar su salud general, es evitar tener pensamientos negativos. Asimismo, pensar conservar una buena salud es importante para sus familiares cercanos y sobre todo no ser una carga como lo muestra el segundo testimonio.

Si, así. Trato de no estar con ninguna pena, ningún mal pensamiento. (Entrevista Mujer 5 – 63).

Yo me cuido solo pues, trato de por mis hijos, por mis nietos trato de seguir adelante. Trato de cuidarme yo mismo. (Entrevista Hombre 1 – 67).

1.4. Experiencias en la vejez

Los gerontólogos esperan que mediante el buen trato respetuoso hacia los adultos mayores, y la atención con propiedad y humanidad, el estado de estos, y puedan ser totalmente integrados con la familia y la sociedad⁸⁹. Por lo tanto, el respeto al adulto mayor se mantiene como un elemento de vital importancia en el mantenimiento de la condición y dignidad de las personas de edad avanzada, y en la prestación de atención y servicios especializados para ellos. Esto concuerda con los hallazgos de algunas entrevistas, donde algunos adultos mayores reportan que es importante para ellos ser tratados con respeto y consideración, por personas de menor edad que ellos. Estas actitudes por parte de los médicos tratantes los hacen sentirse bien.

Pero después, este, si encuentro gente amable, que me da el sitio. Por ejemplo, a veces subo a una combi, cuando subo y bueno, y este, no sé, me tratan por ahí ya como una abuelita. (Entrevista Mujer 8 – 78).

Aparte, yo me pongo de nervios cuando subo al carro, porque sé que no me ayuda la pierna. Entonces, a mí me dicen: asiento para la señora. Y los jóvenes, no tengo problema, ahí mismo se paran y me ceden el asiento. (Entrevista Mujer 4 – 66).

Las experiencias de abandono, identificadas en algunos de los adultos mayores por parte de los familiares, que demuestran la frialdad y el desligue

hacia ellos son sustituidas por los servicios que provee el Centro del Adulto Mayor, el cual se constituye en el lugar al que acuden para no sentirse solos.

Ya me quedo, porque ellos se van a la calle a veces, me dice “tú no puedes ir, a ti no te podemos llevar. Quédate en la casa.” Yo les digo “Por favor no me dejen”. Entonces me vengo pa acá pue. (Entrevista Mujer 6 – 86).

1.5. Hábitos de alimentación

El Centro del Adulto Mayor de Barranco cuenta con un comedor popular donde por lo general se les vende a los adultos mayores un menú económica cómodo que varía entre seis soles y ocho soles, que consiste en una sopa, un plato de segundo y un vaso de jugo; el plato de segundo varía según los días y por lo general son ají de gallina, lomo saltado, arroz con milanesa de pollo, bistec a lo pobre, etc.

Por largo tiempo se estableció que las carnes rojas eran una fuente importante en la dieta de proteínas y nutrientes esenciales como el hierro, zinc y vitamina B12; sin embargo, informes recientes sustentan que su consumo puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular y el cáncer de colon lo que ha dado lugar a una percepción negativa de la papel de carnes rojas en la salud.^{90,91}

La mayoría de los entrevistados reportaron que no tenían preferencia por ninguna comida en especial refiriendo tanto hombres y mujeres que comen de todo; sin embargo, se ha encontrado en los discursos de los varones que han dejado o disminuido el consumo de carnes rojas para el cuidado de su salud. Este hallazgo llama la atención porque ninguna mujer reportó que sea prudente o cuidadosa con el consumo de carnes en su dieta diaria.

Ah eso sí, yo como de todo. No tengo preferencias. De todo. De todo como yo, no tengo preferido. (Entrevista Mujer 6 – 86)

Bueno, que yo sepa nada porque... estamos comiendo las cosas del día. Y... entonces no hay este... no tengo... preferencias de nada. Porque no todos los días comemos lo mismo sino variable. (Entrevista Mujer 7 – 85)

Bueno, me han recomendado menos carnes, carnes rojas sobre todo. Después, casi todo lo demás. (Entrevista Hombre 2 – 72)

Ah! También estoy prohibido de la carne roja. (Entrevista Hombre 4 – 88)

1.6. El Centro del Adulto Mayor de Barranco

Los adultos mayores entrevistados perciben el Centro del Adulto Mayor como un espacio importante de encuentro generacional orientado a la

mejora del proceso activo del envejecimiento. Lo que concuerda con la definición de Krout⁹², un destacado investigador en centros de ancianos. Krout los define como "Lugares designados que juegan un papel importante en la red de servicios de envejecimiento para hacer una amplia gama de actividades y servicios disponibles para los adultos mayores de forma frecuente y regular, como parte o resultado de un proceso de planificación comunitaria".

Por ejemplo se observan las siguientes citas:

Ahora hay este club, que todas las personas son de edad, pero de espíritu juvenil. (Entrevista Mujer 3 - 80).

Un centro que nos permite venir, disfrutar de ciertas comodidades, encontrar amistades, relacionarse. ¿No? (Entrevista Hombre 2 - 72).

Es un sitio importante para nosotros poder congregarnos acá como amistad, ver nuestras... amistades, conversar sobre... sobre nuestra salud, sobre nuestra manera de pensar y también es importante la compañía, con las amistades que nosotros podemos tener acá. (Entrevista Mujer 5 - 63).

Las narraciones de las experiencias vividas en el Centro del Adulto Mayor de Barranco centradas en las amistades formadas, así como los sentimientos

asociados a esas experiencias son percibidas por los adultos mayores como positivas.

Veamos algunas citas de los entrevistados:

Contenta, feliz. Que a las personas que vengan acá, yo paro así también invitando, porque me siento feliz. Este es mi segundo hogar, como siempre digo. Porque acá he aprendido muchas cosas y me he divertido bastante, he gozado mi... la estoy gozando mi vejez. Si?.

(Entrevistado Mujer 2 – 85).

Ah... muy bien pué, yo estoy acá desde que se fundó...Muy bien, yo lo conocí cuando estaba así todavía. Después ya se llenó de bastante gente que todos nos hicimos amigos. (Entrevistado Mujer 4 – 88).

Pero, yo este, me ha gustado venir al club. Porque me he encontrado con amigas de mi colegio. Me he encontrado así y he tenido oportunidad de que me han invitado a otros sitios, todo. (Entrevistado Mujer 5 – 63).

CAPITULO II

2. LA SALUD BUCAL EN LOS ADULTOS MAYORES.

2.1. Significado de la boca y los dientes.

Al preguntarles a los entrevistados sobre el significado que tiene la boca para ellos, la mayoría de ellos lo relaciona con la función. La función oral es un dominio que siempre se considera en todos los instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud oral ^{93, 94} y no es de extrañar que todos los entrevistados en este estudio, relacionen el significado de la boca con su función. La función que más es mencionada por los adultos mayores es la de comer, seguida por la de hablar.

La boca, bueno que mediante la boca, primero, tenemos que mantener los órganos que se encuentran ahí en buen estado, nos permite pues pronunciar las palabras, hablar. No? Y es un inicio de... de que nuestra alimentación va a... ahí comienza nuestra... proceso de alimentación, no? (Entrevista Hombre 1 – 67)

La boca, mis... se necesita para poderme expresar. Ah, a, a... hablar bien, hablar bien, no ofender a nadie. (Entrevista Hombre 4 – 88)

¡Ah! Para mí significa algo muy especial y muy... ¿cómo se puede decir? Que es lo más importante en nuestro cuerpo, porque de ella

dependemos nosotros. Lo que tenemos que ser el mañana por los alimentos que uno pueda comer hasta para conversar. (Entrevista Mujer 7 – 85)

La boca dios nos ha dado para hablar, para... para hablar, para alimentarnos. Nos ha dado la boca dios. (Entrevista Mujer 6 – 86)

La mayoría de adultos mayores manifestaron que los dientes tienen un valor importante en su vida. Para los entrevistados el conservar los dientes en buen estado está relacionado con una buena salud, con la apariencia y el mejoramiento de su autoestima. Esto concuerda con lo referido por Niesten y col⁴⁰, quienes refieren que el tener dientes naturales contribuye generalmente de una manera positiva en la calidad de vida de las personas mayores.

Los dientes que es lo que más...como se dice lo esencial en la salud de uno, porque hay que masticar los alimentos. (Entrevista Mujer 7 – 85)

En primer lugar, que es lo que nos ayuda a alimentarnos. Después, que es la apariencia. Una sonrisa con dientes bonitos es muy agradable. (Entrevista Mujer 3 - 80)

Uy, es importantísimo. Porque por los dientes, se da uno cuenta de la edad. Se comienzan a poner amarillos. (Entrevista Mujer 8 – 78)

A los dientes sirven para... martizar bien lo que uno come. También hay que cuidar los dientes también. (Entrevista Varón 4 – 88)

Una barrera encontrada en los discursos de los entrevistados es que para ellos, la pérdida de dientes con el paso de los años, les parece lo normal. Dando a entender que esta relación es un proceso normal durante el envejecimiento; sin embargo, la falta de dientes en esa edad se encuentra relacionada con el descuido y hábitos de higiene bucal. Según Silva, las creencias populares, tales como "la pérdida de dientes es parte del envejecimiento" o "cada embarazo se pierde un diente", fundamentan al conformismo de una extracción dental progresiva ⁹⁵.

Es lo más lindo los dientes, tener los dientes completos, como usted dice. Seguro sería tener los dientes completos, lo... por la edad que uno tiene, que tenemos ya... ya no... no podemos, no, no, no de comer con gusto, ¿no? Dientes completos. Yo tengo postizos pues arriba.
(Entrevista Hombre 1 – 67)

La condición ya no es como la de muchacho pues ya... ya nosotros ya no tenemos los dientes que teníamos de muchachos. Ya este nos sacan los dientes, nos ponemos... otros dientes. (Entrevista Hombre 4 – 88)

2.2. La salud bucal en la vejez.

La mayoría de adultos mayores conocen que los dientes y el cuidado de

éstos, son importantes para funcionar correctamente durante el proceso de masticación. Este conocimiento concuerda, de manera básica, pero importante con la teoría de fondo⁹⁶, que menciona que la falta de cuidado de las piezas dentarias podría ocasionar caries o enfermedad periodontal y el progreso de estas, podría comprometer el número suficiente de piezas dentarias para alterar la estabilidad oclusal. Sin embargo, es importante para los adultos mayores conocer que cada diente juega un rol importante durante el proceso de masticación.

Porque si no, sino estuvieran los dientes no se puede masticar nada.

(Entrevista Mujer 2 – 85)

Algo importante porque sin ellos no podemos digerir los alimentos bien. (Entrevista Mujer 5 - 63)

A los dientes sirven para... masticar bien lo que uno come. También hay que cuidar los dientes también. (Entrevista Hombre 4 - 88)

Algunas mujeres entrevistadas refieren que durante el embarazo se pierde calcio de los dientes, ya que este se transmite al niño. Se trata de una creencia; sin embargo, no tiene evidencias que expliquen este fenómeno. Más bien Russell y col.⁹⁷ han reportaron que el aumento de la pérdida de dientes está relacionado con el aumento de la paridad.

Bueno, muy buenos, porque será por la sencilla razón que no he sido madre. Porque la mayoría de personas, las mujeres faltas de calcio. Y como transmiten el calcio al bebe, al hijo. Entonces, ahí se debilita la dentadura. Y yo lo sé por mis cuñadas, porque las dos tienen postizos.
(Entrevista Mujer 1 – 73)

Además de la posición socioeconómica, la frecuencia de las atenciones dentales, el tabaquismo, la diabetes, la edad del último nacimiento vivo, y el tiempo transcurrido desde el más reciente nacimiento de un hijo, suelen ser predictores significativos para la pérdida de dientes concluyendo que los mecanismos de esta asociación a aún permanecen sin definir ⁹⁸.

Con respecto a los hábitos de alimentación expuesto en el Capítulo 1 del presente trabajo se halló que los adultos mayores varones evitan el consumo de carnes rojas para el cuidado de su salud sin embargo, algunas mujeres reportaron que consumían de todo en su dieta y otras manifestaron que no tenían limitación en su dieta diaria.

Bradbury y col, ⁹⁹ mencionan que existe una fuerte evidencia que una dieta rica en frutas y verduras protege contra la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud recomienda una ingesta de > 400 g / día de estos alimentos. Por otro lado, según un estudio realizado por Adegboye

y col, la ingesta de calcio en la dieta, sobre todo el calcio de los productos lácteos parece proteger contra la pérdida de dientes a los hombres y mujeres. Este estudio concluye que la diferencia de géneros encontrada, entre la relación de ingesta de calcio y la pérdida de dientes puede ser el resultado de diferencias en el riesgo de caries ⁹⁸. Esta evidencia concuerda con los conocimientos de los entrevistados, que refieren que las frutas juegan un rol importante en la alimentación y el funcionamiento del organismo. Así como también refieren que el consumo de frutas y la clara del huevo tienen un efecto beneficioso sobre los dientes sin embargo no hacen mención qué tan seguido consumen estos alimentos.

Por ejemplo se observaron los siguientes comentarios:

Porque las frutas... es... de acuerdo, digamos... la... la... la fruta es de acuerdo a... El producto, tienen ciertos este... bueno... cierta ayuda para el funcionamiento del organismo. (Entrevista Hombre 3 – 81)

Por decirle en el calcio tenemos... qué puede ser, ah, la clara de huevo, después la vitamina este... en calcio tenemos este... jugo de naranja, después tenemos este la pera. (Entrevista Mujer 7 - 85)

Eh... hay, hay este... comidas por el... del calcio, el calcio es para... bueno dicen pa los dientes. (Entrevista Hombre 4 – 84)

Algunos de los adultos mayores poseen la creencia de que las enfermedades pueden entrar por la boca y que la higiene bucal ayuda a frenar los

microorganismos que se encuentran en la saliva. Esta creencia no se encuentra lejos de la realidad, ya que existe evidencia de que la enfermedad periodontal se encuentra asociada a muchas enfermedades sistémicas¹⁰⁰. Por ejemplo la bacteria *Helicobacter pylori*, responsable de la úlcera gástrica, se encuentra en saliva¹⁰¹. Por último, en sus discursos los entrevistados dan a entender que la pasta dental y el enjuagatorio bucal juegan un rol complementario en la higiene bucal.

La limpieza bucal... lo que uno se pasa de la saliva, ya va uno... si esta malograda, entonces, lo contamina el organismo y de ahí pueden salir los microbios, que pueden traer enfermedades. (Entrevista Mujer 1 – 73)

Eh... bueno, mayor protección, no? Para eliminar, quizás, residuos que halla. Ese enjuagamiento dicen que hace bien para que penetre bien a las encías, a los dientes y botar los pequeños residuos que se hayan quedado. (Entrevista Hombre 2 – 72)

Bueno, yo se la lavada de dientes, usar pasta, este... que ahora son protectoras, ¿no? Y enjuagarse la boca pues cada vez que coma algo, si no te la puedes lavar, vas y te enjuagas con agua, eso sí lo puedes hacer. (Entrevista Mujer 4 – 66)

Como se puede leer en las siguientes citas, es una rutina para los adultos

mayores el cuidado de los dientes que aún les quedan o de las prótesis que portan; sin embargo, algunos reportan el sentido del gusto alterado, vinculándolo con alguna patología. Según Su y col.¹⁰² Los pacientes con trastornos del gusto puede suponer una grave amenaza para la salud de ancianos y pacientes vulnerables, que pueden llegar a sufrir desnutrición por los cambios en la percepción del gusto.

*Ah... me, no sé, me parece que sí pero... algunos gustos han cambiado.
Aah... yo era... soy dulcera, pero ahora siento las cosas muy dulces....
Antes no las sentía tan dulces. Y... como que me empalagan, como que... hay algunas cosas por decirte, las gaseosas las, las siento demasiado dulces. (Entrevista Mujer 4 – 66)*

Me cuido en asearme la dentadura y llevármela cuando voy a dormir, en un vaso de agua. Al día siguiente, ya sacarla del vaso. Darme un baño, lavarme ponerme la dentadura, así. (Entrevista Mujer 2 – 85)

Bueno, yo me lavo los dientes con cepillo de dientes, a veces con agua tibia o con agua fría, y... constantemente porque... a veces no se siente amargura en la boca, de acuerdo a los males que tiene, no? (Entrevista Hombre 3 – 81)

En... ahorita voy a tener... teniendo, solamente los que tengo dos

arriba, acá abajo tengo cuatro. Sí. Abajo cuatro, arriba dos. Más o menos serían pues... Por lo menos. (Entrevista Hombre 2 – 72)

Silva ⁹⁵, En relación a la pérdida de dientes, algunas explicaciones podrían ser la falta de conocimiento de los medios para el mantenimiento de los dientes, la dificultad de acceso a los servicios de salud bucal y la falta de recursos financieros para el tratamiento necesario. Esto concuerda en parte con las experiencias reportadas por los entrevistados, que manifiestan que el cuidado de los dientes fue aprendido a través de la familia. Por ejemplo un entrevistado refiere que se daban charlas en el colegio; aunque los adultos mayores que crecieron fuera de la capital, relatan en su mayoría, que aprendieron a asearse la boca recién cuando llegaron a Lima.

Bueno, de acuerdo al escaso conocimiento que tenía, bueno, mi madre siempre me daba sus buenos consejos. (Entrevista Hombre 3 – 81)

Bueno, mi padre, mi madre, lo elemental que enseñan al niño y ya después en el colegio. Charlas que daban en el colegio los médicos, los odontólogos. (Entrevista Hombre 2 – 72)

Después, ya vi a mi esposo como se lavaba, porque tampoco... Cuando ya me caso, ya veo cómo se lavaba mi esposo, así, así aprendí. El me enseñaba como papá. (Entrevista Mujer 5 – 63)

2.3. Hábitos de higiene bucal de los adultos mayores.

En los discursos de los adultos mayores, la higiene bucal es realizada en la mañana o en la noche como se puede apreciar en la primera cita; no obstante, en la mayoría de los discursos, los entrevistados reportan que para realizar la limpieza bucal, utilizan la técnica de cepillado vertical y el enjuague con colutorio. Según Claydon¹⁰³ no existe técnica de cepillado superior y la acumulación de placa se tarda 48 horas para producir signos de inflamación gingival. Esto nos da a entender que deben tener una buena costumbre de aseo y limpieza bucal.

En el tercer testimonio se puede apreciar que uno de los entrevistados utiliza para su limpieza bucal gotas con agua oxigenada. Este hallazgo nos hace pensar que muchas ideas sobre higiene bucal provienen de mitos o simplemente de una mala información en las prácticas de aseo bucal. Según Consolaro¹⁰⁴, lavar la boca con agua oxigenada constituye un procedimiento ilógico y dañino.

El cuidado de todo. Ya, una lavada y ya. Es decir, en la noche y en la mañana, hago mi higiene bucal, me enjuago a veces, a veces con Listerine. Antes no, antes yo me veía pero uy! Mis dientes tenían que estará pero. (Entrevista Mujer 5 – 63)

O sea de abajo hacia arriba... Pero yo no sé si tan bien me haga eso.

Por eso yo uso las escobillitas delgaditas. (Entrevista Mujer 5 – 63)

Sabes que de vez en cuando pongo un vasito de agua y unas gotitas de agua oxigenada y con eso me enjuago la boca, como para desinfectarla.

(Entrevista Mujer 4 - 66).

2.4. La pérdida de los dientes y sus efectos.

Para la mayor parte de los adultos mayores entrevistados, la pérdida de dientes influye en la confianza, apariencia y autoestima, generando un sentimiento de culpa y vergüenza para los que han perdido dientes, además de sentirse disminuidos ante la sociedad. En un estudio cualitativo realizado en adultos mayores en Brasil, se concluyó que la pérdida de dientes causa trastorno en la calidad de vida de la persona, en particular cuando afecta su bienestar, la apariencia y el estado nutricional ¹⁰⁵. Esto coincide con como lo muestran los siguientes testimonios:

Y he tenido que estar así, con la boca cerrada nomás. “Qué pasa? No estás alegre, me preguntaron. Pero ya avergonzado y no sé... y horrible me veía pucha sin dientes. (Entrevista Hombre 1 – 67)

Pero uno no se da cuenta hasta que lo pierde. Inicialmente cuando los perdía no me importaba. Y ahora, ahora sí siento que... los dientes valen mucho. Solo que uno no lo sabe hasta que lo pierde. (Entrevista Mujer 4 – 66)

La pérdida de dientes es percibida por algunos entrevistados como un estigma de ser descuidados y tener malos hábitos de higiene, provocando un sentimiento de rechazo en los demás. Esto concuerda con los estudios realizados por Johannsen¹⁰³ y Nordenram¹⁰⁴.

Ah bueno, yo opino que eso es descuido. Uno desde un principio debe de estar cuidándose. Porque hay muchas personas que no les gusta ir al dentista. Pero no tampoco por descuido va a perder sus dientes.
(Entrevista Mujer 1 – 73)

Bueno diremos, no desagrado... sino una persona que es descuidada en su persona. (Entrevista Hombre 2 – 72)

Según Donnelly,¹⁰⁶ Las relaciones sociales son importantes en todas las etapas de la vida. Una positiva imagen del cuerpo aumenta la confianza en las interacciones sociales, lo que contribuye sustancialmente a la salud, el bienestar y la calidad de vida. La imagen del cuerpo puede verse afectada negativamente por las condiciones orales, en especial las que están relacionadas con la apariencia y que no cumplen con los ideales culturales. Esto coincide con lo hallado en nuestro estudio, porque para los adultos mayores el conservar los dientes completos aumenta su autoestima, mientras que para otros, los dientes son la carta de presentación de las personas, de tal manera que la ausencia de los dientes en el rostro de otras personas causa desagrado; relacionándolo con el descuido y la pobreza.

Influyen porque... tú ves a una persona con sus dientes completos y limpios y ves a una persona sin dientes, ves la imagen de la persona que no tiene aunque sea un diente, eh, eh no es una imagen muy buena que digamos. Eh... se nota una persona o descuidada o que no tiene dinero para hacerlo y te da pena. Porque ver a una persona que le falte uno o dos dientes la imagen no... No es una buena imagen pues, ¿no? (Entrevista Mujer 4 -66).

Uuuy, tienen que ver mucho, por eso ahora estoy un poquito... pero como estoy así, me doy un poquito, yo misma, de valor. De decir, ya va a pasar. Porque es muy importante la estética. Porque se ve mal. No me puedo reír, no puedo conversar. Ya, por ultimo digo, ya estas, ya, ya, ya estas así Teresa. Yo misma me hablo. Ya estas así, tranquila. Sí, porque se ve feísimo. Yo me siento mal. Me siento mal. (Entrevista Mujer 5 – 63).

Porque si uno tiene una buena dentadura, da una buena sonrisa, una buena carta de presentación para cualquier persona y sobre todo dentadura blanquita, impecable, todo por el cuidado. (Entrevista Mujer 1 – 73).

2.5. Las Prótesis dentales

Para la mayoría de los entrevistados las prótesis dentales ayudan a mejorar su calidad de vida porque influyen positivamente en su imagen, así como también les devuelve la función de masticar¹⁰³. Según de Souza la función

esencial de las prótesis removibles completas es mejorar la apariencia de las personas y en consecuencia, su reinserción en la vida social ¹⁰⁴. Tal como lo muestran los siguientes testimonios:

Pucha qué alegría reírse contento y feliz. Y masticar, conversar, y bueno... aunque le parezca mentira, uno cuando tiene una dentadura postiza no es igual. (Entrevista Hombre 1 – 67).

Ah! Una ayuda este... para la, para los alimentos una ayuda para poder este digerir bien los alimentos y a la vez, eso asimilamos más rápido en el estómago, a todo el aparato digestivo. Y... entonces no nos causa ninguna molestia. (Entrevista Mujer 7 – 85).

Algo estético, algo que te ayuda, pero no es lo ideal para las personas. Lo ideal es tener tus propios dientes. (Entrevista Mujer 4 – 66).

Que en parte es bueno y otra parte, también es dañino, ¿no? Bueno, la prótesis dañina es cuando no cumple con la higiene, con la limpieza. (Entrevista Hombre 3 - 81).

CAPITULO III

3. VISITA AL ODONTÓLOGO Y TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

3.1. Percepción del odontólogo.

El odontólogo es percibido por la mayoría de los adultos mayores como un profesional de la salud que se encarga del cuidado y mantenimiento de los dientes. Para los adultos mayores es importante que el odontólogo se gane su confianza a fin de que ellos puedan seguir sus indicaciones.

“Del odontólogo, bueno. Es una, un médico que nos ayuda mucho en cuanto a nuestra dentadura, y.. y... y al tener una buena dentadura y un buen cuidado y un buen chequeo, pues nuestra salud va a estar mejor.” (Entrevista Mujer 4 – 66)

Que es un profesional que nos da pues... eh... confianza, para que nuestra boca este en buenas condiciones. Nuestros dientes, sobre todo.
(Entrevista Hombre 4 - 88)

Es doctor término medio, es porque no cobra caro. Porque hay otros excesivamente caros. Porque por ejemplo yo tengo una amiga, que es dentista pero ya ella se va demasiado caro. (Entrevista Mujer 1- 73)

¿Por qué? Porque a veces son jovencitos que recién están terminando su esto y entonces los mandan para... y entonces, ¿qué pasa? De que usted con el tiempo se le caen. (Entrevista Mujer 3 - 80)

3.2. La visita al odontólogo.

En esta investigación la mayoría de las experiencias positivas reportadas por los adultos mayores están relacionadas con el buen trato, la franqueza y los consejos brindados por el odontólogo. Esto concuerda con lo hallado en el estudio cualitativo realizado por Sbaraini y col ¹⁰⁷, quienes encontraron que el respeto que los dentistas ofrecían a sus pacientes era intrínsecamente valorado por los entrevistados.

Ah, siempre me han hecho bien pues. Siempre me han hecho cuando me han visto, me han curado...Buenas experiencias pues porque siempre me han aconsejado también. (Entrevista Hombre 4 – 88)

Bueno, cuando voy, por ejemplo ahora ultimo porque hay uno que, estaban mis dientes, mis dos falsos. Fui, le explique, como estaba esto, que por aquí el me midió. Voy a ver la dentadura, me dijo: le hacemos otra plancha? Porque todavía esta buena su plancha? Fue franco. (Entrevista Mujer 2 – 85)

Porque su atención fue excelente. No me hizo doler. La profilaxis, como no tengo dientes picados, menos mal y pero me ha dicho que valla cada seis meses. Muy bien. Pero todo excelente. El chico es mejor que mi doctora creo. (Entrevista Mujer 8 – 78)

3.3. Los tratamientos odontológicos.

En la mayoría de los reportes de los adultos mayores, la experiencia que más recuerdan con el odontólogo es la extracción dental. Algunos refieren que esa experiencia se debe al fracaso de otros tratamientos, dejando como última solución la pérdida de la pieza dentaria. Esto coincide con lo referido por Johansen y col ¹⁰³, quienes encontraron que los pacientes tenían experiencias de haber pasado por una gran cantidad de tratamientos dentales antes de llegar a los implantes dentales. Después de este período, con el aumento de los problemas bucales, tuvieron que enfrentar y aceptar el hecho de que no podían mantener sus dientes.

Me lo curaban y me lo curaban. Un tiempo más, pasaba el tiempo, me curaba el diente, se me picaba ahí nomás y de nuevo me curaba. Y así para... tanto, tanto, dije ya no ya. De acá pa delante dije, “doctor, sabe usted que... quiero que me saque el diente”, “Pero si se te puede curar cada vez...” “No...”. Y ya yo dije mejor me lo saco y el problema era que tenía que ir a trabajar. (Entrevista Hombre 1 – 67)

Ya, entonces ¿qué hacía el dentista? Extraía las... porque ya comenzaba a doler uno mismo. Porque ya cuando le curan y se... ya se salía el... lo que se puede decir la curación, ya no había otra cosa. Había que sacárselo. (Entrevista Mujer 7 – 85)

En el siguiente testimonio se puede apreciar cómo el dolor es uno de los motivos principales para que el paciente acceda a extraerse la pieza dentaria; el testimonio demuestra la importancia que tiene cada diente y las consecuencias de su extracción.

Ese fue un trauma. Me metieron una curación, y... y parece que estaba infectado, se me hinchó la cara y tuve muchos dolores. Entonces a raíz de eso, ya no... quise que me los sacaran, no quería volver a sufrir un dolor. Pero en aquel entonces cuando los perdí no me explicaron cuan importantes eran los dientes. (Entrevista Mujer 4 – 66)

La complejidad del tratamiento es asociada con el tipo de severidad de la lesión, así como también se asocia la complejidad del tratamiento con una mayor molestia y tiempo de la enfermedad; es decir a lo avanzada que esta se encuentre.

Yo creo que depende de cómo haya ido el paciente. No? Si está muy avanzado o no. Es más rápido cuando es algo leve que sea algo más complicado. (Entrevista Hombre 2 – 72)

Eh... que siempre el... el... tratamiento es poquito molesto, no? Y a veces, cuando está muy avanzado ya, que agarra el nervio, que a uno lo hace poner tenso. (Entrevista Mujer 1 – 73)

CAPITULO IV

4. EXPECTATIVAS DE LOS ADULTOS MAYORES.

4.1. Expectativas ante la vida.

Parece ser que la expectativa de vida para la mayoría de adultos mayores, es poder encontrarse en una situación de cuidado y compañía, cuando ya no puedan valerse por sí mismos. Según Chan ¹¹², para los ancianos su propio entorno familiar es el mejor lugar para el cuidado a largo plazo, lejos de las dificultades y limitaciones del mundo que lleva a los ancianos a sentirse desilusionados.

“Bueno, yo ya siempre le digo a mis hijas... Cuando yo ya sea una persona que... en realidad no me sé valer por mí misma y ustedes trabajan, yo tengo que saber comprender. Entonces yo quisiera que en esa casa de reposo me pusieran. Porque sé cómo tratan las señoras, sé cómo es y entonces yo creo que ahí estaría, estaría yo muy en familia con la señora, bueno, y con las personas que están ahí y que nos acompañamos.” (Entrevista Mujer 7 - 85)

“Tengo una sobrina que es mi ahijada y vive sola cuando tuvo hijos y ella me dice; vas a vivir conmigo. Yo tengo esa esperanza de que no voy... Yo digo, me meterás en un asilo. No, no, no. Vas a vivir conmigo.

Entonces, eso también me hace sentir bien. Porque mi hijo, no tiene plata.” (Entrevista Mujer 8 - 78)

4.2. Expectativas en salud bucal y tratamientos odontológicos.

La mayoría de adultos mayores reportan que quisieran recibir algún tipo de tratamiento pero no dan a entender que tengan urgencia de recibirlo. Esto constata el hecho de que frecuentemente se espera a estar enfermo para realizar un tratamiento.

Bueno, la prótesis de abajo. Me molesta y no la uso, pero no me hace falta. (Entrevista Mujer 3 – 80)

En curaciones o algún implante, algo con la finalidad de tener completa la dentadura para poder realizar la masticación debida. (Entrevista Hombre 1 – 72)

Como...están haciendo los médicos ahora pues. Si ven que hay que curar, si hay que sacar también sacan. (Entrevista Hombre 4 – 88)

Algunos entrevistados manifestaron que si bien sería ideal tener una dentadura sana y estética, es importante también que el dentista que los atienda tenga la paciencia para tratarlos. Esto concuerda con Sbarain¹¹⁰, que menciona que los pacientes esperan que el dentista les explique las opciones de tratamiento y los procedimientos a realizar y que les inspire confianza.

Por lo tanto se podría decir que la paciencia que el dentista emplea en explicar la condición y el plan de tratamiento es fundamental para que los pacientes puedan cuidar y mantener su salud bucal.

Quisiera tener una dentadura sana, estética y que el doctor tenga mucha paciencia. (Entrevista Mujer 5 - 63)

Sería bueno que el dentista se tome su tiempo para explicarme mejor que es lo que me va hacer. Porque me dijo que podía mejorarme mis diente. (Entrevistado Mujer 4 - 66)

4.3. Expectativas del odontólogo.

La expectativa en relación al odontólogo para la mayoría de los entrevistados, es encontrar un profesional que inspire confianza y los pueda comprender concordando de esta manera con el estudio de Sbarain¹¹⁰ que citando algunos estudios, menciona que es importante para los pacientes ser escuchados y que los dentistas tengan una actitud amable con ellos.

“Y que me inspire confianza, pues ¿no?. O sea... Es ver a la persona responsable, porque creo que a todos nos gusta que nos traten como una persona, como personas que valemos.” (Entrevistado Mujer 2- 85)

“Con mucha paciencia porque generalmente la mayoría no va al odontólogo porque tiene temor.... temor a las máquinas, que ahora

creo que ya se han puesto otra clase de máquinas” (Entrevistado Mujer
8- 78)

7. CONCLUSIONES

Tradicionalmente, la investigación odontológica ha estado dominada por la metodología de investigación cuantitativa. Sin embargo, la literatura de investigación odontológica ha evolucionado de manera significativa, y la metodología cualitativa se ha convertido en una técnica emergente empleada dentro del campo médico y dental. Este estudio cualitativo obtuvo conocimientos a profundidad de las experiencias y significados de: la vejez, la salud bucal, el odontólogo y conocer sus expectativas de salud general y bucal.

1. La vejez es interpretada como la condición que permite la acumulación de conocimiento y experiencias para los entrevistados menores de 75 años; mientras que para los entrevistados mayores de 75 años la vejez es interpretada como un cambio triste en sus vidas por depender de terceros o ser ignorados por la mayoría de personas. En la etapa de la vejez los cambios físicos se relacionan a la edad avanzada y se da una transformación en el papel social del adulto mayor al abandono del deber de votar.

El estar desempleado o dejar el trabajo por jubilarse causa depresión en los adultos mayores, pero el recordar los logros en la etapa laboral los hace sentirse bien.

La situación de salud reportada por los adultos mayores se encuentra disminuida especialmente en grupo con más de 75 años. Ellos asumen que tener una buena salud general está relacionado con la ausencia de enfermedades, la incapacidad física y la dependencia de otros. Para algunos adultos mayores una forma de cuidar su salud es evitar tener pensamientos negativos y así evitar la depresión.

El consumir fármacos recetados por los médicos es la forma como interpretan el cuidado de su salud a esa edad, produciéndoles una sensación de mejoría. El hecho de no cumplir con las indicaciones de los médicos es percibido como descuido.

Las muestras de respeto y consideración hacia los adultos mayores son importantes porque los hace sentirse integrados a la familia y la sociedad.

El Centro del Adulto Mayor de Barranco cumple una función significativa porque es percibido como un espacio de encuentro generacional donde no se sienten solos y se sienten activos.

2. Las funciones que cumple la boca son expresadas a través del significado que ésta tiene para los adultos mayores, donde sus funciones más importantes son la de comer y la de hablar. Los dientes son fundamentales para los adultos mayores porque están relacionados con la buena salud bucal, lo cual favorece

la autoestima. Muchos adultos mayores tienen ciertas creencias asumiendo erróneamente que perder los dientes es un proceso natural, que se da cuando se va envejeciendo. Esta es una barrera que impide la prevención ya que la pérdida de los dientes; se debe precisamente a la negligencia en el cuidado de los dientes.

La pérdida de dientes influye negativamente en la confianza, apariencia y autoestima de los adultos mayores, generando un sentimiento de culpa y vergüenza en aquellos que los han perdido; mientras que, a ellos mismos, ver a personas sin dientes, les causa sentimientos de rechazo. Para los adultos mayores las prótesis dentales tienen una función tanto estética, como funcional en la masticación de los alimentos.

3. Es importante para los entrevistados que el odontólogo se gane su confianza a través del buen trato y la franqueza, a fin de que ellos puedan seguir sus indicaciones. La experiencia más recordada con el odontólogo es la extracción dental. Donde el dolor es uno de los motivos más frecuentes para que el paciente acceda a extraerse la pieza dentaria.
4. La mayoría de adultos mayores tienen como principal expectativas ser cuidado y tener compañía cuando ya no puedan valerse por sí mismos. En relación a la salud bucal esperan tener una dentadura sana y estética; aunque lo más importante es que el dentista los escuche, que tenga una actitud

amable, que les explique con más detalle las opciones y los procedimientos de los tratamientos.

8. RECOMENDACIONES

1. Se debe promover las charlas de salud bucal en el Centro del Adulto Mayor de Barranco así como exámenes clínicos para evaluar su estado de salud bucal.
2. Implementar un buzón de sugerencias en el Centro del Adulto Mayor del Distrito de Barranco.
3. ESSALUD a nivel de políticas, debe evaluar la posibilidad de ofrecer un servicio odontológico dentro de los Centros del Adulto Mayor.
4. Realizar trabajos de investigación que integre la metodología cuantitativa y cualitativa en temas de percepción de salud bucal en adultos mayores.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersen PE: The World Oral Health Report 2003. In Edited by Programme WGOH. Geneva: World Health Organization; 2003:45
2. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988;5(1):3-18.
3. Naciones Unidas. Documento Introdutorio de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Consideraciones Demográficas. Viena: Naciones Unidas - Asamblea sobre envejecimiento; 1982.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perfil socio demográfico de la tercera edad. Lima Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 1995.
5. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008; 28(6):224-36.
6. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):81–92.
7. Jung YM, Shin DS. Oral health, nutrition, and oral health-related quality of life among Korean older adults. *J Gerontol Nurs*. 2008; 34(10):28–35.
8. Nowjack-Raymer RE, Sheiham A. Numbers of natural teeth, diet, and nutritional status in US adults. *J Dent Res*. 2007;86(12):1171–5.
9. Koehler J, Leonhaeuser I-U. Changes in Food Preferences during Aging. *Ann Nutr Metab*. 2008; 52(1):15–19.
10. Parker B, Chapman I. Food intake and ageing? The role of the gut. *Mech Ageing Dev*. 2004;125(12):859–66.
11. Mealey BL, Ocampo GL. Diabetes mellitus and periodontal disease. *Periodontol*. 2007;44:127–153.
12. Karnoutsos K, Papastergiou P, Stefanidis S, Vakaloudi A. Periodontitis as a risk factor for cardiovascular disease: the role of anti-phosphorylcholine and anti-cardiolipin antibodies. *Hippokratia* 2008;12(3):144–149.

13. Touger-Decker R. Diet, cardiovascular disease and oral health: promoting health and reducing risk. *J Am Dent Assoc* 2010. 141(2):167–70.
14. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.*2005, 83(9):644.
15. Petersen PE, Ueda H, Oral Health in Ageing Societies: Integration of oral health and general health report of a meeting convened at the WHO, Centre for Health Development in Kobe, Japan 1-3 June 2005. Geneva: World Health Organization.2006:59.
16. Moynihan P, Thomason M, Walls A, Gray-Donald K, Morais JA, Ghanem H, Wollin S, Ellis J, Steele J, Lund J, Feine J. Researching the impact of oral health on diet and nutritional status: methodological issues. *J Dent.* 2009 Apr;37(4):237-49.
17. Felton DA. Edentulism and comorbid factors. *J Prosthodont.* 2009 18(2):88–96.
18. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000, 28(6):399–406.
19. Osman RB, Morgaine K, Duncan W, Swain MV, Ma S. patients' perspectives on zirconia and titanium implants with novel distribution supporting maxillary andmandibular overdentures: a qualitative study. *Clin Oral Implants Res.* 2012, 1-11.
20. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol.*1994; 22(1):47-51.
21. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology.*1994; 11(2):108-114.
22. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De-Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent.* 1995; 55(4):197-204.

23. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Oral Health Dent.*1997; 57(1):40-47.
24. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *RevSaúde Pública.*2001; 35(4):349-355.
25. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise baseada em modelo multidimensional. *Cad Saude Publica.*2009; 25(2):421-435.
26. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saude Colet.*2000; 5(1):7-18.
27. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesqui.*2002; (115):139-154.
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2004.
29. Cardoso MHC, Gomes R. Social Representations and History. Theoretical and Methodological Principles for Public Health. *Cad Saude Publica.*2000; 16(2):499-506.
30. Bulgarelli AF, Lorenzi CG, Silva RC, Mestriner SF, Villa TC, Pinto IC. Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos. *Cien Saude Colet.* 2012;17(8):2053-62.
31. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid: Naciones Unidas - Asamblea sobre envejecimiento; 2002.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Técnico N° 3. Situación de la niñez y del adulto mayor Julio-Agosto-Setiembre 2013. Lima Perú: Instituto Nacional de Estadística e informática; 2013.
33. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Madrid, 22; 2001.
34. Morris C, Maisto A. Introducción a la Psicología.12 ed. México: Person Educación, 2005.

35. Davidoff I. Introducción a la psicología. 3 ed. Mc Graw Hill México, 1990.
36. Pinzón S, Zunzunegui MV. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Rev Mult Gerontol.*1999;9:216-24.
37. Silva DD, de Sousa Mda L, Wada RS. Autopercepcao das condições de saúde bucal por idosos. *Cad Saude Publica.*2005 ;21(4):1251-9.
38. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Duarte YA, Teixeira DS. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica.*2012;28(10):1965-75.
39. Tirado F, Moreno Y. Autopercepción de salud en un grupo de ancianos mexicanos con el uso del perfil de salud de Nottingham. *Arch Med Fam.*2004;6(1):20-22.
40. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W. The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health.* 2012;12(1):839
41. Silva S, Valsecki A. Evaluación de las condiciones de salud bucal de ancianos en un municipio brasileño. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(4),2000.
42. da Silva SR, Castellanos Fernandes RA. [Self-perception of oral health status by the elderly]. *Rev Saude Publica.* 2001;35(4):349-55.
43. Taboada AO, Mendoza NVM, Hernández PD, Martínez ZI. Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. *Revista ADM* 2000; 57 (5):188-192.
44. Haikal DS, Paula AM, Martins AM, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(7):3317-29.

45. Burt BA: Prevention policies in the light of the changed distribution of dental caries. *Acta Odontol Scand* 1998;56:179–186.
46. Marthaler TM: Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res* 2004, 38:173–181.
47. Johanson CN, Osterberg T, Steen B, Birkhed D. Prevalence and incidence of dental caries and related risk factors in 70-to 76-year-olds. *Acta Odontol Scand* 2009; 67:304–312.
48. Schiffner U, Hoffmann T, Kerschbaum T, Micheelis W. Oral health in German children, adolescents, adults and senior citizens in 2005. *Community Dent Health* 2009; 26:18–22.
49. Gati D, Vieira AR. Elderly at greater risk for root caries: a look at the multifactorial risks with emphasis on genetic susceptibility. *Int J Dent*.2011;2011:647168.
50. Rodrigues JA, Lussi A, Seemann R, Neuhaus KW. Prevention of crown and root caries in adults. *Periodontol* 2000. 2011 Feb;55(1):231-49.
51. Sadowsky JM, Bebermeyer RD, Gibson G. Root caries--A review of the etiology, diagnosis, restorative and preventive interventions. *Tex Dent J*. 2008;125(11):1070-82.
52. Gerritsen AE, Allen PF, Winter DJ, Bronkhorst EM, Creuger NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*.2010;8:126.
53. Imazato S, Ikebe K, Nokubi T, Ebisu S, Walls AW. Prevalence of root caries in a selected population of older adults in Japan. *J Oral Rehabil*. 2006 Feb;33(2):137-43.
54. Sugihara N, Maki Y, Okawa Y, Hosaka M, Matsukubo T, Takaesu Y. Factors associated with root surface caries in elderly. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2010;51(1):23-30.
55. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol*. 2005; 76(12):2187-93.

56. Oliver R C, Brown L J, Loe H. Variations in the prevalence and extent of periodontitis. *J Am Dent Assoc.* 1991;122(6):43-8.
57. Dye BA. Global periodontal disease epidemiology. *Periodontol 2000.*2012;58(1):10-25.
58. Norderyd O. Risk for periodontal disease in a Swedish adult population. Cross-sectional and longitudinal studies over two decades. *Swed Dent J Suppl.*1998;132:1-67.
59. Chapple IL. Potential mechanisms underpinning the nutritional modulation of periodontal inflammation. *J Am Dent Assoc.* 2009;140(2):178-84.
60. Shiau HJ, Reynolds MA. Sex differences in destructive periodontal disease: a systematic review. *J Periodontol.* 2010;81(10):1379-89.
61. Burt BA. Periodontitis and aging: reviewing recent evidence. *J Am Dent Assoc.* 1994;125(3):273-9.
62. Wennstrom JL. Treatment of periodontal disease in older adults. *Periodontol 2000.*1998;16;106-12.
63. Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(1):57-63.
64. Chrysanthakopoulos NA. Periodontal Disease Status in an Isolated Greek Adult Population. *J Dent (Tehran).* 2012; 9(3):195-206.
65. Felton DA. Edentulism and Comorbid Factors. *J Prosthodont.*2009; 18:88-96.
66. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Org.* 2005;83:661-9.
67. Muller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe?. *Clin Oral Impl Res.*2007;18(3):2-14
68. Freysteinson WM, Deutsch AS, Lewis C, Sisk A, Wuest L, Cesario SK. The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(4):361-9.

69. Krumwiede KA, Krumwiede N. The lived experience of men diagnosed with prostate cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2012; 39(5):443-50.
70. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):107-15.
71. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
72. González F. *La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos*. São Paulo: EDUC.1999.
73. Morse JM. Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage publications, 1995.
74. Michue E, Arana C, Ortiz P, Chávez H, Varela P. Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de Essalud en el sur de Lima Metropolitana. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2011; 24 (1):12-8.
75. Wallace M, Shelkey M; Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Urol Nurs*. 2007 Feb;27(1):93-4.
76. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características en el deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev Soc Per Med. Interna*. 2004;17(2):37-42.
77. Vieytes R. *Metodología de la Investigación en organizaciones, mercado y sociedad. Epistemología y técnicas*. Buenos Aires: Ed. de las Ciencias.2004.
78. Villegas SG, Pérez RA. Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Rev. Kairós*. 2009;12(1):39-58.
79. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *An Psicol*. 2011;27(1):164-169.
80. Varela L. *Principios de Geriatria y Gerontología*. 2ed.Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2011.

81. Zenger M, Brähler E, Berth H, Stöbel-Richter Y. Unemployment during working life and mental health of retirees: results of a representative survey. *Aging Ment Health*. 2011;15(2):178-85.
82. Gallo WT, Bradley EH, Dubin JA, Jones RN, Falba TA, Teng HM, Kasl SV. The persistence of depressive symptoms in older workers who experience involuntary job loss: results from the health and retirement survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(4):S221-8
83. Warr P, Butcher V, Robertson I. Activity and psychological well-being in older people. *Aging Ment Health*. 2004;8(2):172–83.
84. Holahan CK. Relation of life goals at age 70 to activity participation and health and psychological well-being among Terman's gifted men and women. *Psychol Aging*. 1988;3(3):286-91.
85. Sabo D, Melnick MJ, Vanfossen BE. High School Athletic Participation and Postsecondary Educational and Occupational Mobility A Focus on Race and Gender. *Soc J*.1993;10:44–56.
86. Pate RR, Trost SG, Levin S, Dowda M. Sports participation and health-related behaviors among US youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(9):904–11.
87. Holm AL, Severinsson E. A qualitative systematic review of older persons'perceptions of health, ill health, and their community health care needs. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:672702.
88. Geitona M, Kyriopoulos J, Zavras D, Theodoratou T, Alexopoulos EC. Medication use and patient satisfaction: a population-based survey. *Fam Pract*. 2008;25(5):362-9.
89. Sung K. Elder respect among young adults: A cross-cultural study of Americans and Koreans. *J Aging Stud*. 2004;18(2):215–230.
90. Kugelberg E. Nutrition: Red meat consumption leads to a microbiota-dependent risk of cardiovascular disease. *Nat Rev Endocrinol*. 2013 Jul;9(7):378.

91. Zhu H, Yang X, Zhang C, Zhu C, Tao G, Zhao L, Tang S, Shu Z, Cai J, Dai S, Qin Q, Xu L, Cheng H, Sun X. Red and processed meat intake is associated with higher gastric cancer risk: a meta-analysis of epidemiological observational studies. *PLoS One*. 2013 Aug 14;8(8):e70955.
92. Pardasani M. Senior centers: Increasing minority participation through diversification. *J Gerontol Soc Work*. 2004;43(2-3):41–56.
93. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011 Nov;90(11):1264-70.
94. Johannsen A, Westergren A, Johannsen G. Dental implants from the patients perspective: transition from tooth loss, through amputation to implants - negative and positive trajectories. *J Clin Periodontol*. 2012 Jul;39(7):681-7.
95. Silva ME, Magalhães CS, Ferreira EF. [Dental loss and prosthetic replacement expectation: qualitative study]. *Cien Saude Colet*. 2010 May;15(3):813-20.
96. Major M, Stanley J. *Wheeler Anatomía, fisiología y oclusión dental*. 8ed. Madrid:Elsevier;2003.
97. Russell SL, Ickovics JR, Yaffee RA. Exploring potential pathways between parity and tooth loss among American women. *Am J Public Health*. 2008;98:1263– 1270.
98. Adegboye AR, Twetman S, Christensen LB, Heitmann BL. Intake of dairy calcium and tooth loss among adult Danish men and women. *Nutrition*. 2012 Jul;28(7-8):779-84.
99. Bradbury J, Thomason JM, Jepson NJ, Walls AW, Mulvaney CE, Allen PF, Moynihan PJ. Perceived chewing ability and intake of fruit and vegetables. *J Dent Res*. 2008 Aug;87(8):720-5.
100. Linden GJ, Herzberg MC; Working group 4 of joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of

- working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol*. 2013;40 Suppl 14:S20-3.
101. Song HY, Li Y. Can eradication rate of gastric *Helicobacter pylori* be improved by killing oral *Helicobacter pylori*? *World J Gastroenterol*. 2013 Oct 21;19(39):6645-50.
 102. Su N, Ching V, Grushka M. Taste disorders: a review. *J Can Dent Assoc*. 2013 Sep;79:d86.
 103. Claydon NC. Current concepts in toothbrushing and interdental cleaning. *Periodontol 2000*. 2008;48:10-22.
 104. Consolaro A. Mouthwashes with hydrogen peroxide are carcinogenic, but are freely indicated on the Internet: warn your patients! *Dental Press J Orthod*. 2013 Nov-Dec;18(6):5-12.
 105. de Souza e Silva ME, de Magalhães CS, Ferreira e Ferreira E. Complete removable prostheses: from expectation to (dis)satisfaction. *Gerodontology*. 2009 Jun;26(2):143-9.
 106. Donnelly LR, MacEntee MI. Social interactions, body image and oral health among institutionalised frail elders: an unexplored relationship. *Gerodontology*. 2012 Jun;29(2):e28-33.
 107. Sbaraini A, Carter SM, Evans RW, Blinkhorn A. Experiences of dental care: what do patients value? *BMC Health Serv Res*. 2012 Jun 24;12:177.
 108. Chan HM, Pang S. Long-term care: dignity, autonomy, family integrity, and social sustainability: the Hong Kong experience. *J Med Philos*. 2007 Sep-Oct;32(5):401-24.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CUADRO N° 1

CARACTERISTICAS QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES ENTREVISTADOS

SEXO	EDAD	AÑOS VIVIENDO EN BARRANCO	EDUCACIÓN SUPERIOR	PROFECIÓN DESEMPEÑADA	CÓDIGO
F	73	60	SI	SECRETARIA	Entrevistado Mujer 1- 73
F	85	50	NO	COSTURERA	Entrevistado Mujer 2- 85
F	80	70	SI	PROFESORA	Entrevistado Mujer 3- 80
F	66	33	SI	SECRETARIA	Entrevistado Mujer 4- 66
F	63	40	SI	COMERCIANTE	Entrevistado Mujer 5- 63
F	86	20	NO	COMERCIANTE	Entrevistado Mujer 6- 86
F	85	15	SI	PROFESORA	Entrevistado Mujer 7- 85
F	78	78	SI	SECRETARIA	Entrevistado Mujer 8- 78
M	67	15	NO	PINTOR	Entrevistado Hombre 9- 67
M	72	55	SI	PROFESOR	Entrevistado Hombre 10- 72
M	81	26	SI	PROFESOR	Entrevistado Hombre 11- 81
M	88	20	NO	ALBAÑIL	Entrevistado Hombre 12- 88

ANEXO N° 2

ÍNDICE DE KATZ

I. VALORACIÓN FUNCIONAL					
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)					
KATZ	Dependiente	Independiente			
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE	(1)
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE PARCIAL	(2)
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE TOTAL	(3)
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(1) Ningún ítem positivo de dependencia	
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(2) De 1 a 5 ítems positivos de dependencia	
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(3) 6 ítems positivos de dependencia	

ANEXO N° 3

ÍNDICE DE PFEIFFER

II. VALORACION MENTAL	
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)	Colocar 1 punto por cada error
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes, año)	<input type="text"/>
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>
¿En qué lugar estamos? (Vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text"/>
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>
¿Dónde nació?	<input type="text"/>
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>
Dígame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>

VALORACIÓN COGNITIVA	
NORMAL	<input type="checkbox"/>
DC LEVE	<input type="checkbox"/>
DC MODERADO	<input type="checkbox"/>
DC SEVERO	<input type="checkbox"/>

Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total

DC= Deterioro cognitivo, **E=** Errores

- No Deterioro Cognitivo	: ≤2 E
- Deterioro Cognitivo Leve	: 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado	: 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo	: 8 a 10 E

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

- ADULTOS -

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia - UPCH

Investigadores : Daniel Alonso Kim Espinoza Espinoza

Título: Estudio cualitativo sobre autopercepción de salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor del distrito Barranco.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Estudio cualitativo sobre la percepción de la salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor del distrito Barranco. El presente estudio es desarrollado por un investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estamos realizando este estudio para conocer la autopercepción de salud bucal que tienen los adultos mayores del distrito de barranco.

La salud bucal es parte de la salud general y es esencial para la calidad de vida.

Este estudio tiene relevancia teórica porque aporta un conocimiento no existente en los estudios de odontología en el Perú; relevancia social porque los adultos mayores son un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le hará una entrevista a profundidad:

1. Se le explicara a cada uno de los participantes la finalidad del estudio.
2. Se le explicara que se le hará una entrevista de aproximadamente una hora de duración, que será grabada digitalmente.
3. Se le explicara en qué consiste el consentimiento informado, para luego pueda ser firmado.
4. En una habitación del Centro del Adulto Mayor de Barranco, se le realizara una entrevista personal con un guión elaborado para el presente estudio. En esta entrevista no existe respuestas buenas ni malas, el único propósito de la entrevista es poder conocer algunos aspectos de su vida y saber sus conocimientos y experiencias sobre su salud bucal.
5. La grabación de cada entrevista será utilizada para el desarrollo de la investigación y será destruida la grabación una vez terminado el estudio

Riesgos:

No existe ningún riesgo por participar en la entrevista del presente estudio. Se garantiza el buen trato por parte de investigador y la confidencialidad de la información que se logre obtener.

Beneficios:

Recibirá una charla de prevención en salud oral, asimismo una crema y un cepillo dental para el cuidado de su salud bucal.

Confidencialidad:

Su entrevista grabada digitalmente no será mostrada, ni escuchada a ninguna otra persona ajena al estudio. La información se guardara con códigos y no con nombres durante el desarrollo del trabajo de investigación.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador del estudio al Dr. Daniel Espinoza Espinoza al celular 980200819 o al teléfono 2215678.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

_____	_____
Participante	Fecha
Nombre	DNI:
_____	_____
Investigador	Fecha
Nombre	DNI:

ANEXO N° 5

GUÍA SEMI-ESTRUCTURADA PARA LAS ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Buenas tardes Sr(a).

Mi nombre es Daniel Espinoza y le agradezco por participar en la entrevista. Le comento que en esta entrevista no hay respuestas buenas ni malas, todo lo contrario solo se quiere conocer lo que usted piensa.

I. PREGUNTAS INTRODUCTORIAS (Ganar confianza con el entrevistado)

¿Cómo se llama Sr(a)?

¿Cómo se encuentra hoy? ¿Cómo le ha ido durante la semana?

¿Cuántos hijos tiene Sr(a)?

Ps:

- ¿Qué piensa de sus hijos?

II. PREGUNTAS TEMÁTICAS

¿Qué significa para usted tener la edad en la que se encuentra?

Ps:

- ¿Cuándo era joven que opinión tenía de los adultos mayores?
- ¿Qué opinión tiene de los consejos de los adultos mayores en ese entonces?

¿Qué entiende por salud?

Ps:

- ¿Qué piensa de su salud?

¿Cómo ha cambiado su salud con el paso de los años?

Ps:

- ¿Qué ejercicios realizaba cuando era joven? ¿Con qué frecuencia?

¿Me podría contar algún hecho importante en su vida su vida?

Ps:

- ¿Algún hecho importante de Joven?
- ¿Me podría contar un hecho importante que recuerde de adulto?

¿Sabe usted cual es la edad para que una persona se encuentre en la tercera edad?

Ps:

- ¿Qué sintió cuando llego a la tercera edad?

¿Cómo cree usted que su cuerpo cambio al llegar a la tercera edad?

Ps:

- ¿Cómo siente su cuerpo ahora?

¿Para usted qué importancia tiene la boca con relación al cuerpo?

Ps:

- ¿Cree que la boca le ayuda a mantener la salud en su cuerpo?

¿Qué significado tiene la boca para usted?

Ps:

- ¿Cómo considera la condición de su boca?

¿Qué significado tiene los dientes para usted?

Ps:

- ¿Cómo considera usted la condición de sus dientes?

¿Qué significado tiene para usted la perdida de dientes?

Ps:

- ¿Recuerda cuantos dientes ha perdido usted? ¿Cómo los perdió?

¿Qué significa las prótesis dentales para usted?

Ps:

- ¿Utiliza usted alguna prótesis? ¿Cómo se siente con su prótesis?

¿Qué hábitos de higiene bucal realiza usted?

Ps:

- ¿Cómo se lava los dientes? ¿me lo puede describir?
- ¿Conoce el hilo dental? ¿Cómo lo utiliza usted el hilo dental?

¿Qué comidas acostumbra comer?

Ps:

- ¿Qué comidas ya no acostumbra a comer?

¿Qué entiende por salud bucal usted?

¿Cómo se cuidaba los dientes de joven?

Ps:

- ¿Quién le enseñó a cuidarse sus dientes?

¿Cómo se cuidaba los dientes de adulto?

Ps:

- ¿Ha cambiado la manera de cuidarse sus dientes desde que era niño?

¿Qué experiencias de salud bucal ha tenido en la vejez?

Ps:

- ¿Siente los sabores igual que antes? ¿Porque cree usted?

¿Cómo debe ser higiene oral?

¿Qué cuidados conoce que se debería tener con el cuidado de la boca?

¿Qué alimentos conoce usted que ayuden a la preservación de sus dientes?

Ps:

- ¿Por qué cree que esos alimentos ayudan a mantener los dientes?

¿Qué entiende por el proceso del envejecimiento?

¿Cómo es el proceso de envejecimiento?

Ps:

- ¿Cómo siente el proceso de envejecimiento en usted?

¿Desde qué edad sintió que envejecía más?

¿Para usted como debe ser el cuidado de la vejes?

Ps:

- ¿Cómo se cuida usted?

¿Qué piensa del odontólogo?

Ps:

- ¿Cómo describiría una visita al dentista?

- ¿Con cuanta frecuencia visita al dentista?

¿Qué experiencias ha tenido con el odontólogo?

Ps:

- ¿Cómo calificaría sus experiencias con el odontólogo?
- ¿Con cuanta frecuencia visita al odontólogo?

¿Qué tratamiento se realizado con el dentista?

Ps:

- ¿A que considera un buen tratamiento realizado por el dentista?

III. PREGUNTAS FINALES

¿Cómo le gustaría que le solucionaran los problemas con la dentadura?

¿Qué tratamientos odontológicos que usted no se ha podido hacer le gustaría hacerse?

¿Cómo cree que los dientes influenciaran en el rostro?

¿Qué opinión tiene sobre el Centro del Adulto Mayor de Barranco?

¿Qué le gustaría cambiar del Centro del Adulto Mayor?

ANEXO N° 6

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Vicerrectorado de Investigación
Dirección Universitaria de Investigación,
Ciencia y Tecnología - DUICT

CERTIFICADO 43-4-13

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia certifica que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética. La aprobación incluyó los documentos finales descritos en anexo al presente certificado.

Título del proyecto : "Estudio Cualitativo sobre la percepción de la salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro de Adulto Mayor del distrito de Barranco entre los meses de Marzo y Abril del 2013."

Código de inscripción : 60882

Investigador(es) : Daniel Espinoza

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **10 de febrero del 2014**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 11 de febrero del 2013

Fredy Canchihuamán Rivera, MD MPH PhD

Presidente

Comité Institucional de Ética en Investigación/auc

Av. Honorio Delgado 430, Lima 31 / Apartado Postal 4314, Lima 100, Telefax: 482-4541
Teléfono: 319-0000 Anexo: 2271 / 2542
e-mail: duict@oficinas-upch.pe <http://www.upch.edu.pe/vrinve/duict/>

ANEXO N° 7

CARTA DE PRESENTACIÓN AL CENTRO DE SALUD



**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA**

Facultad de Estomatología
Roberto Beltrán

Dirección de Postgrado en Estomatología

CAR-FE-SI-DPE-1234-2012

Lima, 26 de noviembre de 2012

Señor Doctor
Fernando Pastor Espino
Director
Centro del Adulto Mayor de Barranco
ESALUD
Presente.-

Estimado doctor Pastor:

Es grato saludarlo y a la vez tengo el agrado de presentar al C.D. Daniel Alonso Kim Espinoza Espinoza, alumno del primer año del Programa de Maestría en Estomatología de la Dirección de Postgrado, Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El cirujano dentista Espinoza, se encuentra realizando un estudio de proyecto de investigación titulado "Estudio cualitativo de la autopercepción de salud bucal en adultos mayores del distrito de Barranco".

Por tal motivo, mucho agradeceré a usted tenga a bien brindar las facilidades necesarias para que el cirujano dentista pueda desarrollar su proyecto de investigación.

Aprovecho la oportunidad para estrechar lazos profesionales y de amistad entre nuestras instituciones y agradeciendo su alto espíritu de colaboración, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dra. Leyla Delgado Cotrina
Coordinadora Académica del Programa de Maestría
Postgrado en Estomatología

Nilda L.

UNIVERSIDAD ACREDITADA INTERNACIONALMENTE CON MENCIÓN ESPECIAL EN INVESTIGACIÓN

50 AÑOS DE
EXCELENCIA ACADÉMICA Y
A LA VANGUARDIA DE
LA INVESTIGACIÓN

Av. Honorio Delgado 430, Lima 31 / P.O. Box 4314, Lima 100
Teléfonos: (511) 381-1950 Anexo: 254 - 268 **TeleFax:** 381-1940
E-mail: faest.pg.ssm.sec.admin@oficinas-upch.pe
Página Web: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/duict/>

ANEXO N° 8

PERMISO DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE BARRANCO

CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE BARRANCO

CARTA N° 094 -CAM BARRANCO-SGPAM-GPS-GCEyS-ESSALUD-2012

Barranco, 30 de Noviembre de 2012

Dra. Leyla Delgado Cotrina
Coordinadora Académica del Programa de Maestría.
Postgrado en Estomatología de la UPCH

Presente.-

Estimada Doctora Delgado:

Es grato saludarla y a la vez tengo el agrado de decirle que se acepta que el C.D Daniel Alonso Kim Espinoza cuenta con el permiso de realizar su estudio titulado "Estudio cualitativo de la autopercepción de salud bucal en Adultos Mayores del distrito de Barranco".

Aprovecho la oportunidad para estrechar lazos profesionales y de amistad entre nuestras instituciones.

Atentamente,



WILFREDO F. PASTOR ESPINO
Promotor Social
CAM - BARRANCO
ESSALUD

Señor Doctor
Fernando Pastor Espino
Promotor

ANEXO N° 9

CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN EN LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

Dra. Leyla Delgado Cotrina

Coordinadora Del Programa De
Maestría En Estomatología De La
Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Yo, **Ximena Salazar Lostaunau**, M.A, Antropóloga, Coordinadora Ejecutiva de la Unidad de Salud Sexualidad y Desarrollo Humano de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

DEJO CONSTANCIA:

Que el C.D Daniel Alonso Kim Espinoza Espinoza, alumno del primer año del programa de Maestría en Estomatología de la Dirección de Posgrado, Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia se encuentra capacitado para realizar una buena **entrevista a profundidad** para que pueda realizar su trabajo de investigación con el título: "Estudio cualitativo de la percepción de salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor del distrito de Barranco".



Ximena Salazar L.
Antropóloga M.A.
Coordinadora Ejecutiva
Unidad de Salud Sexualidad y Desarrollo Humano
Facultad de Salud Pública y Administración
Universidad Peruana Cayetano Heredia

ANEXO N° 10

OBJETIVOS Y DIMENSIONES (N° I Y 2)

OBJETIVOS	DIMENSIONES	Categorías	Sub Categorías
1. Explorar y analizar, el significado y las experiencias del envejecimiento de los adultos mayores.	Experiencias y significados del envejecimiento en adultos Mayores	Significado del envejecimiento en los adultos mayores.	Significado de la edad. Significado de la salud general. Significado de la salud en el envejecimiento.
		Experiencias del envejecimiento.	Experiencias durante vida. Experiencias de la llegada a la vejez. Experiencias en la mente. Experiencias en el cuerpo.
2. Explorar y analizar, el significado y experiencias de la salud bucal cuando se es adulto mayor.	Significado y experiencias de salud bucal cuando se es adulto mayor	Significado de la salud bucal.	Importancia que tiene la boca para la salud. Significado que tiene la boca. Significado que tienen los dientes naturales. Significado que tienen la pérdida de sus dientes. Significado de las prótesis.

ANEXO N° 11

OBJETIVOS Y DIMENSIONES (N°3)

3. Explorar y analizar, el significado y experiencias de la salud bucal cuando se es adulto mayor.	Significado y experiencias de salud bucal cuando se es adulto mayor	Conocimientos que los adultos mayores tienen de la salud bucal.	Conocimientos sobre higiene. Conocimientos de cuidado. Conocimiento sobre alimentación.
		Conocimientos que los adultos mayores tienen del envejecimiento	Conocimientos sobre procesos de envejecimiento. Conocimientos sobre cuidados de la vejez.
		Experiencias de la salud bucal.	Conocimientos sobre higiene. Conocimientos de cuidado. Conocimiento sobre alimentación.
		Hábitos de la salud bucal	Hábitos de higiene. Hábitos de cuidado. Hábitos de alimentación.

ANEXO N° 12

OBJETIVOS Y DIMENSIONES (N° 4 Y 5)

4. Explorar y analizar la percepción, las experiencias con el odontólogo y los cuidados odontológicos.	Percepción y experiencias con el odontólogo	Percepción del odontólogo.	Percepción del odontólogo.
		Experiencias con el odontólogo.	Experiencias con el odontólogo
		Experiencias con los tratamientos odontológicos	Experiencias con los tratamientos odontológicos recibidos.
5. Conocer las expectativas de los entrevistados para mejorar su condición en relación a la salud bucal.	Expectativas de los adultos mayores sobre la salud bucal	Expectativas sobre sus problemas, tratamiento y estética en salud bucal	<p>Soluciones a los problemas.</p> <p>Alternativas de tratamiento.</p> <p>Aspecto estético.</p>

ANEXO N° 13

