



**ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

Br. Efraín Tito Camones

**ASESOR:**

Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco

**SECCIÓN:**

Ciencias médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales

**LIMA- PERÚ**

**2018**

---

Dra. Nancy Elena Cuenca Robles

Presidente

---

Dra. Karen Zevallos Delgado

Secretario

---

Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco

Vocal

**Dedicatoria**

A mi esposa por ser el faro de mi esfuerzo y la compañera ideal de arduas labores académicas, a mi hijo por ser el motor que impulsa las ganas de ser mejor cada día, a mis padres por darme la vida y la enseñanza de que todo lo obtenido con esfuerzo y sacrificio tiene un buen fin.

### **Agradecimiento**

A Dios por otorgarme la vida, la felicidad y las ganas de superarme cada día para ser una mejor persona.

A la Universidad César Vallejo por ofrecerme la oportunidad de realizarme profesionalmente en su magna escuela.

A la doctora Teresa Campana por ser mi asesora, que sin su guía no hubiera podido hacer realidad el desarrollo de esta tesis, al programa de atención domiciliaria Padomi – EsSalud por la autorización brindada y a los pacientes adultos mayores a quienes debo su gratitud y paciencia en la recolección de la información.

### **Declaratoria de Autoría**

Yo, **Efraín Tito Camones**, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017” presentada, en 123 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional. Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 17 de marzo del 2018

---

Br. Efraín Tito Camones

DNI: 09692922

## Presentación

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y títulos de la sección de Postgrado de la Universidad César Vallejo para optar el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, presento el trabajo de investigación denominado:

Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017. La investigación tiene la finalidad de establecer la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida de los adultos mayores del programa PADOMI 2017.

La presente investigación está dividida en siete capítulos: El capítulo I, se consideró la introducción que contiene los antecedentes, fundamentación científica, justificación, problema, hipótesis y objetivos; el capítulo II, referido a las variables de estudio, la operacionalización de las variables, tipo y diseño de investigación, las técnicas e instrumentos; el capítulo III, lo conforma los resultados de la investigación; el capítulo IV la discusión de los resultados; el capítulo V las conclusiones de la investigación, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII las referencias bibliográficas y finalmente los anexos.

Los resultados obtenidos en esta investigación demostraron que la enfermedad periodontal tiene una relación moderada indirecta con la calidad de vida del adulto mayor, es decir que, a menor enfermedad periodontal, mayor es la calidad de vida.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

El autor.

## Índice

	Pág.
Carátula	i
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
<b>I. Introducción</b>	<b>13</b>
1.1 Realidad problemática	14
1.2 Trabajos previos	16
1.3 Teorías relacionadas al tema	24
1.4 Formulación del problema	41
1.5 Justificación del estudio	42
1.6 Hipótesis	44
1.7 Objetivos	44
<b>II. Método</b>	<b>46</b>
2.1 Diseño de investigación	47
2.2 Variables, operacionalización	49
2.3 Población y muestra	52
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y Confiabilidad	53
2.5 Métodos y análisis de datos	58

2.6 Aspectos éticos	59
<b>III. Resultados</b>	60
3.1 Análisis descriptivos de los datos	61
3.2 Resultados correlacionales	66
<b>IV. Discusión</b>	70
<b>V. Conclusiones</b>	77
<b>VI. Recomendaciones</b>	80
<b>VII. Referencias</b>	82
<b>Anexos</b>	87
Anexo A: Matriz de consistencia	
Anexo B: Instrumentos	
Anexo C: Certificado de validez de los instrumentos	
Anexo D: Base de datos	
Anexo E: Acreditación de la institución	
Anexo F: Consentimiento informado	
Anexo G: Artículo científico	

**Lista de tablas**

	Pág.	
Tabla 1	Operacionalización de la variable enfermedad periodontal	51
Tabla 2	Operacionalización de la variable calidad de vida	52
Tabla 3	Validación de expertos de índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad (Cpitn)	56
Tabla 4	Validación de expertos de índice de salud oral geriátrico (Gohai)	56
Tabla 5	Confiabilidad del instrumento-alfa de Cronbach	57
Tabla 6	Distribución de frecuencia de la enfermedad periodontal	61
Tabla 7	Distribución de frecuencia de la calidad de vida	62
Tabla 8	Distribución de frecuencias de la dimensión función física	63
Tabla 9	Distribución de frecuencias de la dimensión función Psicológica	64
Tabla 10	Distribución de frecuencias de la dimensión malestar	65
Tabla 11	Prueba de rho de Spearman entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida	66
Tabla 12	Prueba de rho de Spearman entre la enfermedad periodontal y la función física	67
Tabla 13	Prueba de rho de Spearman entre la enfermedad periodontal y la función psicológica	68
Tabla 14	Prueba de rho de Spearman entre la enfermedad periodontal y la función malestar	69

## Lista de figuras

	Pág.	
Figura 1	Diagrama del diseño correlacional	48
Figura 2	Niveles de diagnóstico de la enfermedad periodontal	61
Figura 3	Niveles de diagnóstico de calidad de vida	62
Figura 4	Niveles de la dimensión función física	63
Figura 5	Niveles de la dimensión función psicológica	64
Figura 6	Niveles de la dimensión malestar	65

## Resumen

La presente investigación titulada “Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017. Tuvo como objetivo general establecer la relación que existe entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida de los adultos mayores.

El fundamento teórico respecto a las variables enfermedad periodontal y calidad de vida, fue elaborado en base a diferentes autores. La metodología muestra un enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo, con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo correlacional. El diseño de investigación fue no experimental con corte transversal; el muestreo fue probabilístico, la población estuvo conformada por 168 adultos mayores, los cuales reunieron los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicaron cuestionarios tipo escala de Likert las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad. Se realizó una prueba piloto conformada por 20 adultos mayores y se aplicó la fiabilidad de los instrumentos con el estadístico Alfa de Cronbach.

Se aplicó el estadístico Rho de Spearman para determinar la correlación entre las variables y se determinó que existe una relación indirecta moderada y significativa entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida, con coeficiente de correlación de -0.517, es decir a menor enfermedad periodontal, mayor calidad de vida.

**Palabra clave:** Enfermedad periodontal, calidad de vida, adultos mayores.

## Abstract

The present research entitled "Periodontal disease and quality of life in older adults of the home care program (Padomi - EsSalud) of the jurisdiction of Los Olivos - Lima, 2017 had as its general objective to establish the relationship between periodontal disease and quality of life of the elderly.

The theoretical foundation regarding the variables periodontal disease and quality of life, was elaborated based on different authors. The methodology shows a quantitative approach and hypothetical deductive method, with a type of basic research and correlational descriptive level. The research design was non-experimental with a cross section; the sampling was probabilistic, the population consisted of 168 older adults, who met the inclusion and exclusion criteria. Likert scale questionnaires were applied, which were subjected to validity and reliability. A pilot test consisting of 20 older adults was carried out and the reliability of the instruments was applied with the Cronbach's Alpha statistic.

The Spearman's Rho statistic was applied to determine the correlation between the variables and it was determined that there is a moderate and significant indirect relationship between periodontal disease and quality of life, with a correlation coefficient of -0.517, that is to say, less periodontal disease, higher quality of life.

**Keywords:** Periodontal disease, quality of life, elderly.

## **I. Introducción**

## 1.1 Realidad problemática

La salud bucodental debe ser un tema de mayor importancia a nivel mundial, ya que ésta garantiza el bienestar social de las poblaciones al transcurrir de los tiempos y está sujeto a los cambios sociales y morfológicos. “Las ciencias biológicas muestran el desarrollo relacionado con el crecimiento y al envejecimiento, vinculado con el deterioro”. (Cornachione 2006 p. 53)

Salech, Jara y Michea (2012) al respecto sostienen “la vejez conlleva a una variedad de transformaciones físicas y funcionales en la totalidad de órganos, el conocimiento de esto nos permitió una mejor comprensión de las diversas causas que originan las enfermedades entre los adultos de la tercera edad y el resto de la población que se encuentra en la edad adulta (p.23).

Los problemas de salud bucodental en la población envejecida son diversas y el costo social que representa es un reto para los gobiernos que en algunos casos es incapaz de solucionar las cuestiones de sanidad pues repercute en el bienestar social del adulto mayor. En su mayoría las afecciones periodontales afectan tanto a los adultos como a los adultos mayores de la población mundial. La población senil presenta dificultades masticatorias, las cuales presentan consecuencias en la alimentación, daños y molestias al ingerir los alimentos, al comunicarse y al interrelacionarse, en otras palabras, repercute en el índice de calidad de vida de toda la población senil (Taboada y Cortés 2014, p.273).

Las enfermedades bucales son entendidas en este siglo XXI como una dificultad de sanidad gubernamental, en los diversos contextos de todo el planeta, causando insuficiencia, alteraciones en la masticación, que afectan directamente la condición de subsistencia del adulto mayor. Asimismo, las expresiones de la Gingivitis, hemorragias leves, aliento fétido, retroceso de las encías y pérdida de las piezas dentarias, habiéndose reportado que la inflamación gingival se presentaría en el 99% de los adultos, mientras que la prevalencia de periodontitis alcanzaría un 30%, solo superada por la caries dental no tratada con prácticamente el 100% de los adultos afectados; además, la destrucción del hueso alveolar puede desembocar en una pérdida dental (OMS 2012).

En el Perú los indicadores muestran altos índices de las enfermedades bucales y la necesidad de tratamientos de la salud oral. El Ministerio de Salud sostiene que la salud oral en la nación compone una seria dificultad de Salud Pública, y es de suma importancia una intervención a esta problemática, incentivando programas para promocionar y prevenir la salud dentobucal. La población en general presenta necesidades de abordajes a las enfermedades orales, con la característica de que la población de extrema pobreza prioriza el gasto a la alimentación por encima al de la salud. (Minsa 2012)

De acuerdo a la investigación epidemiológica nacional efectuado entre los años 2001-2002, el predominio de caries dental está por encima del 90 %, para lo concerniente a la picadura de los dientes, a los 12 años es alrededor de 6 dientes, para la Organización Panamericana de la Salud – OPS, esta cifra en una nación, la coloca en situación crítica; de acuerdo a una investigación del año 1990, el predominio del trastorno gingival fue de un 85%.

Las enfermedades bucales se agravarán haciendo que el bienestar social de la población senil sea un problema mayor, si es que no tomamos en cuenta la prevalencia de estas enfermedades.

Las conclusiones nos muestran que es una prioridad diseñar e implementar una gama de tácticas orientadas a lograr el incremento de la sanidad oral, en la población senil, siendo propicio la creación de un programa que impulse la autodisciplina en el cuidado de la salud, la higiene bucal y la asistencia médica oportuna.

La salud oral, se puede conceptualizar como la falta de dolor bucal, la ausencia de tejido neoplásico en boca o garganta, infecciones y heridas bucales, enfermedades gingivales, caries, ausencia de piezas dentales y aquellos trastornos que inhabilitan a la persona afectada en su funcionalidad de masticar los alimentos, sonreír y hablar, al mismo tiempo influyen en el bienestar emocional y social del individuo (OMS 2012).

Solamente en el programa de atención domiciliaria (Padomi- Essalud) de la jurisdicción de Los Olivos, representan una realidad distinta, a pesar de la importancia que tiene la atención médica odontológica, se percibe una escasa aplicación de las mismas, producto del poco conocimiento que se tiene sobre el

momento y la manera de conducirlos. Esto explicaría las razones, o ¿por qué? los adultos mayores en vez de recibir una atención odontológica adecuada siguen manteniendo esta enfermedad que causa daño a nivel sistémico y lesiones bucales.

Por lo antes expuesto, es necesario analizar en qué medida la enfermedad periodontal afecta el bienestar social de la población senil atendida por el programa de atención domiciliaria (Padomi – Essalud) de la jurisdicción de Los Olivos, con el propósito de repensar una nueva forma de atención domiciliaria, donde los actores o protagonistas no sean únicamente los adultos mayores y el odontólogo, sino también, la propia familia. De esta forma, se pretende mejorar la atención recibida en el programa de atención domiciliaria y el bienestar social de la población senil en concordancia con los nuevos enfoques, tendencias y objetivos médicos.

## **1.2 Trabajos previos**

### **1.2.1 Antecedentes internacionales.**

De La Fuente, Sumano, Sifuentes y Zelocuatecatl (2010) en sus investigaciones presentadas en el *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores*, de una determinada jurisdicción territorial de México, una de las ciudades más pobladas del mundo, con la finalidad de hacer una estimación apropiada de la sanidad oral y el bienestar social de los adultos de la tercera edad. Desarrollaron un análisis de corte transversal en 150 adultos de la tercera edad, enmarcado en el rango de los 60 a los 85 años de edad. Los datos se obtuvieron a través de la inscripción de los impactos orales, considerando como periodo de observación los últimos 6 meses, tomando como referencia el Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14, por su sigla en inglés), y la sanidad oral, se trabajó usando como referente el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD). Esos informes obtenidos mostraron interés a nivel de problemas dentales y de boca (87,3%), inconvenientes al alimentarse (64%), dolor oral (60,7%) y la suspensión del alimento (56%). El CPOD fue de 14,1; el componente cariado, 3,96; los dientes perdidos, 5,95; y los dientes obturados, 4,19. La correlación entre el índice OHIP-14 y el CPOD fue eficiente, pero poco acentuado

( $r=0,26$ ;  $p=0,001$ ). Llegaron al desenlace de que la situación oral se vincula con el bienestar social de los adultos de la tercera edad e impacta especialmente en el cumplimiento de sus actividades diarias.

Díaz, Arrieta y Ramos (2012) nos proponen en su investigación el *Impacto de la salud bucodental en el bienestar social de los adultos de la tercera edad, tratando de encontrar vinculaciones entre la sanidad oral y el bienestar social en los adultos mayores observados*, los datos fueron recogidos por los investigadores de Estomatología, perteneciente a la universidad de Cartagena, Colombia, usando un diseño de un análisis de corte sesgado, con una población de 120 adultos mayores, donde se calcularon características poblacionales, sociales y familiares, aplicando el índice de Salud Oral Geriátrico (Gohai) y poder alcanzar una valoración más real de salud bucal. Los resultados encontrados fueron interpretados usando agrupaciones calculadamente relevantes y razones de disparidad (OR). Todos los productos obtenidos mostraron un valor estadístico significativo que relaciona la sanidad oral insuficiente y su efecto nocivo sobre el bienestar social, cuyo índice es Gohai ( $p = 0,01$ ), asociando el bienestar social a las dificultades de los tratamientos terapéuticos de la pulpa dentaria (OR: 3,5; IC 95%: 1,4-8,4;  $p = 0,004$ ), y llegaron a la conclusión que los tratamientos endodónticos mal ejecutados o no concluidos conllevan a disminuir el bienestar social de los adultos de la tercera edad. Por las razones ya mencionadas es necesario un planteamiento psicosocial donde se considere otras causas que garanticen el confort del paciente.

Esquivel y Jiménez (2012) realizaron un estudio acerca de las consecuencias más comunes que se producen al usar una *ortopedia oral, poniendo énfasis, en que si un grupo de adultos logran percibir la relación del uso de las prótesis con la sanidad bucodental*, para lograr su cometido utilizaron como procedimiento de investigación, una técnica sin pruebas, trabajando con un grupo de adultos mayores, cuando estos se apersonaban a las clínicas odontológicas, para la instalación de sus respectivas prótesis dentales. Se hizo la apreciación médica de la cavidad bucal (OMS) y se emplearon dos usos de la herramienta llamada General Oral Health Assessment Index (Gohai), el primer uso se dio previo a la instalación de la ortopedia dental y el segundo uso se

produjo después de transcurrido un mes de haberse instalado las prótesis correspondientes. Dicho estudio contó con 53 sujetos, cuya edad promedio fluctuaba en 67.23 años. Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes de sexo femenino tenían los promedios más elevados en relación a los del sexo masculino en lo que respecta a CPOD y en la ausencia dentaria. Más del 50% de los evaluados (62.3%) poseen algunas piezas dentarias y un 35.8% ya no cuentan con ningún diente. Gracias a los datos recogidos con el instrumento Gohai se concluyó que un 11.3% tuvo una buena percepción de su sanidad oral. Pasado un mes de haberse colocado las ortopedias dentales, el 35.7% había elevado su porcentaje de percepción efectiva de su salud oral. La función masticatoria, comunicativa y el interés por el estado óptimo de los dientes fueron el centro de las preocupaciones y cambios en ambas aplicaciones. Podemos observar que existen diferencias calculadamente valorativas ( $p < 0.05$ ) en las puntuaciones del Gohai entre ambas aplicaciones y concluyeron en que es evidente que la falta de algunos o todos los dientes, afecta el uso funcional que debe cumplir el sistema bucodental y que al mejorar dicha funcionalidad al usar prótesis dentales, generan sin lugar a dudas, una mejor autopercepción de la salud oral, por parte de los adultos mayores, lo cual influye directamente con la mejora de su calidad de vida o bienestar social.

Laplace, Legrá, Fernández, Quiñones, Piña y Castellanos (2013) en un estudio realizado en Cuba acerca de las *Enfermedades bucales en el adulto mayor*, por tener una población senil creciente en estos últimos años. Para poder tomar decisiones en la mejora de la salud oral de los adultos mayores cubanos, se procedió a realizar una exhaustiva revisión bibliográfica de las principales investigaciones, actualizándose así la base de datos medline, con la finalidad de tener a la mano información fidedigna acerca de las enfermedades bucales que con mayor frecuencia afectan al adulto de la tercera edad. La población senil tiene un riesgo más alto de producir enfermedades crónicas de la cavidad bucal y que incluyen las infecciones más comunes (caries, periodontitis), pérdida de dientes, lesiones benignas de la mucosa y cáncer bucal. Además, aparecen frecuentemente la xerostomía (generalmente secundaria a medicaciones) y la candidiasis bucal.

La conclusión afirmó que la población cubana senil está aumentando notablemente, por lo tanto, es natural que aparezcan las enfermedades propias de la vejez, como es el caso de deficiencias bucodentales, que requieren de atención inmediata y especializada, evitando así que se deteriore la calidad de vida del adulto mayor.

Taboada y Cortés (2014) realizaron un estudio sobre la *Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos de la tercera edad del estado de Hidalgo, México*, con la finalidad de conocer cómo perciben adultos mayores de un grupo previamente seleccionado la presencia de piezas cariadas y la enfermedad periodontal, usando la metodología del estudio observacional, proyectivo, transversal y descriptivo en 102 adultos mayores de ocho comunidades rurales del estado de Hidalgo, a los cuales se les aplicó el instrumento *Geriatric Oral Health Assessment Index (Gohai)* para poder observar su percepción con su estado de salud bucodental. Los resultados obtenidos en la puntuación del índice Gohai de la autopercepción de los problemas de salud bucal de los adultos de la tercera edad fue de 42.3 ( $\pm$  11.0), calificación que muestra una mala percepción en lo físico, en lo psicosocial, así como la presencia de malestar o dolor y una salud bucodental deficiente, la puntuación obtenida en el índice Gohai de la autopercepción de los problemas de salud bucal de los adultos mayores fue elevada. En esta investigación se registraron factores tales como, la edad, el sexo, el nivel educativo de los observados, sin embargo, para todos influyó mucho su tipo de sanidad bucal, en relación con su nivel de bienestar social.

Álzate, Agudelo, López, López, Espinosa y Posada (2015). Al respecto realizaron un estudio sobre la *Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia*, con el objetivo de analizar la percepción de la población adulta mayor sobre su bienestar social, contrastándola con su estado de bienestar total y bucal. Desarrollaron un estudio cualitativo, descriptivo y comprensivo, mediante una perspectiva etnográfica, es decir les ha importado el factor racial, de las zonas rurales de Colombia.

Como sucede en las zonas rurales de nuestro país, en Colombia la atención odontológica es insuficiente para toda la población, en especial para los adultos mayores que son los que más lo necesitan, por lo tanto se analizaron cinco categorías: salud auto percibida y Factores que influyen predominantemente en los estados de salud y el tipo de bienestar social, con respecto a la sanidad oral, esto dependerá determinadamente del apoyo Familiar y social; envejecimiento saludable; y entrada a los servicios de salubridad y llegaron a la conclusión de que la autopercepción sobre la calidad de vida es un aspecto fundamental para evaluar los determinantes de la salud en la población senil y que la atención médica odontológica recibida es deficiente, ya que en la mayoría de los casos es difícil conseguir las citas necesarias para la posterior colocación de las prótesis totales o parciales, cuyos costos no son cubiertos por el seguro, sino por el propio paciente.

### **1.2.2 Antecedentes nacionales.**

Soto, Vallejos, Campos, Ouslanova, Agüero, Bernal, Camargo y De la Cruz (2009) realizaron un estudio orientado a establecer la *situación oral de pobladores con discapacidades residentes en el distrito de San Luis – Lima*, como iniciativa de formar el sistema de servicio dental especializado que se pretendía implementar. Se inició con el uso del Índice de Higiene Oral simplificado de Greene y Vermillion (IHOS), y las fichas odontológicas para registrar la presencia de las enfermedades periodontales y de bolsas periodontales leves, moderadas y profundas, piezas dentales extruidas y bruxismo dental. Se llegó a examinar un total 89 individuos. De donde el 42,2% mostraban la presencia de la invalidez motora; 35,3% tuvieron inhabilidad psíquica y el 9,8% presentaron la incapacidad sensitiva. El CPOD, mostraba un acrecentamiento con el paso de los años, y se pronunciaba después de los 51 años. Concluyeron que la salud dental de las personas con algún tipo de invalidez se menoscababa aceleradamente con el paso de los años.

Belaunde, Salazar, Castillo, Manrique, Orejuela, Zavaleta y López (2012) realizaron un estudio sobre la *Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo* en el distrito de Cajabamba, departamento de Cajamarca con el objetivo de ver el nivel de factibilidad para lograr un cupo o cita para acceder a la

atención odontológica, basada en medir la capacidad del individuo para obtener atención dental cuando sea necesario, o ante algunas barreras que podrían impedir la atención. El estudio fue transversal, observacional y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 148 personas adultas entre 18 a 65 años. El acceso a la atención dental se determinó mediante tres variables, las cuales fueron: motivo por la cual no se realizó el cuidado dental apropiado, motivo principal que originó la visita al dentista y última consulta le fue realizada al dentista, sobre las condiciones médicas que presentaron los pacientes. Se realizó un análisis univariado para determinar la distribución de cada una de las variantes, lo cual hizo posible la detección de valores fuera de lo previsto. También se efectuó un estudio bivariado, usando la prueba de Chi cuadrado, para determinar la correspondencia entre las variables componentes de acceso a la atención dental y el edentulismo. Las pruebas se realizaron con el programa *Stata Inter Cooled* 8.0. Resultados: estadísticamente significativa en la última visita al dentista en relación a los dentados y a los edéntulos, siendo el  $p < 0,0063$  (13), el 100 % de los pacientes acudieron al dentista porque presentaban cuadros de dolor, un 33.73 % visitaron al dentista en un tiempo menor a un año y un 36.36 % acudieron al dentista en un tiempo mayor a cinco años, llegando a la conclusión de que si se encuentra relación entre la accesibilidad a la prestación del servicio dental y la pérdida prematura de las piezas dentarias, generado porque solo van al dentista o son llevados por sus cuidadores cuando sus dientes tienen problemas serios, generándose el edentulismo o pérdida de algunas o todas las piezas dentarias de un adulto.

En Lima, la prevalencia de las enfermedades bucales mantiene altos porcentajes, lo cual refleja que la salud de los adultos mayores es deficiente. Campodónico, Chein, Benavente, Vidal, Delgadillo, Álvarez, Evaristo, Campodónico, Lara y Díaz (2013) realizaron una investigación de tipo descriptivo-transversal en 120 personas de la tercera edad, mayores de 60 años, sobre *el perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores, en las zonas urbanas de Lima*, donde los resultados obtenidos fueron: edad promedio de los investigados 71 años, con prevalencia del sexo femenino (70%) y en el nivel de instrucción predominó la educación secundaria, trastornos de la mucosa en un 10.8%, siendo del tipo ulceración localizadas en el paladar y

rebordes alveolares. Presencia de cálculos y sangrado periodontal, en el 52% de la población. El 23.3% necesita profilaxis y solo un 11% raspaje radicular. De las piezas dentarias presentes en boca el 23% han perdido fijación o se han retraído en unos 4-5 mm. Solo 5.82% de los dientes se encuentran sanos, siendo el promedio de caries 4.43, dientes perdidos 14,77 del 53%. El CPO tuvo una media de 19.71. Ds. 6.74. El 31.7% usan ortopedia dental total removible superior y ortopedia dental fija en un 19,2%. En el maxilar inferior un 20% utilizan PPR y el 13,3% usan prótesis total y fija 9,27%. Es evidente la alta necesidad de prótesis removibles tanto en los maxilares superiores e inferiores de la mayoría de los adultos de la tercera edad, motivo de dicho estudio. Se logró establecer que la salud bucal de las personas adultas mayores es deficiente, ya que podemos apreciar que hay presencia de un alto índice de piezas cariadas y enfermedades periodontales, lo que evidencia la imperiosa necesidad de implementar una cultura de higiene bucodental, operatoria y el uso de prótesis parciales removibles, removibles totales y fijas, para devolver la funcionalidad del sistema bucodental (p. 29).

Gallardo, Picasso, Huilca y Ávalos (2013), realizaron un estudio *sobre la calidad de vida y su directa relación con la salud bucodental en los adultos de la tercera edad, dicha investigación se realizó en la casa del adulto mayor, en la jurisdicción de la municipalidad de Chorrillos, Lima-Perú*, con el único objetivo de determinar ¿cómo perciben su bienestar social ligado a su salud bucal? Según las opiniones vertidas por los pacientes atendidos en sus propios domicilios, la metodología empleada en la investigación fue de corte descriptivo. La muestra seleccionada para tal fin estuvo integrada por 164 adultos de la tercera edad, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, donde participaron como voluntarios. Se recogió la información, usando una entrevista estructurada, que aplicó el Índice de Salud Oral Geriátrico (Gohai). Los indicadores recogidos dieron a conocer que casi en su totalidad, los adultos mayores presentaban una deficiente autovaloración de su salud bucodental (77,4%), seguido por una autovaloración media (18,3%); concluyendo en que, era casi generalizada las autopercepciones negativas acerca de su salud oral y que era evidente que requerían de una adecuada atención primaria odontológica, dichos tratamientos deberían ser incluidos en programas integrales de salud

como políticas de salud pública. De igual manera, al efectuarse la distinción deductiva no se halló correspondencia entre la autopercepción de sanidad oral y el sexo ( $p = 0,239$ ), ni con el nivel educativo ( $p = 0,085$ ) ni con la presencia de afecciones sistémicas ( $p = 0,438$ ).

Reyes, Rodríguez, Paz-soldán, García, Iparraguirre, Montalvo, Bravo, Guardia, Pino y Portugal (2013) realizaron un estudio sobre la *determinación de la salud bucal en personas mayores institucionalizadas residentes en Lima*, con el objetivo de evaluar y conocer la salud bucal en personas mayores. Se seleccionó dos centros geriátricos de dos distritos Limeños, la metodología del estudio fue representativo sesgado. Conformaron la muestra 24 personas, se aplicó el test de Pfeiffer, con el cual lograron verificar el estado de orientación y lucidez de los seleccionados, el índice de *Eichner* para la oclusión, el índice diente cariado perdido obturado (CPOD) y el índice de higiene oral simplificado (IHOS). Los resultados que se obtuvieron es que el 33,33% presentó caries dental, mientras el 66,67% era edéntulo. El promedio del CPOD fue de 27,66. Y el índice IHOS el 50,00% era malo, teniendo presente que 41,67% era edéntulo parcial o total. Se tuvo la percepción que el 62,50 % tenía una salud bucal regular. Según el índice de *Eichner*, registrando contacto en premolares y molares, encontramos que el 83,33% estaba en la escala C. En el test de *Pfeifer*, para conocer el estado de lucidez y orientación de las personas encontramos que el 41,67% presentó una función intelectual intacta. Llegaron a la conclusión de que el estado de salud bucal de los pacientes institucionalizados se encuentra bajo una perspectiva mala, teniendo como premisa que, a mayor edad, mayor el edentulismo, sin embargo, la ausencia de piezas dentarias no ha sido condicionante para que las personas sean portadoras de prótesis dentales. Debido a que más del 50% de los pacientes ya no presentan su función intelectual intacta y por ende, dependen de sus cuidadores o familiares, es sobre ellos q quienes recae la responsabilidad de velar por la salud bucodental de dichos adultos de la tercera edad, para que a través de tratamientos médicos y el uso de prótesis dentales, se les pueda devolver en parte la función masticatoria, tan importante para una buena alimentación y por ende poder elevar el índice de bienestar social.

### **1.3 Teorías relacionadas al tema**

Seguidamente se muestran las diferentes conceptualizaciones y teorías relacionadas con la enfermedad periodontal y el bienestar social en los adultos de la tercera edad, además se describen las dimensiones que permitieron su medición y la teoría que lo sustenta.

#### **1.3.1 Enfermedad periodontal**

La enfermedad periodontal es una infección bacteriana producida por una deficiente higiene oral, desde épocas muy antiguas los especialistas han dejado registrado detalladamente la correspondencia entre la higiene oral y la enfermedad de las encías.

Al respecto Carranza y Sznajder (1996) sostuvieron que “La enfermedad periodontal presenta lesiones inflamatorias gingivales, formando un saco periodontal, dicha inflamación genera la pérdida de hueso alveolar y posteriormente la pérdida definitiva del diente. Las inflamaciones gingivales, se producen por contagio, a través de placas bacterianas” (p.15).

Según Regezi, Sciubba (1991); Carranza (1993), Remolina (1996) y la sociedad Española de Periodoncia (1997) afirmaron que “La enfermedad periodontal afecta la cubierta interior de los maxilares y esqueleto de soporte dentario, acabando en una pérdida dental y destrucción de hueso alveolar si no es tratada”.

Las enfermedades periodontales son crónicas a través de los años, sumado a este problema, los malos hábitos de higiene y la casi nula intervención médica, los tejidos de sostén del diente sufren cambios que muchas veces pese a los tratamientos, pueden quedar estables. Al respecto Irigoyen, Velázquez, Zepeda y Mejía (1999) sostienen:

El periodonto, es un conjunto de ligamentos que fijan el diente dentro del alveolo óseo del maxilar y visto desde el punto de vista práctico es normal que cambie o reaccione al proceso de envejecimiento de dos formas: si hay poca o nula higiene, se acumulará una gran cantidad de placa bacteriana, afectando los tejidos periodontales, lo

cual provocará la gingivitis y con el tiempo se producirá en los pacientes susceptibles diversas patologías tales como: retracción, formación de bolsas y pérdida dental. El cuerpo humano es sorprendente ya que está documentado que con frecuencia se ven resultados opuestos en pacientes de edad avanzada con mínimo cambio en encía marginal, estrechamiento del ligamento periodontal y adherencia firme de los dientes, atrición marcada en estos con posible acúmulo de cemento radicular. Sin embargo, a pesar de cambios degenerativos gingivales y periodontales la capacidad de recuperación tisular del periodonto permanece estable (p.9).

Pero eso no sucede con todos los pacientes, por lo tanto, es conveniente prevenir el surgimiento de las enfermedades periodontales. De la edad depende mucho que tan rápido se produce el deterioro de los tejidos de soporte dentario, que sumado a una mala higiene bucal y el acúmulo de placa y cálculo dental acrecientan las patologías bucales; pero la capacidad recuperativa siempre se puede mantener estable.

De la misma manera Ortega y Lozano (2006) afirmaron al respecto lo siguiente:

La enfermedad periodontal es una inflamación de la encía con disminución de la fijación de las piezas dentales, que afecta a más del 50% los adultos de 45 años a más. Se denomina gingivitis a la manifestación inicial de la dolencia, la cual se asocia a inflamación e infección de las encías por las bacterias de la boca. Posteriormente, la periodontitis ocasiona una pérdida gradual de los medios de fijación de las piezas dentarias a los alvéolos. Su evolución depende de la salud de cada individuo y de la integridad de su sistema inmunitario, pero puede llevar a la pérdida del diente (p.185).

En el desarrollo y progreso de la enfermedad de los tejidos periodontales se distinguen dos etapas muy bien definidas: la gingivitis y la periodontitis.

Al respecto la OMS (2012) define a la salud bucodental como:

Fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

Además, la OMS (1997) hace referencia sobre la enfermedad periodontal y la teoriza como:

Condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. En términos generales, y de mayor importancia para la comunidad global, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana y la periodontitis crónica. Claramente la periodontitis es más significativa debido a que puede causar la pérdida de dientes; sin embargo, toda periodontitis se inicia con la presencia inicial de una gingivitis, y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas (p.189)

Aunque no existe un índice único para evaluar el estado periodontal, la OMS (2002) recomienda el Índice de necesidad de tratamiento Periodontal Comunitario (Cpitrn); este índice mide la presencia de sangrado, cálculo dental y presencia de bolsas periodontales en seis grupos de dientes denominados cuadrantes (p.205)

### **Gingivitis.**

Morales (2007) al respecto mencionó que:

La gingivitis se define como la inflamación localizada o generalizada de la encía, donde se han producido una serie de factores como edema o hinchazón blanda por exceso de líquido, eritema o enrojecimiento de la piel debido al aumento de la sangre contenida en los capilares, sangrados espontáneos o inducidos por el cepillado dental y/o masticación. Es claro que la gingivitis se ha producido cuando observamos que la encía presenta un color rojo brillante

parecido al de una fresa madura y su estabilidad cambia de firme y resistente a fluctuante y edematosa (p. 93).

Una idea central en este concepto de la gingivitis es la presencia de inflamación y sangrado gingival que se puede dar por el cepillado dental, al no ser tratada puede agudizarse y afectar los tejidos de soporte dentario.

Por otra parte, Echevarría (2011) refiere que:

La agrupación de bacterias a nivel del margen gingival siempre va a producir una respuesta inflamatoria gingival denominada gingivitis, es posible mantener esta masa bacteriana lo suficientemente disminuida como para que no surja una reacción de armadura por parte de la encía. En este tipo de condiciones, el número de especies bacterianas que pueden hallarse es muy alto, incluyendo la presencia de cocos gram positivos, actinomicetes y bacilos. Si no se hace algo para atacar la Gingivitis, se producirá un desmedido aumento en la masa bacteriana supra gingival por la ausencia de la higiene bucal, produciéndose cambios en la composición de manera que la placa se hace cada vez más gramnegativo, anaerobia, se incrementa el número de actinomicetes, estreptococos y aparecen espiroquetas, vibrios y filamentos (p.19).

Asimismo, Villa (2015) en su enfoque salubrista de la enfermedad periodontal nos da una definición más extensa de esta patología:

La enfermedad periodontal, es una enfermedad inflamatoria causada por múltiples factores, que tiene como etiología primaria las bacterias, y después el daño de los tejidos incrementado por condiciones sanitarias, los factores medioambientales y los antecedentes genéticos, procedente de nuestros ancestros. Las enfermedades periodontales son todas aquellas modificaciones de cualquier procedencia que afectan el componente tisular del periodonto (agrupación de esqueletos tisulares que protegen y soportan los dientes), formado por encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar (p.180).

## **Periodontitis**

Recibe este nombre en la etapa más avanzada de la afección de los tejidos de soporte dental y puede aparecer en parte o el total de la cavidad bucal. Puede presentarse también en forma sutil o grave, ser de aparición retardada o prematura en la vida del paciente.

Al respecto Morales (2007) sostuvo que “la periodontitis es una enfermedad de origen contagioso que se presenta en forma grave y cuya progresión provoca la pérdida de las es de sistema periodontal de los dientes.” (p.93)

Según Raspall (2007) nos hace la referencia de que el cálculo dental es una de las causas de la enfermedad periodontal, al respecto sostiene:

Que la acumulación de bacterias conlleva la formación de la placa dental. La maduración de la placa produce la concentración de cálculo dental, un material calcificado que se une a la superficie dentaria y que se considera un factor etiológico o causante indirecto de la enfermedad periodontal. Por eso es necesario que para tratarlo se proceda a eliminar la placa bacteriana o dental (p. 295).

De la misma manera Villa (2015) nos hace referencia a las consecuencias de no tratar una lesión primaria, al respecto sostiene que:

Cuando una gingivitis no es tratada hasta erradicarla, da lugar a la aparición de lesiones mucho más avanzadas propias de la periodontitis. La periodontitis se caracteriza principalmente por cambios inflamatorios de los tejidos periféricos al diente, si esta no es tratada a tiempo, progresa de tal manera que, en su forma más rigurosa, produce la pérdida masiva de los sistemas de soporte del diente que conduce a la perderlo definitivamente (p.180).

La periodontitis puede cambiar episódicamente, siguiendo desde una manera naciente hasta a una adelantada, tener un carácter grave o sutil y ser localizada o generalizada.

## **Dimensiones de Enfermedad Periodontal**

Para determinar las características de la afección periodontal se empleó el índice periodontal comunitario del 2013. En 1978, un grupo de trabajo mancomunado de la Federación Dental Internacional (FDI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), luego de haber realizado mediciones y estandarizaciones, definió y adoptó el índice de necesidad de tratamiento periodontal en comunidades (Cpitr), como el estándar para la recolección de datos de necesidad de tratamiento periodontal de la población. La Organización Mundial de la Salud (1981) en la primera edición de Manual para investigaciones de sanidad bucal básica sugiere el uso del índice Cpitr para la el estudio de la afección periodontal y plantea 4 indicadores que son: (a) Sangrado al sondaje suave, (b) Presencia de cálculos supra gingivales o sub gingivales, (c) Presencia de bolsas leves y moderadas y (d) Presencia de bolsas profundas.

### ***Primera dimensión: sangrado al sondaje suave (Gingivitis)***

Harris y García (2005) lo definen como una laceración inflamatoria reversible donde no existe pérdida de las capas tisulares de sostén (hueso, ligamento periodontal y encía. “La gingivitis producida por la presencia de placa dental es una tumefacción de la encía marginal, sin pérdida de la adhesión de la piel” (p.267). Es decir que la gingivitis puede producirse por diversos factores, si esta no es por presencia de placa dental, puede generar la pérdida de la adhesión epitelial.

Asimismo, Negroni (2009), refiere: “La gingivitis es entendida como las condiciones que afectan a la encía; es una congestión de los tejidos blandos que rodean al diente sin llegar a tocar el cemento radicular, el ligamento periodontal y el hueso alveolar” (p. 276). Aquí el autor refiere que solamente afecta a la encía, mas no a los tejidos de soporte dentario.

La gingivitis como una enfermedad periodontal, que no daña los tejidos de soporte dental. Lamont, Hajishengallis y Jenkinson (2015) al respecto sostienen:

La gingivitis se define como inflamación de tejidos epiteliales y conectivos alrededor de los dientes, pero sin pérdida de la inserción de tejido conectivo o

hueso alveolar de soporte para el diente. La placa relacionada con gingivitis es un tanto más gruesa que la formada en sitios sanos normales. Las bacterias en capas más profundas a menudo tienen aspecto lisado (“fantasmas”). Son comunes los depósitos mineralizados dentro de estas placas, que con el tiempo se convierten en cálculos. Las mayores proporciones de bacterias filamentosas y gram negativas como las *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia*, *Selenomonas sputigena*, *Campylobacter sputorum* y *Haemophilus parainfluenzae* residen en estas placas. (p.302). Si la placa dental no es removida a tiempo, éstos pueden llegar a convertirse en cálculos dentales y provocar la destrucción de los tejidos de soporte dentario.

### ***Segunda dimensión: Acumulación de cálculo***

Por definición, la palabra cálculo (del inglés *Calculus*), se refiere al almacenamiento de óxido de calcio constituido por masas mineralizadas cohesionadas a los frentes de las piezas dentarias. Desde la perspectiva de la química, un cálculo está integrado por un molde biológico compuesto elementalmente de proteínas combinadas de azúcares y agua, además de una fase material cuyos componentes constitutivos más relevantes son el fosfato de calcio, fosfato de magnesio, carbonato de calcio y ciertos oligoelementos. (Harris y García-Godoy, 2005, p.7)

Carranza y Sznajder (1996) definen que “los cálculos son masas calcificadas y adherentes que se forman sobre la superficie del diente, pueden ser supra gingivales o sub gingivales, según se localicen por encima o por debajo del margen gingival”. (p,39). Los autores coinciden que son masas calcificadas y mineralizadas que son adherentes a las piezas dentales.

De igual manera Eley, Soory y Manson (2012) definen que:

El cálculo dental, la cáscara de piedra que se forma en los dientes, se ha asociado a la afección periodontal, ya se describió en antiguos escritos médicos sobre estos temas. Es una mezcla calcificada que se forma y adhiere a las superficies de los dientes y otros objetos

resistentes de la cavidad bucal no expuestas al rozamiento. El sarro es la placa bacteriana calcificada (p.22).

La litiasis dental adherida a la superficie dentaria se forma en zonas donde la fricción es nula, el cepillado inadecuado también puede ser causante de la formación y acumulación de cálculo dental.

### ***Tercera dimensión: Bolsa periodontal leve y moderada (Periodontitis)***

Negroni (2009), al respecto refiere: “La periodontitis son cursos que involucran toda la organización del periodonto y son un grupo de afecciones que difieren en su etiología, historia natural, progresión y respuesta al régimen” (p.276).

Las respuestas al tratamiento difieren del huésped, en pacientes con progresión crónica, la enfermedad muchas veces causa un agrandamiento gingival, enrojecimiento y sangrado.

En esta enfermedad es necesario identificar los agentes patógenos para la rehabilitación adecuada del paciente, al respecto Lamont, Hajishengallis y Jenkinson (2015) sostienen:

La periodontitis crónica se define como la pérdida de tejido conectivo y soporte del hueso alveolar de los dientes como resultado de la actividad directa de bacterias patógenas como de inflamación inducida por la placa. Por definición la placa relacionada con periodontitis siempre se extiende hasta el cemento. Las placas son tan gruesas o más que las relacionadas con gingivitis. Predominan bacterias gram positivas filamentosas y gram negativas móviles y espiroquetas. Estas interacciones ocurren entre una bacteria filamentosa central y numerosas células bacterianas de una especie distinta que se adhiere a lo largo del filamento. Especies anaerobias como *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *Tannerella forsythia* y espiroquetas son comunes en la placa sub gingival de los pacientes con periodontitis (p. 303).

La flora bacteriana existente en esta enfermedad afecta a los tejidos más profundos dañando los tejidos como hueso alveolar propiamente dicho y el ligamento periodontal causando la movilidad dentaria.

La pérdida de los tejidos de soporte dentario, pueden ser generalizadas o localizadas. Villa (2015) al respecto refiere:

La periodontitis (PO) se caracteriza primordialmente por alteraciones inflamatorias de los tejidos adyacentes al diente, si estos tejidos no se tratan, la afección se incrementa de tal manera, que en su modo más severo, produce la pérdida masiva de las configuraciones de la estructura del diente que conlleva al extravío del mismo. La PO puede ir cambiando episódicamente, siguiendo desde una forma básica a una avanzada, tener un carácter crónico o agresivo y ser localizada o generalizada (p.181).

La congestión de los tejidos de sostén, causan la destrucción del hueso alveolar y la movilidad dental, al no ser tratada a tiempo puede avanzar a una patología generalizada, causando un deterioro masivo de los maxilares.

#### ***Cuarta dimensión: Bolsa periodontal severa (Periodontitis)***

La destrucción periodontal severa también está relacionada con el estado nutricional del paciente y enfermedades sistémicas, al respecto Ferro y Gómez (2007) sostienen:

Aunque no es frecuente, la lesión inicialmente localizada en la unidad dentogingival, puede extenderse hacia la unidad dentoalveolar, ocasionando destrucción ósea severa. Por esto ha sido reconocida como periodontitis ulcerativa necrosante, especialmente en pacientes infectados por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). La destrucción de tejido periodontal blando y duro, puede difundirse perioralmente generando grandes áreas de mutilación, similares a la lesión conocida como Noma o Cancrum Oris, observada especialmente en individuos con desnutrición severa (p.189).

La enfermedad periodontal profunda si no es tratada a tiempo puede llegar a destruir los tejidos de soporte dental, muchas veces es necesaria la intervención quirúrgica. Al respecto Raspall (2007) refiere:

La cirugía periodontal comprende un conjunto de técnicas quirúrgicas destinadas a conservar el órgano del periodonto que se ve afectado por diferentes grados de enfermedad periodontal. Su objetivo principal no es la curación, sino la exéresis de las lesiones que ha producido la enfermedad periodontal y así garantizar un buen mantenimiento posterior del periodonto ante los factores etiológicos de ésta (p. 290).

La destrucción de los tejidos periodontales es perjudicial para el paciente, es por eso que el tratamiento no es para curar la lesión, sino más bien la eliminación de las lesiones, un paciente puede presentar una destrucción severa de los tejidos periodontales y no presentar la enfermedad.

### **1.3.2 Conceptualización de Calidad de Vida**

Las teorías filosóficas de calidad de vida ocasionaron cambios en la forma de observar el desarrollo de nuestras actividades cotidianas, utilizando recursos naturales susceptibles de degradación

Según Castañeda (1986), el concepto de calidad de vida “se asocia generalmente con las condiciones materiales en que se desenvuelve la existencia de los individuos y en síntesis con la experiencia personal que resulta de dichas condiciones” (p.34)

Esto nos induce a separar los dos términos que componen este concepto: calidad y vida. Castañeda (1986) indica que:

El sustantivo calidad se refiere a la naturaleza satisfactoria de una cosa, o si se aprecia de mejor forma, a aquellas cualidades propias de una cosa, que acreditan observarla como igual, mejor o peor que las demás de su especie. Y vida; esta palabra permite deducir, que se trata básicamente de las condiciones en las cuales se desenvuelve la existencia de cada quien, comparadas con la de

cualquier otro humano. Asimismo, sostiene que el término vida se refiere a la vida humana como la forma más específicamente humana de relacionarse con el mundo (p.36)

Los antecedentes permiten decir que el bienestar social implica a su vez la definición de bienestar, el cual se asimila con la satisfacción de las necesidades; según Cuadrado (1997), depende de diversos aspectos como:

Satisfacciones referidas en las actividades desarrolladas en el entorno del hogar, ejercicios físicos y mentales, causas externas como los escándalos y la contaminación e impacto ambiental, así también como los incentivos que se derivan de la jornada diaria y el deleite que constatan al obrar al servicio de los demás, la integración a un grupo específico y las satisfacciones unidas a la comunicación humana y la variedad de estímulos mutuos que ejercen un papel importante. (p.447)

El concepto de calidad de vida (CDV) o bienestar social se ha transformado en un indicador demográfico de interés mundial en los diferentes usos prácticos y en los diversos estudios en los terrenos de la enseñanza y la educación especial, la salud física y mental, los servicios sociales como las discapacidades intelectuales y del desarrollo y los servicios ofrecidos a los adultos de la tercera edad y tuvo progresos significativos basadas en los avances sociales y científicos relacionados con la investigación sobre la vida y las expectativas de las personas.

Según Martínez (1998) en las sociedades avanzadas, “el concepto de calidad de vida consiste en vivir en un hábitat humano, donde la comunicación sea fluida, poseer un tiempo disponible para alcanzar deseos personales, gozar de paseos, vacaciones, viajar y poder acceder a los deportes”. (p.12)

Esta forma de ver la calidad de vida se vería reflejada si nuestra sociedad fuera consciente de las necesidades urgentes de la población, cabe recalcar que las políticas deben de estar enfocadas a una buena calidad de vida en especial de los adultos mayores, la cual es vulnerable.

Según Rodríguez (2006) El concepto de calidad de vida relacionado con el envejecimiento esta visto como una oportunidad de alargar la vida, y puede hacer que el envejecimiento tenga una nueva forma de definirse. Al respecto sostiene lo siguiente:

Las personas mayores necesitan que las atenciones de salud que se les brinden sean de calidad. El objetivo básico de la CDV es que las atenciones para los individuos con pérdida de autonomía deben de exponer que se realizan a unos niveles minúsculos exigidos por las normas vigentes y que aprueben vivir decentemente. En resumen, se quiere que haya un mimetismo del adulto mayor en el medio psicológico, social y fisiológico, estas tres características siempre están en permanente cambio (p.137).

La institución pública como es el caso de programa de atención domiciliaria debe velar por un eficiente bienestar social de los adultos de la tercera edad integrados a su programa y mejorar su bienestar social para ser utilizado cada vez más en el área de la valoración en salud o como unidad de comodidad.

Según la OMS (2012) la conceptualización de CDV se vincula con su entorno general, al respecto sostiene que:

Es la sensación que una persona tiene del lugar en el que se desarrolla, tanto en los ámbitos culturales y educativos, de su concepción volitiva en la que ha sido formado y con los cuales vive, tiene determinado sus propósitos de vida, sus probabilidades, cumpla las normas de convivencia establecidas en el marco legal y ético. Se trata de una definición que tiene inmerso a la salud física de la persona, su situación psíquica, su grado de libertad, sus relaciones personales y sociales, así como su interrelación con su medio ambiente, del cual forma parte.

Define a la calidad de vida como una interrelación entre el paciente, su hogar, la familia y la sociedad como factores que modifican la calidad de vida, donde la persona no puede evaluarse y siempre tiene que haber medidas de calidad de vida.

El desarrollo de medidas para evaluar el estado de salud oral es esencial para la evolución y la maduración de una base de conocimiento científico en odontología geriátrica. La literatura sugiere una alta prevalencia de enfermedades dentales en los adultos mayores, sin embargo, faltan instrumentos válidos y confiables para evaluar el impacto de las enfermedades orales en personas mayores o poblaciones. el desarrollo del índice de evaluación de la salud bucal geriátrica (Gohai), es una medida auto informada diseñada para evaluar los problemas de salud bucal de los adultos mayores. La geriatría y la odontología geriátrica están evolucionando como disciplinas aplicadas. su desarrollo como ramas de la atención clínica depende en parte de la capacidad de demostrar una representación efectiva de los problemas de los ancianos y sus soluciones. Como la tecnología es la piedra angular de una nueva especialidad, algunos sugieren que la tecnología de la geriatría es la medición, y la medición es esencial para una buena atención geriátrica, cualquier estrategia para alterar el estado de salud del anciano requiere una tecnología para primero evaluar ese estado de salud y luego detectar incrementos de progreso. La medición en geriatría tiene cinco funciones: descripción, detección, evaluación, monitoreo y predicción.

Un instrumento descriptivo permite el establecimiento de un cuerpo de conocimiento sobre adultos mayores a lo largo de los parámetros seleccionados. idealmente, un instrumento de detección debe ser práctico y de bajo costo. no se espera que esté libre de errores, pero debe indicar la necesidad de una evaluación intensiva adicional. El objetivo de la evaluación geriátrica es recopilar información que facilite el diagnóstico y sugiera intervenciones apropiadas. el monitoreo implica mediciones repetidas para evaluar el cambio en el estado a lo largo del tiempo. (Atchison y Dolan, 1990, p.680)

### **Dimensiones de Calidad de Vida (DCV)**

Para medir la DCV, se ha considerado como base el Índice de salud oral geriátrico (Geriatric Oral Health Assessment Index (Gohai), Marchini y Brunetti-Montenegro (2013) hacen referencia al índice de Atchison y Dolan, ya que es un dispositivo universal para cuantificar el bienestar social vinculado con la sanidad oral (Cvrso), puede utilizarse tanto en personas sanas o en poblaciones generales

como en grupos de individuos con diversas enfermedades, y es útil para poder aplicarlo en la intervención primaria. Su organización eficaz y comprensible es uno de los puntos muy sobresalientes. Además, contiene una gama de posibilidades de uso y análisis de los resultados, es un cuestionario de 12 ítems, que en un principio se diseñó para ser aplicado a la población senil con la intención de medir dificultades prácticas bucodentales reportados por el propio paciente y medir el impacto social asociado con las enfermedades bucales y destinado a la evaluación de la eficacia de los tratamientos dentales. Plantea 3 dimensiones que son: (1) función somática incluyendo comer, hablar y tragar (2) función psíquica incluyendo preocupación o inquietud acerca de la sanidad bucal y (3) dolor/incomodidad (p. 47).

***Primera dimensión: función física incluyendo comer, hablar y tragar***

*Comer*

Según el diccionario de la RAE (Real Academia Española) (2005) la definición de comer es masticar y desintegrar el bolo alimenticio en la boca y pasarlo al estómago, esto también implica en algunos casos el término de tragar los alimentos, algunos autores consideran las palabras comer y tragar como palabras sinónimas.

Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce (1990) definen la importancia del comer desde un punto de vista sociocultural:

En el hombre el acto de comer tiene un gran significado social y cultural. Las formas de alimentarse varían según las diferentes culturas ya que en definitiva son una manifestación de las mismas, y cada sociedad establece sus propios códigos, según concepciones específicas, sobre la salud y la higiene alimentaria (.....) el acto de comer es un fenómeno de comunicación social. Cuando una familia o grupo de amigos se reúnen alrededor de una mesa, existen muchas cosas implicadas además de la necesidad de comer (p,16).

El acto de comer no sólo implica la necesidad de alimentarse, sino también la necesidad de comunicación social, para compartir experiencias, necesidades, inquietudes, temores y logros; es la reunión de individuos por un bien común.

Asimismo, Peña (2016) nos hace referencia de la importancia del acto de comer y las convivencias del mismo, al respecto nos dice:

No tenemos que olvidar de que el comportamiento frente a la comida, no solo se encuentra ajeno a las vivencias del individuo y a sus quehaceres diarios, sino que está íntimamente ligados con ellas. Casi todo lo que pasa en nuestra vida diaria, está unido de un modo u otro, a la función de comer (p.12).

El autor relaciona las tareas diarias de las personas con el hábito de comer como una interdependencia fundamental de estas actividades que lleva a una socialización comunitaria.

### *Hablar*

Hablar es la facultad de informar mediante sonidos debidamente articulados y con coherencia que tiene el hombre. Esta característica es única en el ser humano que, si bien está presente en diferentes géneros del reino animal, es en la naturaleza única de la raza humana en la que consigue su más alta demostración.

Al respecto Álvarez (2005) nos refiere: “Hablar y escribir constituyen dos manifestaciones independientes del uso idiomático con propiedades distintas y con funciones sociales complementarias. Es por ello que el hablar refiere el intento de comunicación entre individuos” (p.11)

Nos hace referencia a la diferencia entre hablar y escribir, mientras el primero se refiere a la expresión de nuestros deseos que se puede hacer aun no sabiendo escribir, y que lo segundo es graficar el habla que está sujeto a normas reglas de cada idioma.

Asimismo, Tulón (2005) refiere que el hablar nos permite comunicar y expresar nuestros sentimientos y deseos, al respecto sostiene:

El proceso del habla se inicia con la voluntad y el deseo de emitir un sonido que nos permite la comunicación oral, cuando hablamos nos conectamos, nos unimos, pero además el habla nos ayuda a dar significancia a nuestras emociones, a entendernos a nosotros mismos y a los demás. Hablar y compartir nos enriquece, nos transforma, nos ayuda a desarrollarnos y adaptarnos al mejor entorno. Cuando hablamos y escuchamos con atención, aprendemos a ser mejores personas (p.13).

### *Tragar*

Según el diccionario de la RAE Real Academia Española (2005) es hacer trasladar algo, por lo general un alimento sólido masticado, un líquido o un medicamento, desde la boca hacia el estómago usando como vía de conexión la garganta.

### ***Segunda dimensión: Función psíquica incluyendo preocupación o inquietud acerca de la sanidad bucal***

Según el diccionario de la RAE Real Academia Española (2005) Preocupación es el estado de intranquilidad, inquietud o miedo producido ante una situación complicada, un problema, etc.

Laserna, (2008) define que:

La preocupación por la higiene oral es tan antiquísima como la aparición del homo sapiens. La evolución histórica de la higiene oral se inicia con el intento por parte del hombre primitivo de controlar las molestias que le provocaban los residuos de comida de en medio de las piezas dentarias, para lo que en principio utilizó las uñas, posteriormente las astillas de madera, etc, hasta nuestros días que podemos usar incluso el agua a presión, que hasta la fecha es el sistema más eficaz para poder lograr una correcta pulcritud bucal (p.95).

### ***Tercera dimensión: dolor/ansiedad***

Cardona, Pacheco y Giraldo (2003) acotan la definición que hace la asociación internacional para el estudio del dolor que lo definen como la “Experiencia sensorial o emocional no hedonística, producida por un trastorno tisular presente o potencial, o descrita en términos de éste” (p.151).

Como se puede ver en la definición el dolor implica una interpretación emocional de un fenómeno dañino para el organismo y este puede provenir de diferentes partes del cuerpo, lo que nos haría suponer que hay algún daño en esa zona adolorida.

#### *Ansiedad*

La ansiedad es un concepto muy popular entre la población, pero casi siempre poco entendido en su verdadero significado. Caseras (2009) la define como:

Es una reacción automática de nuestro organismo ante una situación de incomodidad, padecimiento, inquietud, ausencia de placer, alerta o ante la presencia de una potencial amenaza, que hace que el paciente perciba ansiedad”. Es decir, se refiere, a una alteración que surge cuando el individuo se aprecia atemorizado por un inminente peligro o riesgo, que podría ser ajeno o propio del sujeto. (p.16)

La ansiedad es una cuestión prioritaria en la psicopatología. Está inmersa en la mayoría de los pacientes que padecen de enfermedades mentales o psíquicas. Es común identificar la ansiedad en muchos cuadros patológicos diversos tales como: esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos adaptativos, fobias, como reacción a una enfermedad somática, ante situaciones de pérdida, etc.

Al respecto Nezu, Nezu y Lombardo (2006) nos refieren que la ansiedad puede ser generalizada y se caracteriza por una preocupación patológica selectiva a los estímulos personalmente amenazadoras y generalmente anticipa resultados negativos, tomando en cuenta un entorno representativo, podemos diferenciar tres áreas en las cuales se pueden apreciar las repercusiones generadas por la ansiedad:

- *Área cognitiva.* La producción intelectual es mínima, pero debido a la presencia de temor, espera de un peligro, sentimientos negativos, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración, etc.
- *Área conductual o relacional.* Las personas no logran adaptarse a su entorno, ya que manifiestan Irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental.
- *Área somática.* Hiperactividad vegetativa (p.119).

#### **1.4 Formulación del problema**

Por lo antes expuesto, es necesario analizar en qué medida la enfermedad periodontal afecta el bienestar social de los adultos de la tercera edad del programa de atención domiciliaria (Padomi – EsSalud) correspondiente a la jurisdicción de Los Olivos, con el propósito de repensar una nueva forma de atención domiciliaria, donde los actores o protagonistas no sean únicamente los adultos mayores y el odontólogo, sino también, la propia familia. De esta forma, se pretende mejorar la atención recibida en el programa de atención domiciliaria y el bienestar social de la población senil en concordancia con los nuevos enfoques, tendencias y objetivos médicos, por lo que formulo la siguiente pregunta.

##### **1.4.1 Problema general:**

¿Cuál es la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017?

##### **1.4.2 Problemas específicos:**

###### **Problema específico 1**

¿Cuál es la relación entre la enfermedad periodontal y la función física del adulto mayor?

### **Problema específico 2**

¿Cuál es la relación entre la enfermedad periodontal y la función psicológica del adulto mayor?

### **Problema específico 3**

¿Cuál es la relación entre la enfermedad periodontal y el malestar del adulto mayor?

## **1.5 Justificación del estudio**

### **1.5.1 Justificación teórica**

La presente investigación es importante porque un gran número de pacientes son inconscientes de los diversos efectos que pueden generarse como producto de la enfermedad periodontal, tanto en nuestra sanidad bucal como en nuestro estado médico general, un sector de la población desconoce sobre su existencia, algo que sin lugar a duda, dificulta su detección si se padece en algún momento y perjudica su bienestar social. Por ello, este estudio es esencial para que la población conozca la enfermedad en profundidad y, sobre todo, las consecuencias negativas que pueden tener de padecerla y no tratarla de forma inmediata.

Esta investigación aportará evidencias sobre las causas de la enfermedad ósea alveolar que presentan los pacientes de tercera edad con periodontitis grave y su influencia en el estado de bienestar, de tal manera que se pueda brindar la importancia que merece, en el trabajo preventivo mediante una adecuada instrucción de prácticas de sanidad oral, eliminación de focos infecciosos y la necesidad de la rehabilitación oral para mejorar su bienestar. Siendo imprescindible que los pacientes de la tercera edad y las personas encargadas de su cuidado adquieran estos saberes para evitar que surja la enfermedad periodontal, puesto que su permanencia generaría la pérdida de piezas dentarias y el deterioro maxilar, disminuyendo así el bienestar social de estos pacientes y haciendo su rehabilitación bucal a través del uso de aparatología ortopédica dental, de difícil instalación y ha costos elevados.

### **1.5.2 Justificación práctica**

Se aportará conocimientos a las diferentes especialidades odontológicas que permitirá plantear tratamientos y alternativas de solución al programa de atención domiciliaria de adultos mayores basadas en los resultados que se obtendrá y mejorar el bienestar social de este grupo poblacional, cabe resaltar que este tema ha sido poco estudiado en nuestro país; por tal motivo este estudio servirá como antecedente y base para futuras investigaciones.

### **1.5.3 Justificación metodológica**

En cuanto a la metodología, el presente estudio recogerá la información requerida a través de dos instrumentos de evaluación, uno de ellos para la variable de enfermedad periodontal es el Índice de Necesidades Terapéuticas de una comunidad (Cpitr) cuya elaboración fue auspiciada por la OMS Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional que mide la necesidad de tratamiento requerido para el paciente; el segundo para la variable de bienestar social, es el Índice de Salud Oral Geriátrico (Gohai), elaborado por Atchison y Dolan que mide la calidad de vida relacionada con la sanidad bucal; estos instrumentos nos permitirá dar conclusiones y recomendaciones que servirán como fundamento para la llevar a cabo actividades orientadas a progresar y acrecentar la atención domiciliaria del adulto mayor y contribuir en la calidad de salud que se brinda a los usuarios, así también servirá como base metodológica para futuras investigaciones.

### **1.5.4 Justificación social**

Con el nuevo conocimiento se ayudará a los cirujanos dentistas a tomar medidas preventivas y correctivas respecto a la atención domiciliaria, puesto que repercute negativamente en el bienestar social de los adultos de la tercera edad. Con esta investigación se ha expresado la importancia que tienen las demandas de los profesionales de odontología en tener en cuenta que tienen bajo su responsabilidad parte importante del fomento de la salud de la población, como dimensión influyente en la calidad de vida. Definitivamente se tiene poca

información respecto al tema del análisis de la enfermedad periodontal y su influencia en el bienestar social en los ámbitos de la salud en pacientes adultos de la tercera edad y sus respectivos familiares.

## **1.6 Hipótesis**

### **1.6.1 Hipótesis de la investigación**

La enfermedad periodontal se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

### **1.6.2 Hipótesis específicas:**

#### **Hipótesis específica 1**

La enfermedad periodontal se relaciona con la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

#### **Hipótesis específica 2**

La enfermedad periodontal se relaciona con la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

#### **Hipótesis específica 3**

La enfermedad periodontal se relaciona con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1 Objetivo de la investigación**

Determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos, Lima, 2017.

### **1.7.2 Objetivos específicos:**

#### **Objetivo específico 1**

Determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos, Lima, 2017.

#### **Objetivo específico 2**

Determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos, Lima, 2017.

#### **Objetivo específico 3**

Determinar la relación entre la enfermedad periodontal y el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos, Lima, 2017.

## **II. Método**

## **2.1 Diseño de investigación**

El paradigma de esta investigación fue el Positivismo, al respecto Ricoy (2006) indica que el “paradigma positivista sustentará a la investigación que tenga como objetivo comprobar una hipótesis por medios estadísticos o determinar los parámetros de una determinada variable mediante la expresión numérica. (p. 14).

El método de esta investigación fue el hipotético deductivo, porque se estableció teorías y preguntas iniciales de investigación, de las cuales se derivaron las hipótesis. Estas se sometieron a prueba utilizando diseños de investigación apropiados, se midió las variables en un contexto determinado, se analizaron las mediciones, y se estableció conclusiones. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.4).

Presenta un enfoque cuantitativo, Gómez (2006) al respecto señala que, bajo la perspectiva cuantitativa, la recolección de datos es equivalente a medir. De acuerdo con la definición clásica del término, medir significa asignar números a objetos y eventos de acuerdo con ciertas reglas. (p. 121)

### **Tipo de investigación**

Este estudio responde a una observación básica, propios de un nivel descriptivo y correlacional, ya que tiene como finalidad, estimar la correspondencia que pueda existir entre varias definiciones, clasificaciones, características o variantes, es decir miden cada una de las variables supuestamente relacionada y después también calibran y examinan la correlación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.121).

Básica, conocida como análisis teórica, pura o fundamental. Está orientada a contribuir un conjunto organizado de enseñanzas científicas y no produce imperiosamente frutos de uso práctico inmediato. Se cuida por recolectar información de la certeza para engrandecer el saber teórico científico, y que está encaminado al hallazgo de fundamentos y leyes (Valderrama, 2013, p.164).

Descriptiva, porque permite describir las características, propiedades y perfiles de las variables en el momento mismo del estudio. Acarrea a escudriñar y cuantificar la información compilada acerca de las variables de estudio como la enfermedad periodontal y el bienestar social en los adultos de la tercera edad del

programa de atención domiciliaria (Padomi-Essalud) de la jurisdicción de S.M.P, Los Olivos – Lima, 2017, (Hernández, et al., 2010, p.121).

Correlacional, ya que tiene como propósito determinar la correspondencia existente entre la enfermedad periodontal y el bienestar social en los adultos de la tercera edad del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de S.M.P, Los Olivos – Lima, 2017, (Hernández, et al. 2010, p.122).

### **Diseño del proyecto**

Fue de tipo no experimental, porque es innecesario la manipulación intencional de las variables de indagación; por lo tanto, se refiere a investigaciones, en las cuales no se variará de manera premeditada las variables independientes para ver su desenlace sobre las variables dependientes. El estudio no experimental es la observación de los hechos y sucesos tal cual se producen en su entorno habitual, para luego seguidamente examinarlos a detalle (Hernández, et al. 2014, p. 152).

Así mismo el diseño del estudio fue de corte transversal o transeccional, donde se recolectarán datos de un solo instante y en un tiempo particular. Su intención es detallar variables e interpretar el número de casos ocurridos (incidencia) y su interacción en un lapso breve de tiempo dado. Es como fotografiar algo que sucede en un momento y que no podemos cambiar nada, sólo analizarlos e interpretarlos (Hernández, et al, 2014, p. 154).

El gráfico característico de este diseño es el siguiente:

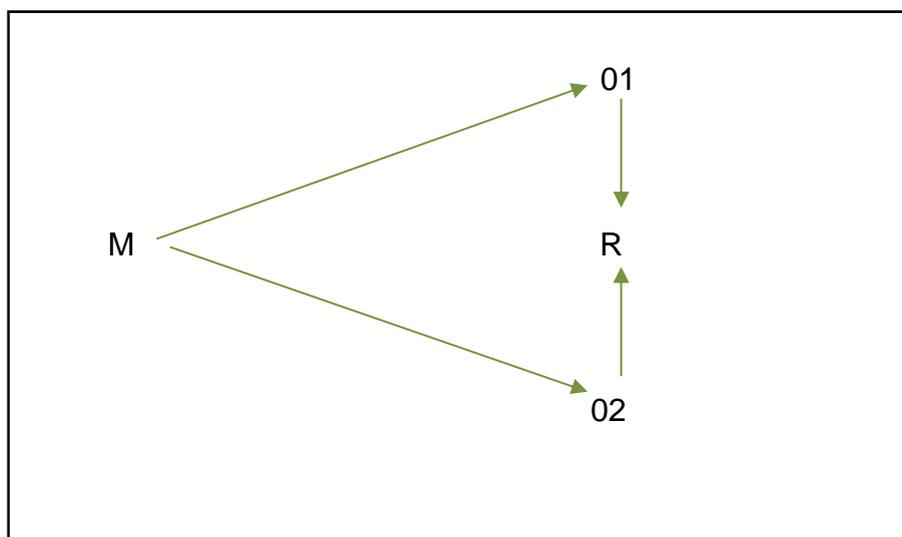


Figura 1. Diagrama del diseño correlacional

Dónde:

M = Muestra de estudio

01 = Observación de la variable 1: Enfermedad periodontal

02 = Observación de la variable 2: Calidad de vida

R = Relación existente entre las variables de investigación: enfermedad periodontal y calidad de vida.

## **2.2 Variables, operacionalización**

### **2.2.1 Enfermedad periodontal**

#### **Definición conceptual**

La enfermedad periodontal presenta condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. En términos generales, y de mayor importancia para la comunidad global, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana y la periodontitis crónica. Claramente la periodontitis es más significativa debido a que puede causar la pérdida de dientes; sin embargo, toda periodontitis se inicia con la presencia inicial de una gingivitis, y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas (OMS, 1997.p.189)

#### **Definición operacional de la variable enfermedad periodontal**

Se trabajó a través del instrumento Índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad (CPITN) teniendo en cuenta 4 dimensiones establecidas: (a) sangrado gingival con 1 ítems, se le asignará una puntuación de 0, si la encía esta normal y 1 si presenta sangrado al sondeo periodontal, (b) acumulación de cálculo dental supra e infra gingivales, con 1 ítem y se le asignará una puntuación de 0 si no presenta cálculo dental y 1 si presenta acumulación de cálculos supra e infra gingival y/o si presenta restauraciones en mal estado,(c) bolsas

periodontales leves y moderadas con 1 ítem y se le asignará una puntuación de 0 si no presenta bolsas leves y moderadas y 1 si hay una profundidad al sondeo entre 3.5 y 5.5 mm y (d )bolsas periodontales profundas con 1 ítem y se le asignará una puntuación de 0, si no presenta bolsa profunda y 1 si hay una profundidad al sondeo mayor de 5.5 mm. cuyas observaciones recogidas se registraron en una escala graduada, siguiendo modelos preconcebidos para la descripción de los resultados.(Carranza y Sznajder. 1996, p. 25).

### **2.2.2 Calidad de vida**

#### **Definición conceptual**

En algunos lugares, la odontología ha permanecido inmune al aspecto que abarca la salud como un todo. Los índices empleados para evaluar la salud bucal de la población se centran únicamente en caries dental y enfermedades de la cavidad bucal al valorar solo la presencia y la severidad de la enfermedad. Sin embargo, estos índices no explican nada sobre la funcionalidad de la cavidad bucal y la percepción de bienestar que tiene una persona sobre su salud bucal. Es así como ha surgido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud oral (Cvrso), al respecto Marchini, Brunetti y Montenegro (2002) la definen como: “a la sensación de complacencia de una persona con respecto a su salud bucal, es una percepción subjetiva que brinda un poder de acción, funcionamiento y un efecto positivo a la persona”, es por eso que se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar la CVRSO entre los que se encuentran el Geriatric Oral Health Assessment Index (Gohai)

#### **Definición operacional de la variable calidad de vida**

Para medir la Calidad de Vida, se ha considerado el dimensionamiento del Índice de salud oral geriátrico (GOHAI), Marchini, Brunetti y Montenegro (2013) hacen referencia al índice de Atchison y Dolan, ya que es un instrumento universal que permite medir el bienestar social en relación con la sanidad bucal, puede usarse en sujetos sanos como en grupos de sujetos con enfermedades bucales, útil para su intervención en la atención de primer nivel. Es un cuestionario de 12 ítems,

plantea 3 dimensiones que son: (1) función física incluyendo comer, hablar y tragar (2) función psicológica incluyendo preocupación o inquietud acerca de la salud oral y (3) malestar incluyendo dolor/incomodidad; cada uno con 4 ítems y cada ítem con una escala de valores de 1 = siempre, 2= a menudo, 3= a veces, 4= rara vez y 5= nunca. Originalmente fue desarrollado para ser aplicado en poblaciones de la tercera edad, con el objetivo de medir dificultades funcionales orales reportados por el paciente y el impacto social asociado con las enfermedades orales y destinado especialmente a la medición de la eficacia de los tratamientos dentales (p.47).

### 2.2.3 Operacionalización de variables

Tabla 1

#### *Operacionalización de la variable enfermedad periodontal*

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Item</b>	<b>Escala/Valores</b>	<b>Nivel</b>
Sangrado al sondaje	Sangrado al sondeo suave	1	Si (1) = sangrado a sondaje. No (0) = tejido sano	0= mantener las medidas de prevención
Acumulación de cálculos	Presencia de cálculos supra e infra gingival	2	Si (1) = presencia de cálculo No (0) = tejido sano	1=Instrucción de higiene oral
Bolsas periodontales leves y moderadas	Profundidad al sondeo de 3.5 a 5.5 mm	3	Si (1) = presencia de bolsa patológica leve No (0) = tejidos sanos	2= I.H.O, detartraje, profilaxis 3= I.H.O, detartraje pulido radicular
Bolsas periodontales profundas	Profundidad al sondeo mayor a 5.5mm	4	Si (1) = Presencia de bolsa patológica profunda No (0) = tejido sano	4= I.H.O, detartraje, acceso quirúrgico

Tabla 2

*Operacionalización de la variable calidad de vida*

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Item</b>	<b>Escala/Valores</b>	<b>Nivel</b>
Función física	Comer, hablar, tragar	1,2,3,4	1= siempre 2= a menudo 3= a veces 4= rara vez 5= nunca	Mala 12 - 27 Regular 28 - 44 Buena 45 - 60
Función Psicológica	Preocupación inquietud	5,6,7,8		
Malestar	Dolor/incomodidad	9,10,11,12		

**2.3 Población y muestra****2.3.1 Población**

Se denomina población a un agrupación de individuos o cosas, de quienes se pretende indagar alguna cualidad en un estudio de investigación científica. (Hernández, et al 2010). La población considerada para el estudio estuvo conformada por adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos, que hacen un total de 172 adultos mayores, por ser una población pequeña se tomó al total de adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, siendo un total de 168, el muestreo fue no probabilístico intencional.

***Criterios de Inclusión.***

- Adultos mayores con aparente buen estado general
- Adultos mayores con aparente buen estado nutricional
- Adultos mayores localizados en tiempo y espacio
- Adultos mayores que brinden el consentimiento informado y deseen participar en el estudio

***Criterios de Exclusión.***

- Adultos mayores con alimentación parenteral
- Adultos mayores en fase terminal

- Adultos mayores con enfermedades psiquiátricas, demencia senil, alzhéimer.
- Adultos mayores que tengan patologías o tumoraciones en cavidad oral
- Adultos mayores que no brinden el consentimiento informado.

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **2.4.1 Técnica de recolección de datos**

Las técnicas de recolección de datos que fueron utilizadas en la presente investigación son la observación directa y la entrevista, que en las expresiones de Barrientos y Valer (2004) presentan como objetivo primordial el de “interpretar aquellas peculiaridades psíquicas, cognitivas, socioeconómicas y políticas, que se puedan observar en una población específica a través del uso aplicativo de una metodología puramente estadística” (p. 229). Según Hernández, Fernández y Baptista (1998), “la observación consiste en el registro sistemático, cálido y confiable de comportamientos o conductas manifiestas”. (Pág., 309). Frecuentemente se estila el uso de cuestionarios diseñados con rigurosidad de confiabilidad y viabilidad, que se pueden emplear en distintos ámbitos (Hernández, et al., 2014, p. 159).

### **2.4.2 Instrumento de recolección de datos**

De acuerdo con el sistema de estudio a realizarse, le correspondió la utilización del cuestionario, como la herramienta básica responsable de la recopilación de la información. Hernández, Fernández y Baptista (2014) al respecto refieren que “se fundamenta que el cuestionario es la agrupación de ítems seleccionados que `presentan coherencia referente a una o más variables que se requieren sean cuantificadas” (p. 217).

Será necesario emplear una ficha técnica previamente revisada, validada y con alto índice de confiabilidad, que medirá el nivel de enfermedad periodontal con 4 índices y un temario que medirá el nivel de bienestar social en adultos

mayores compuesto por 12 preguntas. Dichas interrogantes se especifican detalladamente en las correspondientes fichas calibradas.

### **Ficha técnica del instrumento que mide la enfermedad periodontal en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi)**

**Nombre:** índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad (CPITN)

**Fuente:** Elaborado por la OMS Y OPS, Modelo propuesto por Carranza y Sznajder (1996)

**Forma de aplicación:** Individual.

**Grupo de aplicabilidad:** adultos mayores.

**Duración:** 20 min por individuo.

**Objetivo:** Cuantificar la enfermedad periodontal de adultos mayores en el programa de atención domiciliaria (Padomi).

**Descripción:** El presente cuestionario está conformado por 4 índices estructurados, por los niveles de tipo Likert: (a) sangrado gingival con 2 categorías: ausencia de sangrado gingival (0) y presencia de sangrado al sondaje periodontal (1), (b) acumulación de cálculo dental con 2 categorías: (0) ausencia de cálculo dental y (1) presencia de cálculo supra e infragingival y/o restauraciones en mal estado, (c) bolsas periodontales leves y moderadas con 2 categorías: (0) ausencia de bolsas leves y moderadas y (1) presencia de bolsas leves y moderadas y (d) bolsas periodontales profundas con 2 categorías: (0) ausencia de bolsas periodontales profundas y (1) presencia de bolsas periodontales profundas.

#### **Procedimiento de puntuación:**

Niveles de enfermedad periodontal: no necesitan tratamiento, seguir manteniendo las reglas de previsión (0), instrucción de higiene oral (IHO) (1), IHO, detartraje y profilaxis (2), I.H.O, detartraje, pulido radicular y profilaxis (3) I.H.O, detartraje, acceso quirúrgico (4).

## **Ficha técnica del instrumento para medir la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi)**

**Nombre:** Índices de salud oral geriátrico GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)

**Fuente:** Atchison y Dolan 1990.

**Forma de aplicación:** Individual.

**Grupo de aplicabilidad:** adultos

**Duración:** 20 minutos.

**Objetivo:** Cuantificar la calidad de vida de los adultos mayores en el programa de atención domiciliaria (Padomi).

**Descripción:** El cuestionario diseñado, está integrado por 12 ítems puntuales, dicho cuestionario de Calidad de vida fue organizado usando como base un patrón de tipo Likert que cuenta con de 5 niveles: siempre (1), a menudo (2), a veces (3), rara vez (4), nunca (5) y será medido a través de tres dimensiones o características: (a) función física, con 4 ítems; (b) función psicológica, con 4 ítems; y (c) malestar, con 4 ítems.

### **Procedimiento de puntuación:**

Niveles de calidad de vida: buena (45 - 60), regular (28 - 44) y mala (12 - 27)

## **2.4.2 Validez y fiabilidad**

### **Validación de los instrumentos**

Se alude a la “capacidad que tiene una herramienta para mostrar un rango particular del tema que se quiere medir” (Hernández, et al., 2014, p. 201). Para poder precisar la autenticidad de los instrumentos fue necesario, que dichas herramientas se sujetaran a la valoración de tres expertos, para poder así corroborar el nivel en el que un mecanismo determinado, supuestamente mide la variante en controversia, en concordia con las voces calificadas en el tema (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 204).

Tabla 3

*Validación de expertos de Índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad (CPITN)*

Nº	Expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Aplicable
1	Mg. Jackeline Manyari Casas	Si	Si	Si	Si
2	Mg. Raúl Torres Guerra	Si	Si	Si	Si
3	Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco	Si	Si	Si	Si

Tabla 4

*Validación de expertos de Índice de salud oral geriátrico (GOHAI)*

Nº	Expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Aplicable
1	Mg. Jackeline Manyari Casas	Si	Si	Si	Si
2	Mg. Raúl Torres Guerra	Si	Si	Si	Si
3	Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco	Si	Si	Si	Si

### **Confiabilidad de los instrumentos**

Las herramientas seleccionadas, que se usaron en la recepción de datos para esta investigación, poseen ítems o temas planteados con alternativas ya definidas. Para la variable enfermedad periodontal se empleó el indicador KR20, ya que se aplica en las alternativas dicotómicas y para la variable calidad de vida por tratarse de la escala de Likert, habiendo sido necesario emplear el factor alfa de Cronbach, especificando la estabilidad intrínseca, estudiando la analogía media de cada uno de los temas puntuales con todas las demás que componen la herramienta de medición. Al definir el factor de confiabilidad, fue necesario aplicar el ensayo de experimentación (piloto), con 18 pacientes, luego se examinó a través del factor alfa de Cronbach, usando un programa estadístico informático

denominado *Statistical Package for the Social Sciences por sus siglas en inglés (SPSS)* de la versión 23,0.

Para Hogan (2004), la gama de valores que estima la fiabilidad está consignada por los valores citados a continuación: aproximadamente de 0.9, es un grado muy aumentado de confiabilidad, de 0.8 o más es confiable, cerca de 0.7, se estima una mínima fiabilidad y finalmente de 0.6, presenta una fiabilidad indefinidamente reducida.

Tabla 5

*Confiabilidad del instrumento – Alfa de Cronbach*

Instrumento	Alfa de Cronbach	Nº Ítems
Enfermedad periodontal (Cpitn)	0.94	5
Calidad de vida (Gohai)	0.92	12

En relación con los resultados recogidos del discernimiento realizado por el juicio de los expertos, quienes tomaron en cuenta los instrumentos aplicables y el índice de fiabilidad obtenido por el alfa de Cronbach igual a 0.94 y 0.92; se llegó a la conclusión que dichos instrumentos eran altamente confiables y por lo tanto correspondía su utilidad en la investigación.

### **Métodos de recolección de datos**

Estableciendo un orden adecuado para la recopilación de datos, seguí los siguientes procesos: se empezó utilizando las herramientas o instrumentos, siguiendo paso a paso las indicaciones dadas en las correspondientes fichas técnicas definidas. Seguidamente, con la información reunida se procesó la matriz de referentes, se cambiaron las valoraciones según las medidas constituidas y se procedió a realizar un análisis exhaustivo, con el propósito de exponer los resultados o conclusiones, brindar las recomendaciones o sugerencias, y asimismo se elaboró una memoria descriptiva o informe final.

## 2.5 Método de análisis de datos

Habiéndose recogido todos los datos del estudio, se procedió a realizar el análisis de las variables, en el siguiente orden:

**1er paso:** Clasificación metódica de los datos recogidos: se ordenarán por categorías y codificarán, alcanzando diversas representaciones de los acontecimientos registrados y seguidamente procederemos a procesar la matriz de datos finales.

**2do paso:** Explicación descriptiva de los datos: a través de cuadros de síntesis de resultados o productos, exponiendo las regularidades y proporciones de las diversas clasificaciones.

**3er paso:** Exploración e incorporación de los resultados obtenidos: se vincularán y cotejarán los resultados recogidos. Todos estos datos serán procesados estadísticamente a través del uso del programa SPSS 23.0 para Windows XP y el programa EXCEL.

Puesto que las variantes son cualitativas, se empleará, una contrastación de las hipótesis, a través de la verificación no paramétrica Rho de Spearman, que plantea una magnitud de entrelazar variables, que requieran un mínimo de nivel de cálculo ordinal, es decir que los personas y elementos de la muestra estén dispuestos por categorías.

La primera parte correspondió al análisis descriptivo de las variables calidad de vida y enfermedades periodontales en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos. En este sentido, se codificaron las respuestas con la finalidad de calcular las frecuencias simples y porcentuales. Posteriormente se realizaron cuadros de frecuencias sustentados con ilustraciones de barras al objeto de determinar los niveles de cada variable y sus respectivas dimensiones. Asimismo, se construyeron tablas de contingencia para el cruce de las dimensiones de la variable enfermedad periodontal y calidad de vida.

Como segunda parte se recurrió al análisis inferencial, la cual “se utiliza para probar hipótesis, estimar parámetros y efectuar generalización de la muestra de la población” (Hernández, 2010, pp. 327). Para ello se realizó previamente una

prueba de normalidad de *Kolmogorv-Smirnov* a fin de establecer si los datos presentan una distribución normal, de esta manera se verifica que prueba paramétrica o no paramétrica es la más viable para comprobar las hipótesis de la investigación como es la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI-ESSALUD) de la jurisdicción de S:M: P, Los Olivos – Lima 2017.

## **2.6 Aspectos éticos**

Conforme se fue aplicando el cuestionario, se procedió a explicar a los participantes de este estudio, de manera detallada y didáctica, la finalidad y el futuro aprovechamiento del estudio, sin ir en contra de las buenas costumbres y la moral; después de lo cual se les solicitó amablemente que acepten firmar el consentimiento informado y así lo hicieron.

### **III. Resultados**

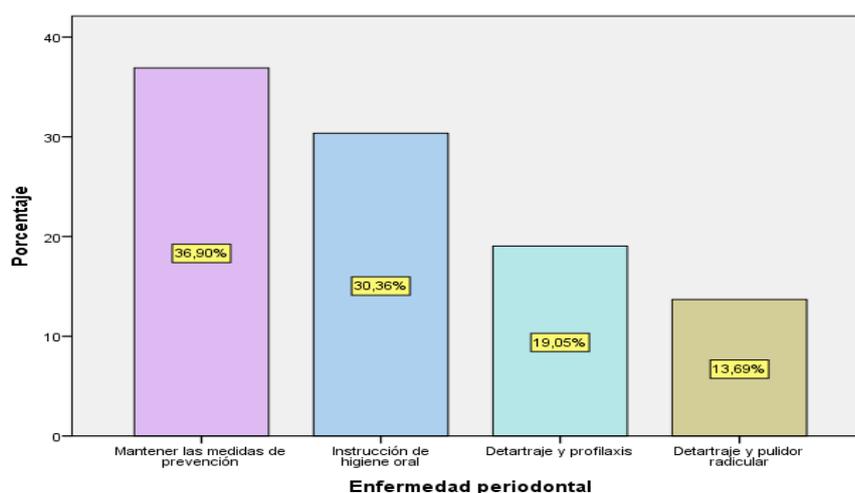
### 3.1. Resultados descriptivos

#### 3.1.1 Enfermedad periodontal

Tabla 6

*Distribución de frecuencias de diagnósticos de la enfermedad periodontal en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

	Diagnóstico	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Válido	Mantener las medidas de prevención	62	36,9
	Instrucción de higiene oral	51	30,4
	Detartraje y profilaxis	32	19,0
	Detartraje y pulidor radicular	23	13,7
	Total	168	100,0



*Figura 2.* Niveles de diagnóstico de la enfermedad periodontal en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.

#### Interpretación.

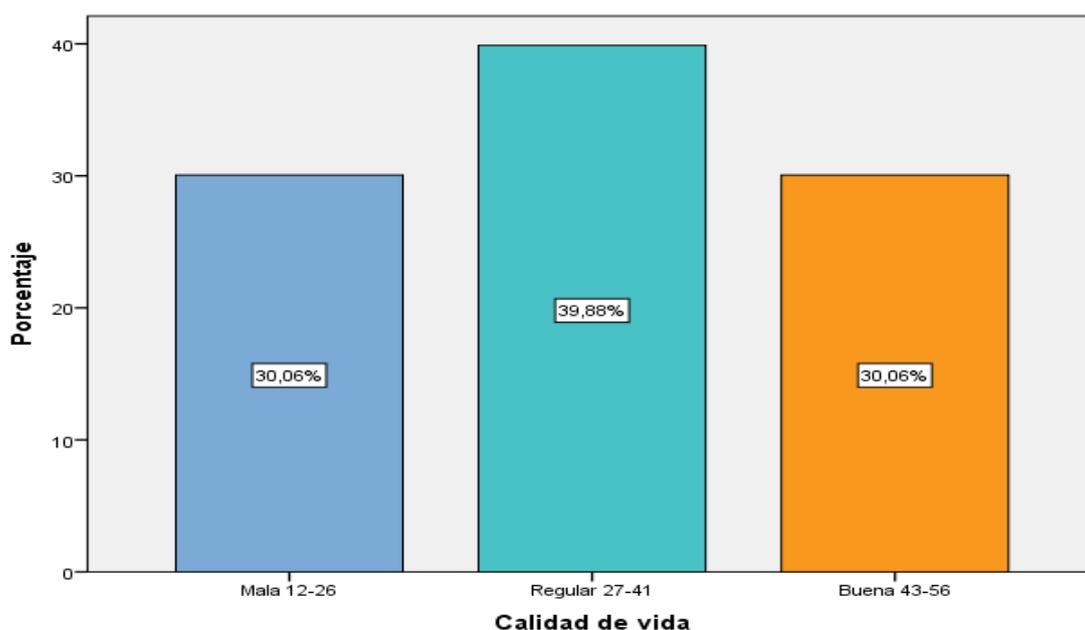
Se observó que de los 168, un 36,9% (62) se ubicó como mantener las medidas de prevención; un 30,36% (51) se ubicó como I.H.O.; un 19,0% (32) se ubicó como I.H.O, destartraje, profilaxis y un 13,7% (23) necesitó I.H.O, destartraje, profilaxis y pulido radicular. Ninguno tuvo la necesidad de abordaje quirúrgico.

### 3.1.2 Calidad de vida

Tabla 7

*Distribución de frecuencias de calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017*

	Niveles	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Válido	Mala	12-27	51	30,1
	Regular	28-44	66	39,9
	Buena	45-60	51	30,1
	Total		168	100,0



*Figura 3.* Niveles de diagnóstico de calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.

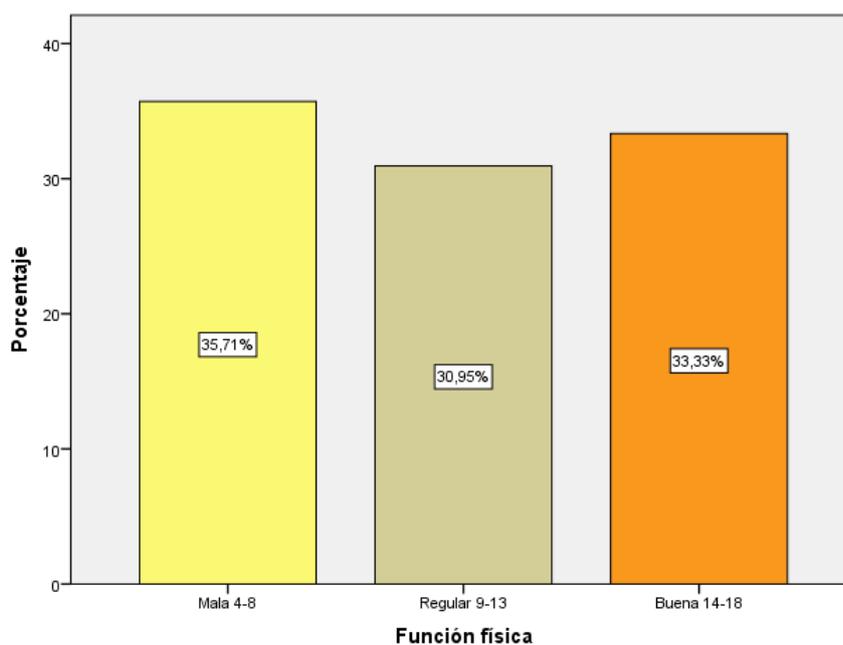
#### **Interpretación.**

Se observó que de los 168 evaluados, un 39,9% (66) tuvo una regular calidad de vida, un 30,1% (51) tuvo buena calidad de vida y un 30,1% (51) tuvo mala calidad de vida.

Tabla 8

*Distribución de frecuencias de diagnósticos de la dimensión función física de calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

	Niveles	Frecuencia fi	Porcentaje %
Válido	Mala 4-9	60	35,7
	Regular 10-14	52	31,0
	Buena 15-20	56	33,3
	Total	168	100,0



*Figura 4.* Niveles de la dimensión “función física” de Calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.

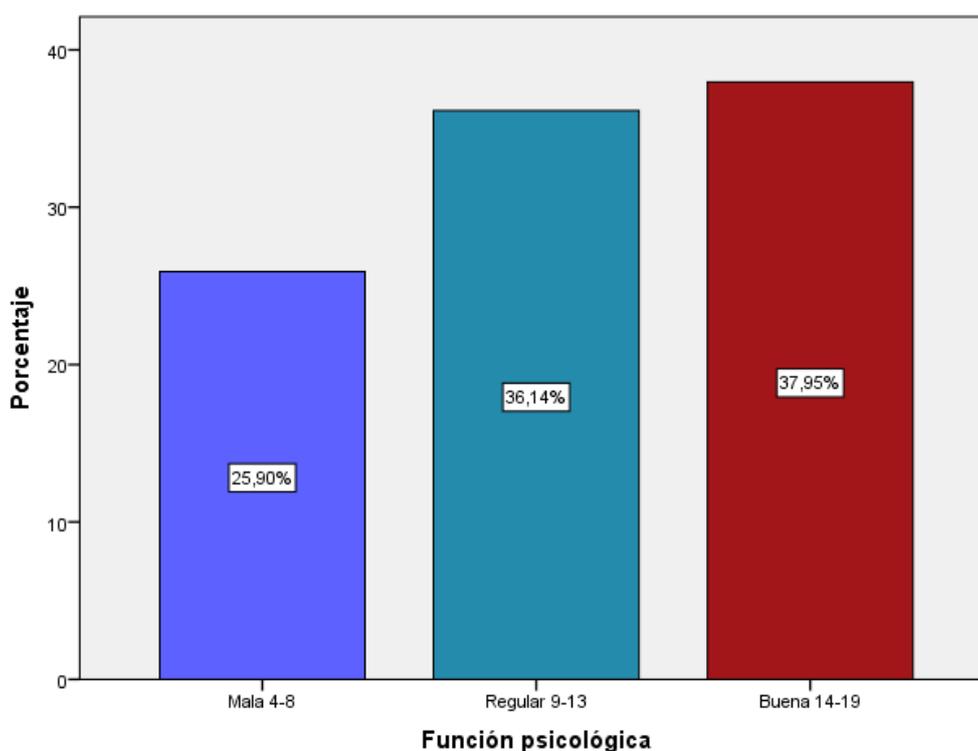
#### **Interpretación.**

Se vio que de los 168 evaluados, un 35,7% (60) se ubicó en la categoría ‘Mala’; un 33,3% (56) estuvo en la categoría ‘Buena’ y un 31% (52) en la categoría ‘Regular’.

Tabla 9

*Distribución de frecuencias de diagnósticos de la dimensión función psicológica de calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

	Niveles	Frecuencia fi	Porcentaje %
Válido	Mala 4-9	43	25,9
	Regular 10-14	61	36,1
	Buena 15-20	64	37,9
	Total	168	100,0



*Figura 5.* Niveles de la dimensión “función psicológica” de Calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.

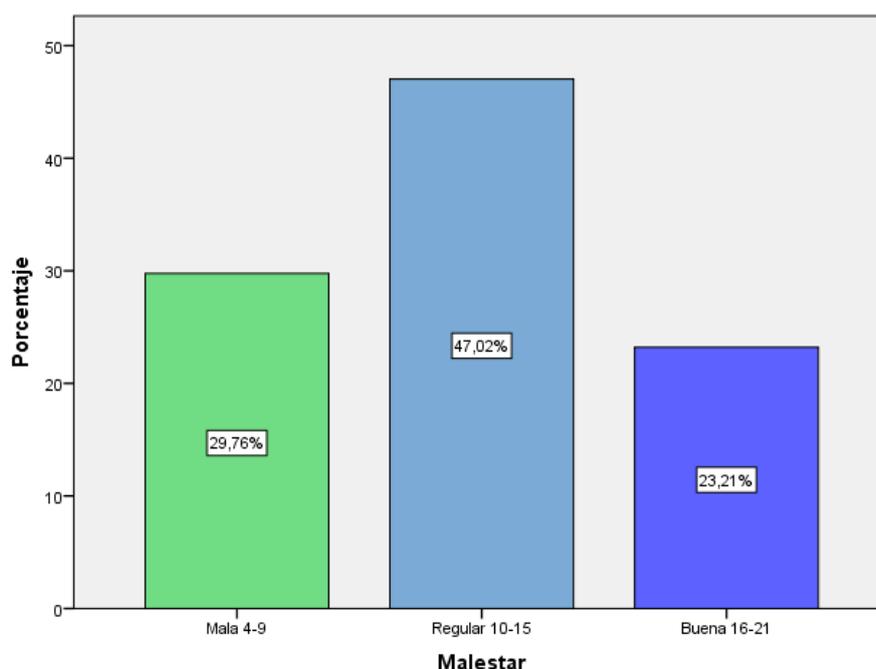
#### **Interpretación.**

Se vio que de los 168 evaluados, un 37,9% (64) se ubicó en la categoría ‘Buena’; un 36,1% (61) estuvo en la categoría ‘Regular’ y un 25,9% (43) en la categoría ‘Mala’.

Tabla 10

*Distribución de frecuencias de diagnósticos de la dimensión Malestar de calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi – EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

	Niveles	Frecuencia fi	Porcentaje %
Válido	Mala 4-9	50	29,8
	Regular 10-14	79	47,0
	Buena 15-20	39	23,2
	Total	168	100,0



*Figura 6.* Niveles de la dimensión “Malestar” de Calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.

#### **Interpretación.**

Se vio que de los 168 evaluados, un 47% (79) se ubicó en la categoría ‘Regular’; un 29,8% (50) estuvo en la categoría ‘Mala’ y un 23,2% (39) en la categoría ‘Buena’.

## 3.2 Resultados correlacionales

### 3.2.1 Enfermedades periodontal y calidad de vida

#### Hipótesis general.

H<sub>1</sub>: La enfermedad periodontal se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

H<sub>0</sub>: La enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

Tabla 11

*Prueba Rho Spearman entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

			Enfermedad periodontal	Calidad de vida
Rho de Spearman	Enfermedad periodontal	Coefficiente de correlación	1,000	-,070
		Sig. (bilateral)	.	,373
		N	168	166
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	-,070	1,000
		Sig. (bilateral)	,373	.
		N	168	168

Se observó que el valor de significación fue mayor que el valor propuesto ( $p: 0,373 > \alpha: 0,05$ ) cuya significancia se orienta al rechazo de la hipótesis alterna aceptando la hipótesis nula que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Observando que el coeficiente de correlación indicó una relación negativa y un nivel leve ( $r = -0,07$ ), señalando que a menor enfermedad periodontal entonces mayor Calidad de vida.

### 3.2.2 Enfermedades periodontal y función física

#### Hipótesis específica 1

H<sub>1</sub>: La enfermedad periodontal se relaciona con la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

H<sub>0</sub>: La enfermedad periodontal no se relaciona con la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

Tabla 12

*Rho Spearman entre la enfermedad periodontal y la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

			Enfermedad periodontal	Función física
Rho de Spearman	Enfermedad periodontal	Coefficiente de correlación	1,000	-,018
		Sig. (bilateral)	.	,821
		N	168	168
	Función física	Coefficiente de correlación	-,018	1,000
		Sig. (bilateral)	,821	.
		N	168	168

Se observó que el valor de significación fue mayor que el valor propuesto ( $p = 0,821 > \alpha: 0,05$ ) cuya significancia se orienta al rechazo de la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula, afirmando que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Observando que el coeficiente de correlación indicó una relación negativa y un nivel leve ( $r = -0,018$ ), señalando que a menor enfermedad periodontal entonces mayor Calidad de vida.

### 3.2.3 Enfermedades periodontal y función psicológica

#### Hipótesis específica 2

H<sub>1</sub>: La enfermedad periodontal se relaciona con la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

H<sub>0</sub>: La enfermedad periodontal no se relaciona con la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

Tabla 13

*Prueba Rho Spearman entre la enfermedad periodontal y la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

			Enfermedad periodontal	Función psicológica
Rho de Spearman	Enfermedad periodontal	Coeficiente de correlación	1,000	-,054
		Sig. (bilateral)	.	,487
		N	168	166
	Función psicológica	Coeficiente de correlación	-,054	1,000
		Sig. (bilateral)	,487	.
		N	168	168

Se observó que el valor de significación fue mayor que el valor propuesto ( $p = 0,487 > \alpha: 0,05$ ) cuya significancia se orienta al rechazo de la hipótesis alterna afirmando que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Observando que el coeficiente de correlación indicó una relación negativa y un nivel bajo ( $r = -0,054$ ), señalando que a menor enfermedad periodontal entonces mayor Calidad de vida.

### 3.2.4 Enfermedades periodontal y malestar

#### Hipótesis específica 3:

H<sub>1</sub>: La enfermedad periodontal se relaciona con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

H<sub>0</sub>: La enfermedad periodontal no se relaciona con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

Tabla 14

*Prueba Rho Spearman entre la enfermedad periodontal y el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

		Enfermedad		
			periodontal	Malestar
Rho de Spearman	Enfermedad periodontal	Coeficiente de correlación	1,000	-,087
		Sig. (bilateral)	.	,262
		N	168	168
	Malestar	Coeficiente de correlación	-,087	1,000
		Sig. (bilateral)	,262	.
		N	168	168

Se observó que el valor de significación fue mayor que el valor propuesto ( $p = 0,262 > \alpha: 0,05$ ) cuya significancia se orienta al rechazo de la hipótesis alterna afirmando que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Observando que el coeficiente de correlación indicó una relación negativa y un nivel leve ( $r = -0,087$ ), señalando que a menor enfermedad periodontal entonces mayor Calidad de vida.

## **IV. Discusión**

## Discusión

Con respecto a la hipótesis general el estudio planteó que la enfermedad periodontal se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, de acuerdo con el Rho de Spearman el p-valor obtenido ( $p = 0,373$ ) y coeficiente de relación ( $-0,017$ ) cuya significancia se orienta al rechazo de la hipótesis alterna, aceptando la hipótesis nula, la enfermedad periodontal se relaciona de manera leve e indirecta con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, es decir a menor enfermedad periodontal, mayor calidad de vida.

El resultado al que llegó la investigación es diferente al del realizado por La Fuente, Sumano, Sifuentes y Zelocuatecatl (2010) quienes realizaron el estudio *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores* en la ciudad de México con el objetivo de evaluar la salud dental y el bienestar social de los adultos de la tercera edad y obtuvieron como resultados problemas con las piezas dentales y el entorno bucal en (87,3%), dificultades al momento de comer (64%), dolor dentobucal (60,7%) y detención de la facultad de alimentarse (56%). El CPOD fue de 14,1; el componente cariado, 3,96; los dientes perdidos, 5,95; y los dientes obturados, 4,19. La correlación entre el índice OHIP-14 y el CPOD fue afirmativo, aunque débil ( $r=0,26$ ;  $p=0,001$ ). Llegaron a la conclusión de que el estado estomatognático influye en el bienestar social de los adultos de la tercera edad y afecta específicamente la elaboración de sus actividades cotidianas. Es importante destacar que en cada caso se establece en el referencial con un ( $r=0,26$ ;  $p=0,001$ ) y el desarrollado con ( $p = 0,000$ ). Se puede evidenciar que las enfermedades bucales son factores limitantes de las funciones básicas, afectando a las piezas dentales y a las estructuras que lo rodean. Este resultado se apoya en las definiciones hechas por Carranza y Sznajder (1996) donde sostuvieron que “La enfermedad periodontal es caracterizada por heridas inflamatorias gingivales, con formación de un saco periodontal que lleva a la eliminación de hueso alveolar y en algunos casos a la pérdida del diente. Su causa primordial es infecciosa (placa bacteriana)” (p.15). La enfermedad periodontal está directamente ligada con el bienestar social, y esto se debe a un mal cuidado dental, relacionado con

una atención odontológica inexistente a la población adulta mayor del programa de atención domiciliaria.

Por otra parte, y referente a la deducción obtenida en esta investigación, en cuanto a la Hipótesis Específica 1. La enfermedad periodontal se relaciona significativamente con la función física en adultos de la tercera edad del programa de atención domiciliaria. Como el p-valor resultó ser mayor a 0,05 ( $p = 0,821$ ) se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula, además el coeficiente de correlación de Spearman (-,018) indica que la relación es indirectamente leve entre la enfermedad periodontal y la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, es decir a menor enfermedad periodontal, mayor calidad de vida.

Así mismo, si contrastamos los resultados obtenidos, con los encontrados en dicho estudio realizado por Campodónico y colaboradores (2013) donde realizaron un estudio descriptivo transversal sobre el perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana, tuvo como objetivo determinar el efecto que tiene la enfermedad periodontal en la significancia de salud bucal en un grupo de adultos mayores donde el sangrado gingival estuvo presente en un 52 % de los individuos y que el 23 % necesitaba una limpieza dental y el 11 % necesitaba detartraje radicular por lo que se puede evidenciar altos porcentajes de pacientes con sangrado gingival a causa de la placa dental y el sarro dental, por lo que se determinó que la salud bucal de las personas adultas mayores es deficiente y es imprescindible la necesidad de tratamiento gingival. Así mismo se puede ver en la revisión de la literatura que Morales (2007) al respecto mencionó que la gingivitis se define como la inflamación localizada o generalizada de la encía, en donde se observa la presencia de inflamación, enrojecimiento, sangrados espontáneos o inducidos por un mal cepillado dental y mala masticación. En presencia de gingivitis la encía presenta un color rojo brillante semejante al de una fresa madura y su consistencia cambia de dura y resiliente a fluctuante y edematosa. (p. 93). El sangrado gingival no tratado oportunamente acarrea consecuencias graves a los tejidos de soporte dentario, como puede ser agrandamiento de las encías, destrucción del hueso alveolar que soporta al diente y los ligamentos

periodontales, a través de la activación de las células inflamatorias y células fagocitarias que remodelan el hueso.

Asimismo, en esta investigación, uno de los hallazgos encontrados en cuanto a la Hipótesis Específica 2. La enfermedad periodontal se relaciona significativamente con la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Dado que el p-valor obtenido ( $p = 0,487$ ) es mayor a 0,05 se rechaza la hipótesis alterna y en consecuencia se establece que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la función psicológica, pero se mantiene una relación negativa e inversa ( $\rho = -0,312$ ) con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, es decir, a menor enfermedad periodontal mayor calidad de vida.

Además, se identificaron aquellos factores teóricos que sustentan los resultados establecido por Carranza y Sznajder (1996) donde definen que “los cálculos son masas calcificadas y adherentes que se forman sobre la superficie del diente, pueden ser supra gingivales o sub gingivales, según se localicen por encima o por debajo del margen gingival”. (p, 39). De igual modo en un estudio realizado en una casa hogar por Gallardo, Picasso, Huillca y Ávalos (2012) sobre el bienestar social relacionada con la salud oral en adultos mayores de la municipalidad de Chorrillos, con la finalidad de determinar la auto percepción del bienestar social relacionada con la salud bucal en personas adultas mayores, aplicándose el índice GOHAI, se obtuvieron los resultados de que la mayoría de los pacientes presentaron una mala autopercepción de su salud oral y que requieren urgentemente una atención odontológica integral adecuada hecha por profesionales responsables y humanitarios. La presencia de cálculo dental en las superficies de los dientes es consecuencia de un mal aseo dental, del apiñamiento dental que dificulta la llegada del cepillo. Este cálculo destruye el hueso que soporta al diente y en consecuencia causa la retracción gingival, originando la sensibilidad dentaria en mejor de los casos, y en patologías crónicas la movilidad dentaria y posteriormente la extracción de la pieza afectada. Estas características pueden afectar la percepción psicológica del individuo en pacientes jóvenes, pero en adultos mayores es mínima pero si tiene relación como se pudo demostrar en los resultados anteriormente descritos.

Sobre la Hipótesis Específica 3. La enfermedad periodontal se relaciona significativamente con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Debido a que el p-valor obtenido ( $p = 0,262$ ) resultó ser mayor a 0,05 y un coeficiente de correlación de  $(-,087)$ , se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, la enfermedad periodontal se relaciona inversamente leve con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

Por lo tanto, al confrontar la investigación de Soto, Vallejos, Ouslanova y De La Cruz (2009) donde realizaron un estudio sobre la situación bucal de adultos mayores con discapacidades en el distrito de San Luis, Lima, Perú, con la finalidad de ahondar en el estado de salud bucodental, se pudo observar la presencia de bolsas periodontales, piezas extruidas, apiñamiento dental y atrición dental en pacientes con discapacidad motora (42.2 %), discapacidad mental (35.3 %) y discapacidad sensorial (9.8%), llegando a la conclusión que las enfermedades del periodonto comprometen el bienestar social en los adultos mayores. Por lo que es necesario implementar un adecuado tratamiento e intervención a esta población adulta mayor que padece de estas discapacidades para poder ofrecerles una calidad de vida aceptable. En la revisión de literatura encontramos a Ferrans (1990) quien refirió: "Bienestar social en general es definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella". (p.249). La bolsa periodontal leve o moderada es de diagnóstico complejo, pues requiere de la pericia y la experiencia del profesional, usando instrumentos calibrados como la sonda periodontal, pero el tratamiento es simple, el destartraje y el pulido radicular. El malestar que se pudo observar en el estudio, es referido a la incomodidad del adulto mayor en su alimentación diaria, en la calidad de los alimentos y en proceso de metabolización, ya que mencionaron síntomas como ardor estomacal, gases, reflujos y en algunos casos obstrucción intestinal; consecuencia de las pocas piezas dentarias que los adultos mayores poseen y es agravada con la no portabilidad de prótesis dentales ya sea por falta de economía, o por un seguro que no tiene la cobertura de dichas prótesis para ser entregadas al paciente.

Por lo tanto, al confrontar la investigación de Gallardo, Picasso, Huilca y Ávalos (2013), en su estudio sobre *calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores, en la casa del adulto mayor de la municipalidad de Chorrillos, Lima-Perú*, con el objetivo de determinar la autopercepción del bienestar social relacionada a la salud oral en personas atendidas en la casa del adulto mayor, el estudio fue de tipo descriptivo. La muestra estuvo formada por 164 adultos de la tercera edad seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. Se llegó a la conclusión de que la mayor parte de la población de estudio tuvo una autopercepción “mala” de su salud oral y necesitan de una atención odontológica integral, servicio que debe ser incluido en los diferentes programas integrales de salud de la nación. De igual manera, al efectuarse el análisis inferencial se encontró que no hay relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ( $p = 0,239$ ), ni con el nivel educativo ( $p = 0,085$ ) ni con existencia de enfermedades sistémicas ( $p = 0,438$ ). En la presente investigación, no se evidenció esta patología, se requiere que la profundidad de la bolsa periodontal sea mayor a 5,5 mm, pero de haberlo presenciado el tratamiento adecuado es la intervención quirúrgica y eliminación del cálculo sub gingival y supra gingival.

Por su parte, Laserna, (2008) define que:

La preocupación por la higiene oral es tan antigua como la existencia del hombre. La evolución histórica de la higiene oral se inicia con el intento por parte del hombre primitivo de controlar las molestias que le provocaban los restos de alimentos que se quedaban entre los dientes, para lo que en principio utilizó las uñas, posteriormente las astillas de madera, etc, hasta nuestros días que podemos usar incluso el agua a presión, que es sin duda alguna, el método más eficiente de lograr una correcta higiene oral. (p.95).

Esto es concurrente con las investigaciones realizadas por Belaunde, Salazar, Castillo, Manrique, Orejuela, Zavaleta y López (2012) donde realizaron un estudio sobre la *Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo* en el distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, Perú. Con el objetivo de ver el acceso a la atención basada en la capacidad de la persona para obtener atención

dental adecuada y oportuna cuando sea indispensable, o ante algunos inconvenientes que podrían hacer la no atención odontológica. La investigación fue transversal, observacional y descriptiva. La muestra estuvo conformada de 148 personas adultas y este estudio analizó el ¿por qué? de la última visita al dentista, obteniendo que el 100% de los pacientes acudieron al dentista por dolor dental en los últimos 12 meses y que el 100 % de los edéntulos acudieron a la consulta dental en un tiempo mayor a 5 años.

Por lo tanto, es de vital interés que la atención odontológica a los pacientes del programa de atención domiciliaria (PADOMI) sea accesible, puesto que en la presente investigación se pudo observar que el servicio odontológico domiciliario es nulo e inaccesible para aquellos pacientes con discapacidades motoras y sensoriales.

## **V. Conclusiones**

## Conclusiones

**Primera:** En el estudio se estableció como hipótesis general que la enfermedad periodontal se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI-ESSALUD) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017, se ha demostrado que de acuerdo con el p-valor obtenido ( $p = 0,373$ ) se rechaza la hipótesis alterna y se debe aceptar la hipótesis nula, es decir, la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente ( $\rho = -0,070$ ) con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, siendo una relación leve indirecta, es decir a menor enfermedad periodontal, mayor calidad de vida

**Segunda:** En el estudio se estableció como hipótesis específica que la enfermedad periodontal se relaciona con la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI-ESSALUD) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017, se ha demostrado que en cuanto a la hipótesis específica 1 tomando en cuenta la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Como el p-valor resultó ser mayor a 0,05 ( $p = 0,373$ ) se acepta la hipótesis nula, además el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho = -0,018$ ) indica que la relación es indirectamente leve entre enfermedad periodontal y la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, es decir a menor enfermedad periodontal, mayor calidad de vida

**Tercera:** En el estudio se estableció como hipótesis específica 2 que la enfermedad periodontal se relaciona con la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI-ESSALUD) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017, se ha demostrado que en cuanto a la hipótesis específica 2, la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la función

psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Dado que el p-valor obtenido ( $p = 0,487$ ) es mayor a 0,05 se rechaza la hipótesis alterna y en consecuencia se establece que la enfermedad periodontal no mantiene una relación significativa, pero si inversa leve ( $\rho = -0,054$ ) con la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, es decir, a menor enfermedad periodontal mayor calidad de vida

**Cuarta:** En el estudio se estableció como hipótesis específica 3 que la enfermedad periodontal se relaciona con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI-ESSALUD) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017, se ha demostrado que en cuanto a la hipótesis específica 3, la enfermedad periodontal se relaciona significativamente con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Debido a que el p-valor obtenido ( $p = 0,262$ ) resultó ser mayor a 0,05 se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, la enfermedad periodontal no se relaciona con el malestar, pero si indirectamente leve ( $\rho = -,087$ ) a menor enfermedad periodontal mayor calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

## **VI. Recomendaciones**

## Recomendaciones

**Primera:** Se recomienda al Minsa - Ministerio de Salud del Perú. A establecer actividades que promuevan, prevengan, recuperen y rehabiliten a la población adulta mayor y así poder devolver la función masticatoria y la estética bucal de los adultos mayores.

**Segunda:** Se recomienda a la Dirección regional de salud a promocionar el marco de la atención odontológica integral de la salud; formulando y proponiendo normativas y la articulación intersectorial de las diferentes especialidades odontológicas con la sociedad civil para el abordaje interdisciplinario de las enfermedades estomatognáticas.

**Tercera:** Se recomienda al Instituto (Padomi - EsSalud) a prestar una mayor y mejor atención odontológica a los adultos mayores, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de las técnicas de higiene bucal, y a la conformación de programas de atención domiciliaria odontológicas en todas sus especialidades, con la implementación de unidades dentales portátiles equipadas para resolver tratamientos integrales, ya que es una necesidad urgente y esta población adulta mayor refiere no tener dicha atención hasta la actualidad; asimismo de promover la capacitación al personal encargado del cuidado de los adultos mayores y el auto cuidado como medio para mantener la integridad fisiológica de la cavidad bucal.

## **VII. Referencias**

## Referencias

- Álvarez, A. (2005). *Hablar en español*. España: Ediciones Nobel, S.A.
- Alzate, S., Agudelo, A.A., López, F., López, C., Espinosa, E. y Posada, A. (2015) Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 14(29), 83-96
- Atchison, K. A. y Dolan, T. A. (1990) Development of the Geriatric Oral Health assessment Index. *Journals of Dental Education.* 54(11), 680- 687.
- Belaunde, M.A., Salazar, F., Castillo, D., Manrique, J., Orejuela, F., Zavaleta, C. y López, M. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Revista Estomatológica Herediana.* 22(2), 77-81
- Brunetti, R.F., Montenegro, F.L.B. y Marchini L. (2002). *Odontogeriatría: Nociones de Interés Clínico*. Sao Paulo, Brasil: Artes Médicas.
- Cabedo, S. (2003). *Hacia un concepto integral de calidad de vida: la universidad y los mayores*. Castellón, España: Publicaciones de la universidad Jaume I. ed.
- Campodónico, C., Chein, S., Benavente, L., Vidal, R., Delgadillo, J.R., Álvarez, M.A., Evaristo, T., Campodónico C., Lara, L. y Díaz, A.M. (2012). El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana. *Revista Odontológica Sanmarquina.* 16(2), 29-33
- Cardona, E.F, Pacheco, M. y Giraldo, O.L. (2003). *Anestesiología para médicos generales*. Medellín, Colombia: Imprenta universidad de Antioquia.
- Carranza F. (1993). *Periodontología Clínica de Glickman*. (7ma Ed.). México D.F: Nueva Editorial Interamericana.
- Carranza, F.A. y Sznajde, N.G. (1996). *Compendio de periodoncia*. (5ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial medica panamericana.
- Caseras, X. (2009). *Trastornos de ansiedad: crisis y agorafobia*. Barcelona, España: Editorial Amat, S.L.
- Castañeda; E. (1986). *Calidad de vida y cambio: reformas institucionales*. Caracas, Venezuela: Conciencia 21.
- Cervera, S., Zapata, R., Gual, P., Quintanilla, B. y Arce, G. (1990). *No te rindas ante los trastornos del peso*. Madrid, España: Ediciones Rialp.

- Cornachione, M.A. (2006). *Psicología del desarrollo - vejez*. Córdoba, Argentina: Brujas
- Cuadrado, J. (1997). *Introducción a la política económica*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- De La Fuente, J., Sumano, O., Sifuentes, M. C, y Zelocuatecatl, A. (2010). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Revistas Científicas Javerianas*, 29(63), 83-92
- Díaz, S., Arrieta, K. y Ramos, K. (2012). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Revista clínica de medicina de familia*, 5 (1), 9-16
- Echevarria, J.J. (2011). *Periodoncia e implantología*. Barcelona España: Editorial Océano/ ergon.
- Eley, B.M., Soory, M. y Manson, J.D. (2012). *Periodoncia*. (6ta. ed.). Barcelona, España: Elsevier limited.
- Esquivel, R. I. y Jiménez, J. (2012) Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM*, 69 (2), 69-75
- Ferro, M.B y Gómez, M. (2007). *Fundamentos de la Odontología: Periodoncia*. (2da edición). Bogotá, Colombia: Fundación cultural Javeriana de artes gráficas JAVEGRAF.
- Gabriel, D. (2009). Definición ABC. Hablar. Recuperado de:  
<https://www.definicionabc.com/comunicacion/hablar.pl>
- Gallardo, A., Picasso, M.A., Huilca, N. y Ávalos, J.C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *Revistas USMP Kiru*, 10(2), 145–50
- Gómez, M.M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Harris, N.O. y García, F. (2005). *Odontología preventiva*. (2da.ed.). México: El manual moderno
- Harris, N.O. y García-Godoy (2005). *Odontología preventiva primaria*. México D.F, México: Editorial El Manual Moderno. S.A.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta Ed.). México: McGraw-Hill.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ta Ed.). México: McGraw-Hill.
- Irigoyen, M.E., Velázquez, C., Zepeda, M.A. y Mejía A. (1999). Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad en la ciudad de México. *Rev. ADM*, 56(2), 9-64
- Lamont, R. J., Hajishengallis, G. N. y Jenkinson, H.F. (2015). *Microbiología e inmunología oral*. México D.F.: Editorial el manual moderno.
- Laplace, B. N., Legrá, S. M., Fernández, J., Quiñones, D., Piña, L. y Castellanos, L. (2013). Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico*, 17(4), 477-488.
- Laserna, V. (2008). *Higiene Dental Personal Diaria*. Victoria, Canadá: Trafford.
- Marchini, L. y Brunetti-Montenegro, F.L. (2013). *Odontogeriatría, una visao gerontológica*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier editora Ltda.
- Martínez, J. (1998). *Deporte y calidad de vida*. Madrid, España: Librerías deportivas Esteban Sanz, S.L.
- Ministerio de salud (2012). *Salud bucal*. Recuperado de:  
[https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)
- Morales, F. (2007). *Temas prácticos en geriatría y gerontología*. (Tomo III). San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Negróni, M. (2009). *Microbiología estomatológica fundamentos y guía práctica*. (2da. ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México D.F.: Editorial el manual moderno S.A
- O.M.S y O.P.S (2002) *La salud en la américas*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- O.M.S. (2012). *Salud bucodental*. Recuperado de  
<http://www.who.in/medicacentre/factsheets/fs318/es/>
- OMS. (1997). *Encuestas de la salud bucodental. Método básico*. (4ta ed.). Ginebra, Suiza: Ediciones de la O.M.S.
- Ortega, R.M., y Lozano, C. (2006). *Nutriguía: manual de nutrición clínica en atención primaria*. Madrid, España: Editorial Complutense S.A.

- Peña, M. (2016). *Comer, adelgazar y mantenerse: algo más que un cambio de peso*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lea.
- Raspall, G. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. (2da ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Reyes, J., Rodríguez, L., Paz-Soldán, P., García, V., Fernández, M., Yparraguirre, J., Montalvo, W., Bravo, K., Guardia, A., Pino, F. y Portugal, B. (2013). Determinación de la salud bucal en personas mayores institucionalizadas residentes en Lima, Perú. *Revista Kirú*. 10(2), 140–4
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-22.
- Rodríguez, L.F. (2006) *Atención del auxiliar en la hospitalización del paciente geriátrico*. Sevilla, España: Editorial Mad, S.L.
- Rodríguez, N. (2006). *Manual de sociología gerontológica*. Barcelona, España: Edicions de la universitat de Barcelona.
- Salech, F., Jara, R. y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista médica clínica condes*, 23(1), 19-29
- Soto, R., Vallejos, R., Campos, R., Ouslanova, P., Agüero, Z., Bernal, N., Camargo, J. y De la Cruz, C. (2009). Situación bucal de pobladores con discapacidades en el distrito de San Luis – Lima. *Revista Estomatológica Herediana*, 19 (1), 18-20
- Taboada, O. y Cortés, X. (2014). Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *Revista ADM*, 71(6), 273-279
- Tulón, C. (2005). *Cantar y hablar*. Barcelona, España: Editorial PAIDOTRIBO.
- Valderrama, S. (2013). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica (2da ed)*. Lima: San Marcos.
- Villa, P. (2015). Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. *Revista Iberoamericana de Ciencia*. 2(4), 179 -189

## **Anexos**

## Anexo A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO:** Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017  
**AUTOR:** Efraín Tito Camones

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
<p><b>Problema principal:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI-ESSALUD) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es la relación entre el sangrado gingival y la calidad de vida del adulto mayor?</li> <li>¿Cuál es la relación entre la acumulación del cálculo dental y la calidad de vida del adulto mayor?</li> <li>¿Cuál es la relación entre la bolsa periodontal leve y moderada y la calidad de vida del adulto mayor?</li> <li>¿Cuál es la relación entre la bolsa periodontal profunda y la calidad de vida del adulto mayor?</li> </ol>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos _ Lima, 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar la relación entre el sangrado gingival y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos _ Lima, 2017.</li> <li>Determinar la relación entre la acumulación de cálculo dental y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos _ Lima, 2017.</li> <li>Determinar la relación entre la bolsa periodontal leve y moderada y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos _ Lima, 2017.</li> <li>Determinar la relación entre la bolsa periodontal profunda y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos _ Lima, 2017.</li> </ol>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>La enfermedad periodontal se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El sangrado gingival se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.</li> <li>La acumulación de cálculo se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.</li> <li>La bolsa periodontal leve y moderada se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.</li> <li>La bolsa periodontal profunda se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.</li> </ol>	<b>Variable 1: Enfermedad Periodontal</b>				
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Niveles o rangos</b>	
			Sangrado al sondaje	Sangrado al sondeo suave	<b>0,1</b>	0= mantener las medidas de prevención 1= Instrucción de higiene oral 2= I.H.O, detartraje, profilaxis 3= I.H.O, detartraje pulido radicular 4= I.H.O, detartraje, acceso quirúrgico	
			Acumulación de cálculos	Presencia de cálculos supra e infragingival	<b>2</b>		
			Bolsas periodontales leves y moderadas	Profundidad al sondeo de 3.5 a 5.5 mm	<b>3</b>		
Bolsas periodontales profundas	Profundidad al sondeo mayor a 5.5mm	<b>4</b>					
<b>Variable 2: Calidad de vida</b>							
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Niveles o rangos</b>				
<b>Función física</b>	<b>Comer, hablar, tragar</b>	<b>1,2,3,4</b>	<b>Mala 12 - 27</b>				
<b>Función Psicológica</b>	<b>Preocupación Inquietud</b>	<b>5,6,7,8</b>	<b>Regular 28-44</b>				
<b>Malestar</b>	<b>Dolor/incomodidad</b>	<b>9,10,11,12</b>	<b>Buena 45-60</b>				

## Anexo B:

### INSTRUMENTO SOBRE CALIDAD DE VIDA

#### Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017

**Presentación:** Estimado paciente adulto mayor del programa de atención domiciliaria (PADOMI), la presente encuesta busca medir su calidad de vida, sus problemas funcionales orales, su impacto psicosocial, destinado a la evaluación de la eficacia de los tratamientos dentales.

**Instrucciones:** Marque con una X de acuerdo a su grado de afinidad por la respuesta.

Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1	2	3	4	5

#### Índice de Salud Oral Geriátrico (Geriatric Oral Health Assessment Index GOHAI)

Preguntas	Respuestas				
	Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1. ¿Con qué frecuencia limitó la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?					
2. ¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?					
3. ¿Con qué frecuencia sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?					
4. ¿Con qué frecuencia sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?					
5. ¿Con qué frecuencia evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?					
6. ¿Con qué frecuencia estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?					
7. ¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
8. ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
9. ¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
10. ¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías poco atractivas?					
11. ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?					
12. ¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?					

**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:****ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LA COMUNIDAD  
(CPITN)**

CÓDIGO 0 = MANTENER LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN  
 CÓDIGO 1 = INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL  
 CÓDIGO 2 = INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL, DESTARTRAJE  
 CÓDIGO 3 = INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL, DESTARTRAJE, PULIDO RADICULAR  
 CÓDIGO 4 = INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL, DESTARTRAJE, ACCESO QUIRÚRGICO

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**RESULTADOS:**

<b>Primera Consulta</b>		
<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>
<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
	Fecha:	

<b>Control a Distancia</b>		
<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>
<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
	Fecha:	

## Anexo: C



## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Nº	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1 : Sangrado al sondaje</b>							
0	Tejidos periodontales sanos (no hay sangrado)	✓		✓		✓		
1	Sangrado al sondaje suave	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2: Acumulación de cálculos</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
2	Cálculos supra o infragingivales	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 3: Bolsas periodontales leves y moderadas</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
3	Profundidad al sondeo de 3.5 mm a 5.5 mm	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 4: Bolsas periodontales profundas</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
4	Profundidad al sondeo mayor a 5.5. mm	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

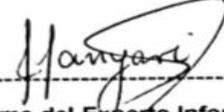
Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. Jackeline Manyari Casas..... DNI: 06021245.....

Especialidad del validador: Mg. Neuroeducación Infantil CO. Cirujano Dentista COP 6233.....

Lima 13 de Setiembre del 2017

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Experto Informante.

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1 : Sangrado al sondaje</b>							
0	Tejidos periodontales sanos (no hay sangrado)	✓		✓		✓		
1	Sangrado al sondaje suave	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2: Acumulación de cálculos</b>							
2	Cálculos supra o infragingivales	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSION 3: Bolsas periodontales leves y moderadas</b>							
3	Profundidad al sondeo de 3.5 mm a 5.5 mm	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSION 4: Bolsas periodontales profundas</b>							
4	Profundidad al sondeo mayor a 5.5. mm	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [ ✓ ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg Raúl Torres Guerra ..... DNI: 06843640 .....

Especialidad del validador: Mg Neuroeducación Infantil Cirujano Dentista COP 5984 .....

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

...13 de 09 del 2017



Firma del Experto Informante.

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1 : Sangrado al sondaje</b>							
0	Tejidos periodontales sanos (no hay sangrado)	✓		✓		✓		
1	Sangrado al sondaje suave	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2: Acumulación de cálculos</b>							
2	Cálculos supra o infragingivales	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 3: Bolsas periodontales leves y moderadas</b>							
3	Profundidad al sondeo de 3.5 mm a 5.5 mm	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 4: Bolsas periodontales profundas</b>							
4	Profundidad al sondeo mayor a 5.5. mm	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [X]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Teresa de Jesús Campana Anasco ..... DNI: 31035536 .....

Especialidad del validador: Ciencias de la Salud .....

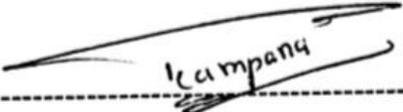
16 de 09 del 2017

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR (GOHAI)**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Función física (comer, hablar, tragar)</b>								
1	¿Cuántas veces limitó la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
2	¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?	✓		✓		✓		
3	¿Cuántas veces sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?	✓		✓		✓		
4	¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 2: Función psicológica (preocupación, inquietud, insatisfacción)</b>								
5	¿Cuántas veces evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
6	¿Cuántas veces estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
7	¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
8	¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 3: Malestar (dolor/incomodidad)</b>								
9	¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
10	¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías poco atractivas?	✓		✓		✓		
11	¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	✓		✓		✓		
12	¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [ ✓ ]   Aplicable después de corregir [ ]   No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Manyari Casas Jackeline   DNI: 06021245

Especialidad del validador: Mg. Neuroeducación Infantil e.d. Cirujano Dentista COP 6233

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados

Lima 17 de Setiembre del 2017.

Manyari

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR (GOHA)**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Función física (comer, hablar, tragar)</b>								
1	¿Cuántas veces limitó la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
2	¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?	✓		✓		✓		
3	¿Cuántas veces sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?	✓		✓		✓		
4	¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 2: Función psicológica (preocupación, inquietud, insatisfacción)</b>								
5	¿Cuántas veces evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
6	¿Cuántas veces estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
7	¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
8	¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 3: Malestar (dolor/incomodidad)</b>								
9	¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	✓		✓		✓		
10	¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías poco atractivas?	✓		✓		✓		
11	¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	✓		✓		✓		
12	¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable    Aplicable después de corregir [ ]   No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Tereza de Jesús Campana Anasco ..... DNI: 31035536 .....

Especialidad del validador: Ciencias de la Salud .....

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

16 de 09 del 2017.

Tereza Campana  
 Firma del Experto Informante.

**Anexo D:**  
**Base de datos**

**Calidad de vida.**

Pacientes	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12
pac. 1	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3
pac. 2	2	1	2	1	2	1	2	2	3	3	3	3
pac. 3	1	2	1	2	3	3	2	2	2	1	4	4
pac. 4	2	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	5
pac. 5	1	2	2	2	4	1	2	2	4	4	4	4
pac. 6	3	4	4	4	4	2	3	4	4	2	4	3
pac. 7	3	2	3	2	3	3	4	4	3	2	3	4
pac. 8	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	4	4
pac. 9	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	4	4
pac. 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 11	2	3	4	3	4	2	2	3	4	2	3	3
pac. 12	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	4	4
pac. 13	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1	3	1
pac. 14	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1
pac. 15	3	2	3	3	4	2	1	3	2	3	3	1
pac. 16	3	4	4	3	3	2	3	3	4	2	4	3
pac. 17	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	5	5
pac. 18	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4
pac. 19	4	4	4	3	5	4	4	4	4	5	4	3
pac. 20	2	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	5
pac. 21	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
pac. 22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 24	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 27	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1
pac. 28	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4
pac. 29	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3	4	3
pac. 30	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4
pac. 31	3	2	3	2	3	4	3	4	3	2	2	4
pac. 32	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5
pac. 33	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2
pac. 34	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5
pac. 35	2	2	1	2	1	2	2	1	2	3	3	3
pac. 36	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2
pac. 37	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2
pac. 38	4	3	3	3	4	4	3	3	5	3	3	3

pac. 39	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3
pac. 40	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2
pac. 41	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
pac. 42	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3
pac. 43	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	5
pac. 44	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2
pac. 45	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2
pac. 46	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1
pac. 47	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2
pac. 48	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2
pac. 49	4	2	3	2	4	4	4	3	4	4	4	4
pac. 50	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3
pac. 51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 52	4	3	4	4	4	3	3	4	4	5	4	3
pac. 53	2	2	3	2	3	3	2	1	3	3	2	2
pac. 54	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	3	3
pac. 55	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 56	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4
pac. 57	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2
pac. 58	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2
pac. 59	4	4	3	4	5	4	4	4	3	5	4	3
pac. 60	1	2	1	2	3	3	2	2	2	1	4	4
pac. 61	3	2	3	2	3	3	4	4	3	2	3	4
pac. 62	2	3	4	3	4	2	2	3	4	2	3	3
pac. 63	3	2	3	3	4	2	1	3	2	3	3	1
pac. 64	4	4	4	3	5	4	4	4	4	5	4	3
pac. 65	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 66	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1
pac. 67	3	2	3	2	3	4	3	4	3	2	2	4
pac. 68	2	2	1	2	1	2	2	1	2	3	3	3
pac. 69	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3
pac. 70	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3
pac. 71	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	3	3
pac. 72	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	4	4
pac. 73	2	1	2	1	2	1	2	2	3	3	3	3
pac. 74	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	4	4
pac. 75	3	4	4	3	3	2	3	3	4	2	4	3
pac. 76	2	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	5
pac. 77	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 78	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4
pac. 79	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5
pac. 80	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5
pac. 81	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
pac. 82	4	2	3	2	4	4	4	3	4	4	4	4

pac. 83	2	2	3	2	3	3	2	1	3	3	2	2
pac. 84	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3
pac. 85	1	2	2	2	4	1	2	2	4	4	4	4
pac. 86	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	4	4
pac. 87	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1	3	1
pac. 88	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	5	5
pac. 89	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
pac. 90	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 91	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3	4	3
pac. 92	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2
pac. 93	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2
pac. 94	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2
pac. 95	4	3	4	4	4	3	3	4	4	5	4	3
pac. 96	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4
pac. 97	3	4	4	4	4	2	3	4	4	2	4	3
pac. 98	2	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	5
pac. 99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 100	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1
pac. 101	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4
pac. 102	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 103	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	2	2
pac. 104	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4
pac. 105	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 106	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
pac. 107	2	2	3	3	2	2	3	2	1	3	2	2
pac. 108	4	4	3	4	5	4	5	5	5	5	5	5
pac. 109	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2
pac. 110	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	3	3
pac. 111	3	2	3	3	4	2	1	3	2	3	3	1
pac. 112	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2
pac. 113	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4
pac. 114	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5
pac. 115	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
pac. 116	4	2	3	2	4	4	4	3	4	4	4	4
pac. 117	2	2	3	2	3	3	2	1	3	3	2	2
pac. 118	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3
pac. 119	1	2	2	2	4	1	2	2	4	4	4	4
pac. 120	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	4	4
pac. 121	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1	3	1
pac. 122	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	5	5
pac. 123	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
pac. 124	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 125	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3	4	3
pac. 126	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2

pac. 127	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2
pac. 128	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2
pac. 129	4	3	4	4	4	3	3	4	4	5	4	3
pac. 130	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4
pac. 131	3	4	4	4	4	2	3	4	4	2	4	3
pac. 132	2	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	5
pac. 133	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 134	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1
pac. 135	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4
pac. 136	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 137	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	2	2
pac. 138	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4
pac. 139	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pac. 140	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
pac. 141	2	2	3	3	2	2	3	2	1	3	2	2
pac. 142	4	4	3	4	5	4	5	5	5	5	5	5
pac. 143	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2
pac. 144	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	3	3
pac. 145	3	2	3	3	4	2	1	3	2	3	3	1
pac. 146	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2
pac. 147	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4
pac. 148	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 149	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4
pac. 150	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2
pac. 151	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2
pac. 152	4	4	3	4	5	4	4	4	3	5	4	3
pac. 153	1	2	1	2	3	3	2	2	2	1	4	4
pac. 154	3	2	3	2	3	3	4	4	3	2	3	4
pac. 155	2	3	4	3	4	2	2	3	4	2	3	3
pac. 156	3	2	3	3	4	2	1	3	2	3	3	1
pac. 157	4	4	4	3	5	4	4	4	4	5	4	3
pac. 158	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
pac. 159	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1
pac. 160	3	2	3	2	3	4	3	4	3	2	2	4
pac. 161	2	2	1	2	1	2	2	1	2	3	3	3
pac. 162	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3
pac. 163	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3
pac. 164	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	3	3
pac. 165	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	4	4
pac. 166	2	1	2	1	2	1	2	2	3	3	3	3
pac. 167	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	4	4
pac. 168	3	4	4	3	3	2	3	3	4	2	4	3

**Enfermedad periodontal.**

Pacientes	e1	e2	e3	e4	E_P
pac. 1	1	1	0	0	2
pac. 2	1	0	0	0	1
pac. 3	1	0	0	0	1
pac. 4	1	1	0	0	2
pac. 5	1	1	0	0	2
pac. 6	1	1	0	0	2
pac. 7	1	0	0	0	1
pac. 8	0	0	0	0	0
pac. 9	0	0	0	0	0
pac. 10	1	1	1	0	0
pac. 11	1	1	1	0	0
pac. 12	1	1	1	0	3
pac. 13	1	1	0	0	2
pac. 14	1	1	1	0	3
pac. 15	1	1	0	0	2
pac. 16	1	1	0	0	2
pac. 17	0	0	0	0	0
pac. 18	1	0	0	0	1
pac. 19	1	1	1	0	3
pac. 20	0	0	0	0	0
pac. 21	1	0	0	0	1
pac. 22	1	1	1	0	3
pac. 23	1	0	0	0	1
pac. 24	1	1	0	0	2
pac. 25	0	0	0	0	0
pac. 26	0	0	0	0	0
pac. 27	0	0	0	0	0
pac. 28	0	0	0	0	0
pac. 29	1	0	0	0	1
pac. 30	1	1	0	0	2
pac. 31	1	0	0	0	1
pac. 32	1	0	0	0	1
pac. 33	1	0	0	0	1
pac. 34	1	0	0	0	1
pac. 35	1	1	0	0	2
pac. 36	1	0	0	0	1
pac.37	1	0	0	0	1
pac. 38	0	0	0	0	0
pac. 39	0	0	0	0	0
pac. 40	1	0	0	0	1
pac. 41	1	1	1	0	3

pac. 42	1	0	0	0	1
pac. 43	1	0	0	0	1
pac. 44	1	1	0	0	2
pac. 45	1	0	0	0	1
pac. 46	1	1	1	0	3
pac. 47	1	1	1	0	3
pac. 48	1	0	0	0	1
pac. 49	1	0	0	0	1
pac. 50	0	0	0	0	0
pac. 51	1	0	0	0	1
pac. 52	1	1	1	0	3
pac. 53	1	1	1	0	3
pac. 54	0	0	0	0	0
pac. 55	1	1	0	0	2
pac. 56	0	0	0	0	0
pac. 57	1	0	0	0	1
pac. 58	1	0	0	0	1
pac. 59	1	0	0	0	1
pac. 60	1	0	0	0	1
pac. 61	0	0	0	0	0
pac. 62	1	1	1	0	3
pac. 63	0	0	0	0	0
pac. 64	1	1	1	0	3
pac. 65	1	0	0	0	1
pac. 66	0	0	0	0	0
pac. 67	1	0	0	0	1
pac. 68	1	1	0	0	2
pac. 69	0	0	0	0	0
pac. 70	0	0	0	0	0
pac. 71	0	0	0	0	0
pac. 72	0	0	0	0	0
pac. 73	0	0	0	0	0
pac. 74	1	1	1	0	3
pac. 75	1	1	0	0	2
pac. 76	0	0	0	0	0
pac. 77	1	1	0	0	2
pac. 78	0	0	0	0	0
pac. 79	1	0	0	0	1
pac. 80	1	0	0	0	1
pac. 81	0	0	0	0	0
pac. 82	1	1	0	0	2
pac. 83	1	1	1	0	3
pac. 84	1	1	0	0	2
pac. 85	0	0	0	0	0

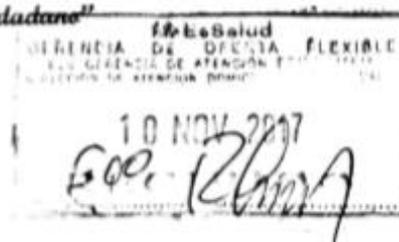
pac. 86	0	0	0	0	0
pac. 87	1	1	0	0	2
pac. 88	0	0	0	0	0
pac. 89	1	0	0	0	1
pac. 90	0	0	0	0	0
pac. 91	1	0	0	0	1
pac. 92	0	0	0	0	0
pac. 93	1	0	0	0	1
pac. 94	1	0	0	0	1
pac. 95	1	1	1	0	3
pac. 96	0	0	0	0	0
pac. 97	1	1	0	0	2
pac. 98	0	0	0	0	0
pac. 99	1	1	1	0	3
pac. 100	0	0	0	0	0
pac. 101	1	0	0	0	1
pac. 102	1	1	1	0	3
pac. 103	0	0	0	0	0
pac. 104	1	1	0	0	2
pac. 105	1	0	0	0	1
pac. 106	1	1	0	0	2
pac. 107	1	0	0	0	1
pac. 108	0	0	0	0	0
pac. 109	1	0	0	0	1
pac. 110	0	0	0	0	0
pac. 111	0	0	0	0	0
pac. 112	0	0	0	0	0
pac. 113	1	1	0	0	2
pac. 114	1	0	0	0	1
pac. 115	0	0	0	0	0
pac. 116	1	1	0	0	2
pac. 117	1	1	1	0	3
pac. 118	1	1	0	0	2
pac. 119	0	0	0	0	0
pac. 120	0	0	0	0	0
pac. 121	1	1	0	0	2
pac. 122	0	0	0	0	0
pac. 123	1	0	0	0	1
pac. 124	0	0	0	0	0
pac. 125	1	0	0	0	1
pac. 126	0	0	0	0	0
pac. 127	1	0	0	0	1
pac. 128	1	0	0	0	1
pac. 129	1	1	1	0	3

pac. 130	0	0	0	0	0
pac. 131	1	1	0	0	2
pac. 132	0	0	0	0	0
pac. 133	1	1	1	0	3
pac. 134	0	0	0	0	0
pac. 135	1	0	0	0	1
pac. 136	1	1	1	0	3
pac. 137	0	0	0	0	0
pac. 138	1	1	0	0	2
pac. 139	1	0	0	0	1
pac. 140	1	1	0	0	2
pac. 141	1	0	0	0	1
pac. 142	0	0	0	0	0
pac. 143	1	0	0	0	1
pac. 144	0	0	0	0	0
pac. 145	0	0	0	0	0
pac. 146	0	0	0	0	0
pac. 147	1	1	0	0	2
pac. 148	1	1	0	0	2
pac. 149	0	0	0	0	0
pac. 150	1	0	0	0	1
pac. 151	1	0	0	0	1
pac. 152	1	0	0	0	1
pac. 153	1	0	0	0	1
pac. 154	0	0	0	0	0
pac. 155	1	1	1	0	3
pac. 156	0	0	0	0	0
pac. 157	1	1	1	0	3
pac. 158	1	0	0	0	1
pac. 159	0	0	0	0	0
pac. 160	1	0	0	0	1
pac. 161	1	1	0	0	2
pac. 162	0	0	0	0	0
pac. 163	0	0	0	0	0
pac. 164	0	0	0	0	0
pac. 165	0	0	0	0	0
pac. 166	0	0	0	0	0
pac. 167	1	1	1	0	3
pac. 168	1	1	0	0	2

## Anexo E: Acreditación de la institución



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

*Escuela de Posgrado**"Año del Buen Servicio al Ciudadano"*

Lima, 04 de noviembre de 2017

Carta P. 1040-2017-EPG-UCV-LN

**Dr. Sergio Capcha Ayala**

Director Médico del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI - ESSALUD)

Sub Gerencia del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI - ESSALUD)

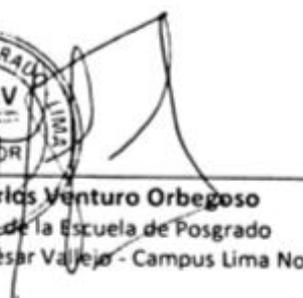
De mi mayor consideración:

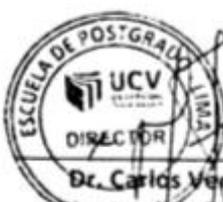
Es grato dirigirme a usted, para presentar a **Efrain Tito Camones** identificado con DNI N.° 09692922 y código de matrícula N.° 700112625; estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

**"ENFERMEDAD PERIODONTAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI-ESSALUD) DE LA JURISDICCIÓN DE LOS OLIVOS - LIMA, 2017"**

En ese sentido, solicito a su digna persona otorgar el permiso y brindar las facilidades a nuestro estudiante, a fin de que pueda desarrollar su trabajo de investigación en la institución que usted representa. Los resultados de la presente serán alcanzados a su despacho, luego de finalizar la misma.

Con este motivo, le saluda atentamente,

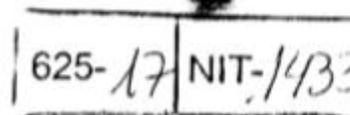


  
**Dr. Carlos Ventura Orbegoso**  
 Director de la Escuela de Posgrado  
 Universidad César Vallejo - Campus Lima Norte

## Carta de autorización

EsSalud

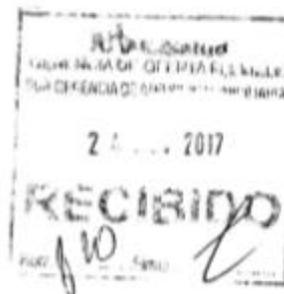
"Año de la Lucha contra la Corrupción"  
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



**CARTA N° 956 -DADP-SGAD-GOF-EsSalud-2017**

Lima, 23 NOV 2017

Señor  
**NESTOR RODRIGUEZ MORAN**  
Sub Gerente de Atención Domiciliaria  
Presente



**ASUNTO:** TRABAJO DE INVESTIGACION EN EL AREA DE ODONTOLOGIA

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que este despacho ha recibido la solicitud del Dr. Carlos Venturo Orbegoso de la Universidad Cesar Vallejo, quien presenta al señor Efrain Tito Camones, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, el que se encuentra desarrollando el trabajo de investigación sobre la "ENFERMEDAD PERIODONTAL y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA JURISDICCION DE LOS OLIVOS – LIMA, 2017"; autorizando se lleve a cabo el mismo.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

SCA/rcf

  
Sergio H. Caspich Ayala  
Servicio de Atención Domiciliaria - Gerencia de Atención Domiciliaria - GOF  
EsSalud



## Anexo F:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES  
DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI - ESSALUD) DE LA  
JURISDICCIÓN DE LOS OLIVOS – LIMA, 2017

INVESTIGADOR: C.D. EFRAÍN TITO CAMONES

#### Propósito

La Universidad César Vallejo realiza investigaciones a través de los alumnos de la Maestría en gestión de servicios de salud, con la finalidad de conocer y mejorar la salud de las personas. Es por ello que deseamos conocer si la enfermedad periodontal que tienen los adultos mayores del programa PADOMI, puede conllevarlo a tener una calidad de vida digna, por ello proponemos la investigación con la finalidad de conocer la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida de los adultos mayores.

#### Participación

Su participación consistirá en responder una encuesta donde se recogerá su apreciación acerca de la enfermedad periodontal y la calidad de vida, Si usted accede a participar en el estudio, únicamente se necesitará de su tiempo para que nos brinde la información solicitada en la encuesta, no existe riesgo y costo alguno para usted, solo es necesaria su autorización y si desea retirarse de la investigación no existirá multa o sanción para usted.

#### Beneficios del estudio

Es importante señalar que con su participación contribuirá a mejorar los conocimientos sobre la enfermedad periodontal y su calidad de vida.

### Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados. Se le asignará un número (código) a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etc.; de manera que su nombre permanecerá en total confidencialidad.

Donde conseguir información:

Para cualquier consulta, queja o comentario, favor comunicarse con el investigador del estudio al teléfono: 984335656, donde con mucho gusto será atendido(a).

### Declaración voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma como se realizará el estudio. Estoy enterado(a) que puedo participar o no continuar en el estudio en el momento que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar o ser expuesta a alguna represalia por parte del investigador o de la Universidad César Vallejo en la Maestría de gestión en servicios de salud.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación:

Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017

INVESTIGADOR: C.D. EFRAÍN TITO CAMONES

Nombre del participante

---

Firma: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha:        /        / 2017

## Anexo G: Artículo científico

### Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017

Autor: Br. Efraín Tito Camones

Correo electrónico: socialdent7@hotmail.com

#### Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos, Lima 2017, es una investigación con un enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo, con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo correlacional. Esta investigación aportará evidencias sobre la enfermedad ósea alveolar que presentan los pacientes adultos mayores y su influencia en el estado de bienestar, de tal manera que se pueda brindar la importancia que merece, en el trabajo preventivo mediante una adecuada instrucción de prácticas de sanidad oral, eliminación de focos infecciosos y la necesidad de la rehabilitación oral para mejorar su bienestar. Para la obtención de los datos se aplicaron cuestionarios tipo escala de Likert, para la variable enfermedad periodontal se aplicó el instrumento Índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad (CPITN) y para la variable calidad de vida se ha considerado el dimensionamiento del Índice de salud oral geriátrico (GOHAI), las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad. Se realizó una prueba piloto conformada por 20 adultos mayores y se aplicó la fiabilidad de los instrumentos con el estadístico Alfa de Cronbach usando el programa estadístico informático (SPSS) de la versión 23,0. El diseño de investigación fue no experimental con corte transversal; el muestreo fue probabilístico, la población estuvo conformada por 168 adultos mayores, los cuales reunieron los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó el estadístico Rho de Spearman para determinar la correlación entre las variables y se concluyó que existe una relación indirecta moderada y significativa entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida, con coeficiente de correlación de -0.517, es decir a menor enfermedad periodontal, mayor calidad de vida.

**Palabras clave:** Enfermedad periodontal, calidad de vida, adultos mayores

### Abstract

The main objective of this research was to determine the relationship between periodontal disease and quality of life in older adults of the home care program (Padomi-EsSalud) of the jurisdiction of Los Olivos, Lima 2017, it is an investigation with a quantitative approach and method hypothetical deductive, with a type of basic research and correlational descriptive level. This research will provide evidence on alveolar bone disease presented by elderly patients and their influence on the welfare state, in such a way that it can be given the importance it deserves, in preventive work through an adequate instruction in oral health practices, elimination of infectious foci and the need for oral rehabilitation to improve their well-being. In order to obtain the data, Likert scale questionnaires were applied, for the periodontal disease variable, the Community Index of Need for Community Periodontal Treatment (CPITN) instrument was applied, and for the quality of life variable the dimensioning of the Index of Oral health geriatric (GOHAI), which were subjected to validity and reliability. A pilot test consisting of 20 older adults was carried out and the reliability of the instruments was applied with the Cronbach's Alpha statistic using the computer statistical program (SPSS) of version 23.0. The research design was non-experimental with a cross section; the sampling was probabilistic, the population consisted of 168 older adults, who met the inclusion and exclusion criteria. The Spearman's Rho statistic was applied to determine the correlation between the variables and it was concluded that there is a moderate and significant indirect relationship between periodontal disease and quality of life, with a correlation coefficient of -0.517, that is to say, less periodontal disease, higher quality of life.

**Key words:** Periodontal disease, quality of life, elderly

### Introducción

Las prestaciones asistenciales ofrecidas a los adultos mayores deben ser de calidad, priorizando su bienestar social y calidad de vida, ya que estos tienen un ritmo de vida sin precedentes; con el avance de la tecnología y las ciencias de la salud, su expectativa de vida se ha aumentado, de modo que la vejez ya no debería ser un sinónimo de enfermedad. La realidad de este grupo poblacional es

diferente, ya que presentan problemas de salud oral, debido a cambios físicos y funcionales y a la presencia de la enfermedad periodontal, limitándolos en sus actividades. En el Perú los indicadores muestran altos índices de las enfermedades bucales en adultos mayores y la necesidad de tratamientos de la salud oral.

La enfermedad periodontal destruye las estructuras de soporte dentario, ocasionando inflamación gingival, destrucción de los ligamentos periodontales, sensibilidad y pérdida dentaria. Se clasifica en dos categorías: La gingivitis y la periodontitis, que es una enfermedad crónica, que en la mayoría de los casos es asintomático, y esta situación se agrava con las deficientes condiciones físicas y la poca atención de servicio odontológico prestado por la institución a la que pertenecen, causándoles limitaciones en su vida diaria, dificultades masticatorias y alimenticias, problemas psicológicas y de estima personal y por consiguiente influenciará en su calidad de vida.

A pesar de la condición de asegurado y la importancia que tiene la atención médica odontológica en el programa de atención domiciliaria Padomi - EsSalud de la jurisdicción de Los Olivos, se percibe una escasa aplicación de las mismas y los adultos mayores siguen presentando esta patología, disminuyendo así su calidad de vida.

Esta investigación aportará evidencias sobre las causas de la enfermedad ósea alveolar que presentan los pacientes de tercera edad con periodontitis grave y su influencia en el estado de bienestar, de tal manera que se pueda brindar la importancia que merece, en el trabajo preventivo mediante una adecuada instrucción de prácticas de sanidad oral, eliminación de focos infecciosos y la necesidad de la rehabilitación oral para mejorar su bienestar y se aportará conocimientos a las diferentes especialidades odontológicas que permitirá plantear tratamientos y alternativas de solución al programa de atención domiciliaria de adultos mayores basadas en los resultados que se obtendrá y mejorar el bienestar social de este grupo poblacional, cabe resaltar que este tema ha sido poco estudiado en nuestro país; por tal motivo este estudio servirá como antecedente y base para futuras investigaciones.

### **Antecedentes del problema**

Díaz, Arrieta y Ramos (2012) nos proponen en su investigación el Impacto de la salud bucodental en el bienestar social de los adultos de la tercera edad, tratando de encontrar vinculaciones entre la sanidad oral y el bienestar social en los adultos mayores observados, los datos fueron recogidos por los investigadores de Estomatología, perteneciente a la universidad de Cartagena, Colombia, usando un diseño de un análisis de corte sesgado, con una población de 120 adultos mayores, donde se calcularon características poblacionales, sociales y familiares, aplicando el índice de Salud Oral Geriátrico (Gohai) y llegaron a la conclusión que los tratamientos endodónticos mal ejecutados o no concluidos conllevan a disminuir el bienestar social de los adultos de la tercera edad. Por las razones ya mencionadas es necesario un planteamiento psicosocial donde se considere otras causas que garanticen el confort del paciente.

Taboada y Cortés (2014) realizaron un estudio sobre la Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos de la tercera edad del estado de Hidalgo, México, con la finalidad de conocer cómo perciben adultos mayores de un grupo previamente seleccionado la presencia de piezas cariadas y la enfermedad periodontal, usando la metodología del estudio observacional, proyectivo, transversal y descriptivo en 102 adultos mayores de ocho comunidades rurales del estado de Hidalgo, a los cuales se les aplicó el instrumento Geriatric Oral Health Assessment Index (Gohai) para poder observar su percepción con su estado de salud bucodental. Los resultados obtenidos en la puntuación del índice Gohai de la autopercepción de los problemas de salud bucal de los adultos de la tercera edad fue de 42.3 ( $\pm$  11.0), calificación que muestra una mala percepción en lo físico, en lo psicosocial, así como la presencia de malestar o dolor y una salud bucodental deficiente, la puntuación obtenida en el índice Gohai de la autopercepción de los problemas de salud bucal de los adultos mayores fue elevada. En esta investigación se registraron factores tales como, la edad, el sexo, el nivel educativo de los observados, sin embargo, para todos influyó mucho su tipo de sanidad bucal, en relación con su nivel de bienestar social.

En el Perú, Gallardo, Picasso, Huilca y Ávalos (2013), realizaron un estudio *sobre la calidad de vida y su directa relación con la salud bucodental en los*

*adultos de la tercera edad, dicha investigación se realizó en la casa del adulto mayor, en la jurisdicción de la municipalidad de Chorrillos, Lima-Perú, con el único objetivo de determinar ¿cómo perciben su bienestar social ligado a su salud bucal, la metodología empleada en la investigación fue de corte descriptivo. La muestra seleccionada para tal fin estuvo integrada por 164 adultos de la tercera edad, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, donde participaron como voluntarios. Se recogió la información, usando una entrevista estructurada, que aplicó el Índice de Salud Oral Geriátrico (Gohai). Los indicadores recogidos dieron a conocer que casi en su totalidad, los adultos mayores presentaban una deficiente autovaloración de su salud bucodental (77,4%), seguido por una autovaloración media (18,3%); concluyendo en que, era casi generalizada las autopercepciones negativas acerca de su salud oral y que era evidente que requerían de una adecuada atención primaria odontológica, dichos tratamientos deberían ser incluidos en programas integrales de salud como políticas de salud pública.*

## **Revisión de la literatura**

### **Enfermedad periodontal**

Al respecto Carranza y Sznajder (1996) sostuvieron que “La enfermedad periodontal presenta lesiones inflamatorias gingivales, formando un saco periodontal, dicha inflamación genera la pérdida de hueso alveolar y posteriormente la pérdida definitiva del diente. Las inflamaciones gingivales, se producen por contagio, a través de placas bacterianas” (p.15).

La OMS (1997) hace referencia sobre la enfermedad periodontal y la teoriza como: Condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. En términos generales, y de mayor importancia para la comunidad global, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana y la periodontitis crónica. Claramente la periodontitis es más significativa debido a que puede causar la pérdida de dientes; sin embargo, toda periodontitis se inicia con la presencia inicial de una gingivitis, y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas (p.189)

## **Calidad de vida**

El concepto de calidad de vida (CDV) o bienestar social se ha transformado en un indicador demográfico de interés mundial en los diferentes usos prácticos y en los diversos estudios en los terrenos de la enseñanza y la educación especial, la salud física y mental, los servicios sociales como las discapacidades intelectuales y del desarrollo y los servicios ofrecidos a los adultos de la tercera edad y tuvo progresos significativos basadas en los avances sociales y científicos relacionados con la investigación sobre la vida y las expectativas de las personas. Es así como ha surgido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud oral (Cvrso), al respecto Marchini, Brunetti y Montenegro (2002) la definen como: “a la sensación de complacencia de una persona con respecto a su salud bucal, es una percepción subjetiva que brinda un poder de acción, funcionamiento y un efecto positivo a la persona”, es por eso que se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar la CVRSO entre los que se encuentran el Geriatric Oral Health Assessment Index (Gohai) (p.44)

## **Planteamiento del problema**

Se presenta un problema general de ¿Cuál es la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017? y problemas específicos de ¿Cuál es la relación respecto a la enfermedad periodontal con las 3 dimensiones de calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017.

## **Objetivo**

Se tiene un objetivo general de determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi-EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos, Lima, 2017. y objetivos específicos de determinar si existe relación respecto a la enfermedad periodontal con cada uno de las 3 dimensiones de calidad de vida en adultos

mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima 2017.

### **Método**

La metodología muestra un enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo, con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo correlacional. El diseño de investigación fue no experimental con corte transversal; el muestreo fue probabilístico, la población estuvo conformada por 168 adultos mayores, los cuales reunieron los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicaron cuestionarios tipo escala de Likert las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad. Se realizó una prueba piloto conformada por 20 adultos mayores y se aplicó la fiabilidad de los instrumentos con el estadístico Alfa de Cronbach. Se aplicó el estadístico Rho de Spearman para determinar la correlación entre las variables.

#### **Definición operacional de la variable enfermedad periodontal**

Se trabajó a través del instrumento Índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad (CPITN) teniendo en cuenta 4 dimensiones establecidas: (a) sangrado gingival con 1 ítems, se le asignará una puntuación de 0, si la encía esta normal y 1 si presenta sangrado al sondeo periodontal, (b) acumulación de cálculo dental supra e infra gingivales, con 1 ítem y se le asignará una puntuación de 0 si no presenta cálculo dental y 1 si presenta acumulación de cálculos supra e infra gingival y/o si presenta restauraciones en mal estado, (c) bolsas periodontales leves y moderadas con 1 ítem y se le asignará una puntuación de 0 si no presenta bolsas leves y moderadas y 1 si hay una profundidad al sondeo entre 3.5 y 5.5 mm y (d) bolsas periodontales profundas con 1 ítem y se le asignará una puntuación de 0, si no presenta bolsa profunda y 1 si hay una profundidad al sondeo mayor de 5.5 mm. cuyas observaciones recogidas se registraron en una escala graduada, siguiendo modelos preconcebidos para la descripción de los resultados. (Carranza y Sznajder. 1996, p. 25).

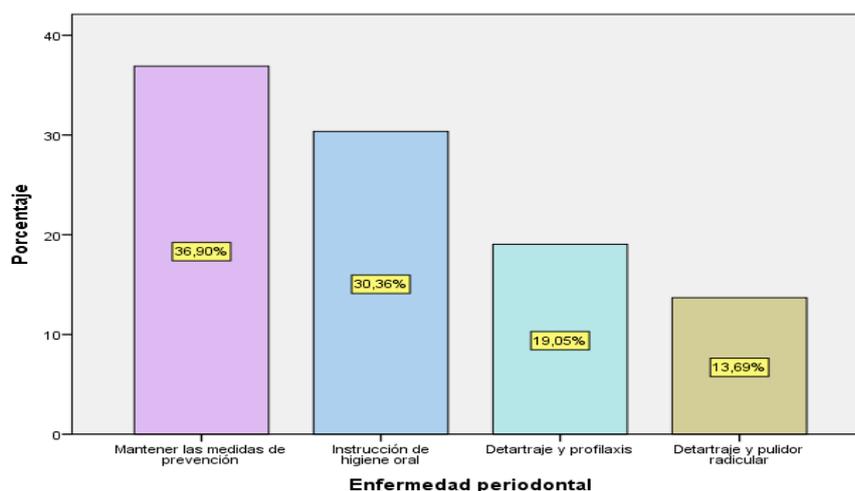
#### **Definición operacional de la variable calidad de vida**

Para medir la Calidad de Vida, se ha considerado el dimensionamiento del Índice de salud oral geriátrico (GOHAI), Marchini, Brunetti y Montenegro (2013) hacen

referencia al índice de Atchison y Dolan, ya que es un instrumento universal que permite medir el bienestar social en relación con la sanidad bucal, puede usarse en sujetos sanos como en grupos de sujetos con enfermedades bucales, útil para su intervención en la atención de primer nivel. Es un cuestionario de 12 ítems, plantea 3 dimensiones que son: (1) función física incluyendo comer, hablar y tragar (2) función psicológica incluyendo preocupación o inquietud acerca de la salud oral y (3) malestar incluyendo dolor/incomodidad; cada uno con 4 ítems y cada ítem con una escala de valores de 1 = siempre, 2= a menudo, 3= a veces, 4= rara vez y 5= nunca. Originalmente fue desarrollado para ser aplicado en poblaciones de la tercera edad, con el objetivo de medir dificultades funcionales orales reportados por el paciente y el impacto social asociado con las enfermedades orales y destinado especialmente a la medición de la eficacia de los tratamientos dentales (p.47).

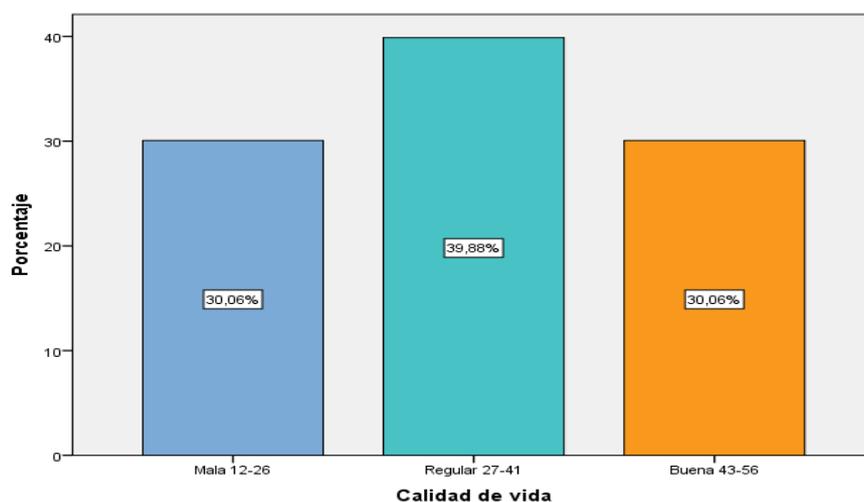
## Resultados

*Figura 1.* Distribución de frecuencias de diagnósticos de la enfermedad periodontal en adultos mayores.



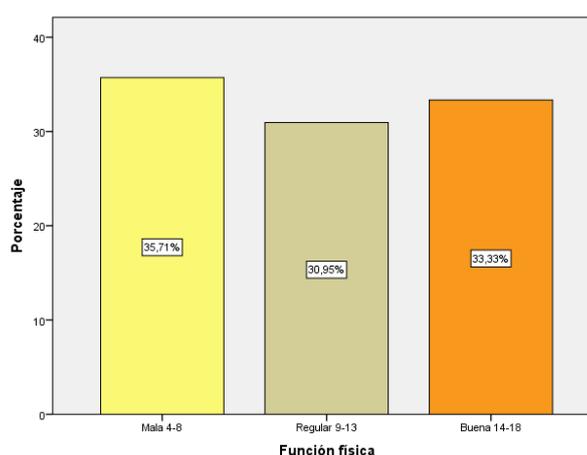
Se observó que de los 168, un 36,9% (62) se ubicó como mantener las medidas de prevención; un 30,36% (51) se ubicó como I.H.O.; un 19,0% (32) se ubicó como I.H.O, destartraje, profilaxis y un 13,7% (23) necesitó I.H.O, destartraje, profilaxis y pulido radicular. Ninguno tuvo la necesidad de abordaje quirúrgico.

*Figura 2.* Distribución de frecuencias de diagnósticos de calidad de vida en adultos mayores



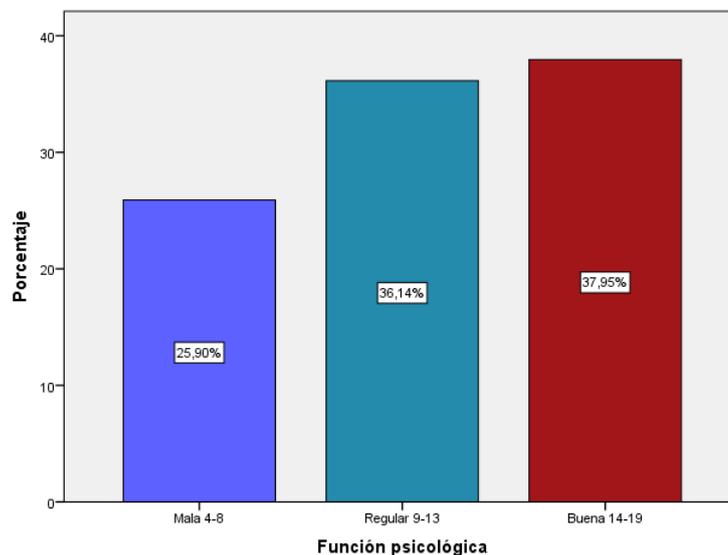
Se observó que de los 168 evaluados, un 39,9% (66) tuvo una regular calidad de vida, un 30,1% (51) tuvo buena calidad de vida y un 30,1% (51) tuvo mala calidad de vida

*Figura 3.* Distribución de frecuencias de diagnósticos de la dimensión función física de la Calidad de vida en adultos mayores



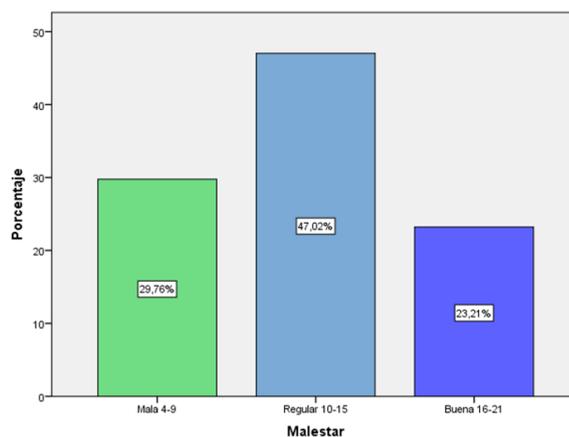
Se vio que de los 168 evaluados, un 35,7% (60) se ubicó en la categoría 'Mala'; un 33,3% (56) estuvo en la categoría 'Buena' y un 31% (52) en la categoría 'Regular'.

*Figura 4.* Distribución de frecuencias de diagnósticos de la dimensión función psicológica de la Calidad de vida en adultos mayores



Se vio que de los 168 evaluados, un 37,9% (64) se ubicó en la categoría 'Buena'; un 36,1% (61) estuvo en la categoría 'Regular' y un 25,9% (43) en la categoría 'Mala'.

*Figura 5.* Distribución de frecuencias de diagnósticos de la dimensión malestar de la Calidad de vida en adultos mayores



Se vio que de los 168 evaluados, un 47% (79) se ubicó en la categoría 'Regular'; un 29,8% (50) estuvo en la categoría 'Mala' y un 23,2% (39) en la categoría 'Buena'.

Tabla 1.

*Prueba Rho Spearman entre la enfermedad periodontal y la Calidad de Vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017.*

			Enfermedad periodontal	Calidad de vida
Rho de Spearman	Enfermedad periodontal	Coeficiente de correlación	1,000	-,070
		Sig. (bilateral)	.	,373
		N	168	166
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	-,070	1,000
		Sig. (bilateral)	,373	.
		N	168	168

Se observó que el valor de significación fue mayor que el valor propuesto ( $p: 0,373 > \alpha: 0,05$ ) cuya significancia se orienta al rechazo de la hipótesis alterna aceptando la hipótesis nula que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria. Observando que el coeficiente de correlación indicó una relación negativa y un nivel leve ( $r = -0,07$ ), señalando que a menor enfermedad periodontal entonces mayor Calidad de vida.

### Discusión

Con respecto a la hipótesis general el estudio planteó que la enfermedad periodontal se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, de acuerdo con el Rho de Spearman el p-valor obtenido ( $p = 0,373$ ) y coeficiente de relación ( $-0,070$ ) cuya significancia se orienta al rechazo de la hipótesis alterna, aceptando la hipótesis nula, la enfermedad periodontal se relaciona de manera leve e indirecta con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria, es decir a menor enfermedad periodontal, mayor calidad de vida.

El resultado al que llegó la investigación es similar al del realizado por La Fuente, Sumano, Sifuentes y Zelocatecatl (2010) quienes realizaron el estudio *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores* en la ciudad de México con el objetivo de evaluar la salud dental y el bienestar social de los

adultos de la tercera edad y obtuvieron como resultados problemas con las piezas dentales y el entorno bucal en (87,3%), dificultades al momento de comer (64%), dolor dentobucal (60,7%) y detención de la facultad de alimentarse (56%). Llegaron a la conclusión de que el estado estomatognático influye en el bienestar social de los adultos de la tercera edad y afecta específicamente la elaboración de sus actividades cotidianas. Este resultado se apoya en las definiciones hechas por Carranza y Sznajder (1996) donde sostuvieron que “La enfermedad periodontal es caracterizada por heridas inflamatorias gingivales, con formación de un saco periodontal que lleva a la eliminación de hueso alveolar y en algunos casos a la pérdida del diente. Su causa primordial es infecciosa (placa bacteriana)” (p.15). La enfermedad periodontal está directamente ligada con el bienestar social, y esto se debe a un mal cuidado dental, relacionado con una atención odontológica inexistente a la población adulta mayor del programa de atención domiciliaria.

Así mismo, si contrastamos los resultados obtenidos, con los encontrados en dicho estudio realizado por Campodónico y colaboradores (2013) donde realizaron un estudio descriptivo transversal sobre el perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana, tuvo como objetivo determinar el efecto que tiene la enfermedad periodontal en la significancia de salud bucal en un grupo de adultos mayores donde el sangrado gingival estuvo presente en un 52 % de los individuos y que el 23 % necesitaba una limpieza dental y el 11 % necesitaba detartraje radicular por lo que se puede evidenciar altos porcentajes de pacientes con sangrado gingival a causa de la placa dental y el sarro dental, por lo que se determinó que la salud bucal de las personas adultas mayores es deficiente y es imprescindible la necesidad de tratamiento gingival.

### **Conclusiones**

**Primera:** Se ha demostrado que en cuanto a la hipótesis general que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria,

**Segunda:** Se ha demostrado que en cuanto a la hipótesis específica 1 tomando en cuenta que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la función física en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

**Tercera:** Se ha demostrado que en cuanto a la Hipótesis específica 2, que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con la función psicológica en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

**Cuarta:** Se ha demostrado que sobre la hipótesis específica 3 que la enfermedad periodontal no se relaciona significativamente con el malestar en adultos mayores del programa de atención domiciliaria.

### **Recomendaciones**

1. Se recomienda al Minsa – (Ministerio de Salud del Perú). A establecer actividades que promuevan, prevengan, recuperen y rehabiliten a la población adulta mayor y así poder devolver la función masticatoria y la estética bucal de los adultos mayores.
2. Se recomienda a la Dirección regional de salud a promocionar el marco de la atención odontológica integral de la salud; formulando y proponiendo normativas y la articulación intersectorial de las diferentes especialidades odontológicas con la sociedad civil para el abordaje interdisciplinario de las enfermedades estomatognáticas.
3. Se recomienda al Instituto (Padomi - EsSalud) a prestar una mayor y mejor atención odontológica a los adultos mayores, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de las técnicas de higiene bucal, y a la conformación de programas de atención domiciliaria odontológica en todas sus especialidades, ya que es una necesidad urgente y esta población adulta mayor refiere no tener dicha atención hasta la actualidad; asimismo de promover el auto cuidado como medio para mantener la integridad fisiológica de la cavidad bucal.

## Referencias

- Atchison, K. A. y Dolan, T. A. (1990) Development of the Geriatric Oral Health assessment Index. *Journals of Dental Education*. 54(11), 680- 687.
- Brunetti, R.F., Montenegro, F.L.B. y Marchini L. (2002). *Odontogeriatría: Nociones de Interés Clínico*. Sao Paulo, Brasil: Artes Médicas.
- Campodónico, C., Chein, S., Benavente, L., Vidal, R., Delgadillo, J.R., Álvarez, M.A., Evaristo, T., Campodónico C., Lara, L. y Díaz, A.M. (2012). El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana. *Revista Odontológica Sanmarquina*. 16(2), 29-33
- Carranza F. (1993). *Periodontología Clínica de Glickman*. (7ma Ed.). México D.F: Nueva Editorial Interamericana.
- Carranza, F.A. y Sznajde, N.G. (1996). *Compendio de periodoncia*. (5ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial medica panamericana.
- De La Fuente, J., Sumano, O., Sifuentes, M. C, y Zelocatecatl, A. (2010). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Revistas Científicas Javerianas*, 29(63), 83-92
- Díaz, S., Arrieta, K. y Ramos, K. (2012). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Revista clínica de medicina de familia*, 5 (1), 9-16
- Gallardo, A., Picasso, M.A., Huilca, N. y Ávalos, J.C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *Revistas USMP Kiru*, 10(2), 145–50
- Marchini, L. y Brunetti-Montenegro, F.L. (2013). *Odontogeriatría, uma visão gerontologica*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier editora Ltda.
- Ministerio de salud (2012). *Salud bucal*. Recuperado de:  
[https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)
- O.M.S. (2012). *Salud bucodental*. Recuperado de  
<http://www.who.in/medicacentre/factsheets/fs318/es/>

- O.M.S. (1997). *Encuestas de la salud bucodental. Método básico*. (4ta ed.). Ginebra, Suiza: Ediciones de la O.M.S.
- O.M.S y O.P.S (2002) *La salud en la américas*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- Taboada, O. y Cortés, X. (2014). Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *Revista ADM*, 71(6), 273-279
- Villa, P. (2015). Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. *Revista Iberoamericana de Ciencia*. 2(4), 179 -189

**DECLARACIÓN JURADA****DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN  
PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO**

Yo, Efraín Tito Camones, estudiante (X), egresado ( ), docente ( ), del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI 09692922, con el artículo titulado:

“Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017”. declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría compartida con los coautores:  
Dra Teresa De Jesús Campana Añasco.
- 2) El artículo no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima 2 de Mayo de 2018

Br. Efraín Tito Camones



### Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Teresa de Jesús Campana Añasco, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada "Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - Essalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017" del estudiante **Efraín Tito Camones**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 23% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 17 de marzo del 2017

  
.....  
Dra. Teresa de Jesús Campana  
Añasco

DNI: 31035536

feedback studio - Mozilla Firefox  
 https://re.turnitin.com/app/cantales/?os=981663067&lang=es&u=1049769282&s=1

feedback studio | Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos - Lima...

Resumen de coincidencias

23 %

1	repositorio.ucv.edu.pe	5 %
2	docplayer.es	2 %
3	www.usmp.edu.pe	2 %
4	alicia.concytes.gob.pe	1 %
5	Entregado a Universidad...	1 %
6	www.reabloc.org	1 %
7	revistas.usabucura.edu...	1 %
8	repositorio.une.edu.pe	1 %
9	www.reabloc.org	1 %

23

**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos - Lima, 2017

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
**Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**  
Br. Efraín Tito Camones

ESCUOLA DE POSGRADO  
UCV  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO  
INVESTIGACIÓN  
CAMPUS LIMA NORTE

Página: 1 de 70 | Número de palabras: 17467

High Resolution Activado | Text-only Report

16:55 10/07/2018

*Abonar  
Chavez*



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

*503  
Por unipato  
DGG  
10/07/18*

**FORMATO DE SOLICITUD**

**SOLICITA:**

Visto Bueno para  
empasada

ESCUELA DE POSGRADO

*Efraim Tito Camacho*  
(Nombres y apellidos del solicitante) ..... con DNI N° *0969292*  
(Número de DNI)

domiciliado (a) en *Coop. Morapala MZ E LT 13 Rimac*  
(Calle 3108 - MZ. 7 Urb. Distrito - Provincia - Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción *2016-II* del programa: *Maestría en*  
(Promoción) (Nombre del programa)

*Gestión de los Servicios de la Salud* identificado con el código de matrícula N° *700112625*  
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

*Visto Bueno para empasada*



Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atiendan mi petición por ser de justicia.

Lima de *Mayo* de 2018

*[Signature]*  
(Firma del solicitante)

Documentos que adjunto:

- a. *Tesis Análisis y Corrección*
  - b. *Copia de Resolución Discrecional*
  - c. *Copia de dictamen de sustentación*
  - d. *Copia de acta de aprobación de originalidad de tesis y paravallejo del Turniting*
- Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:  
Teléfonos: *984325656*  
Email: *Socialdent7@hotmail.com*



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

TITO CAMONES, EFRAIN

D.N.I. : 09692922
Domicilio : Coop. Miraflores M2 I, Lt 13, Flor de Amancaes.
Teléfono : Fijo : Móvil : 984335656
E-mail : socialdent7@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[ ] Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

[x] Tesis de Posgrado

[x] Maestría

[ ] Doctorado

Grado : MAESTRO
Mención : Gestión de los Servicios de La Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

TITO CAMONES, EFRAIN

Título de la tesis:

Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi - EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos - Lima, 2017

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : [Signature]

Fecha : 14-07-2018