



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de independencia lima – Perú, 2016.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR

Br. Jonathan Enrique Zamora Gutiérrez

ASESOR

Dra. Yris Díaz Mujica

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de Prestaciones Asistenciales

PERÚ - 2017

Página del jurado

Dr. Rodolfo Talledo Reyes
Presidente

Dra. Liza Dubois Paula Viviana
Secretario

Dr. César Humberto Del Castillo Talledo
Vocal

Dedicatoria

Para mi hermosa madre Carmen la razón que me impulsa a salir adelante para cumplir todas mis metas.

Para mi amor Lis por la ayuda que me has brindado que fue sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más estresantes, siempre ayudándome. No fue fácil terminar con éxito este trabajo, sin embargo siempre fuiste muy motivadora diciéndome que no me rinda y luche hasta el final me ayudaste hasta donde te fue posible, lo valoro mucho, muchas gracias por tu incondicional amor.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la fuerza y la fe para culminar esta meta.

A toda mi familia por su apoyo con palabras de alientos para seguir sobresaliendo.

A mi madre y abuelita por ser los motores que me impulsan a salir adelante.

A mi hermana Lucia por su apoyo para seguir adelante con mi trabajo.

A mi amor Lis por su incondicional apoyo para culminar este trabajo.

A morito el engréido de la casa.

Declaración de autenticidad

Yo, Jonathan Enrique Zamora Gutiérrez, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del adulto mayor (CIAM)” del distrito de independencia lima – Perú”, presentada, en 81 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, 07 de enero del 2017

Jonathan Enrique Zamora Gutiérrez

DNI: 45022598

Presentación

A los Señores de honor Miembros del Jurado de la Escuela de Pos Grado de la Universidad César Vallejo, Filial Lima Norte presentamos la Tesis titulada: “Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del adulto mayor (CIAM)” del distrito de independencia lima – Perú”; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; para obtener el grado de: Maestro en Odontología.

La presente investigación está estructurada en siete capítulos. En el primero se expone los antecedentes de investigación, la fundamentación científica de la variable y sus dimensiones, la justificación, el planteamiento del problema y los objetivos. En el segundo capítulo se presenta las variables en estudio, la Operacionalización, la metodología utilizada, el tipo de estudio, el diseño de investigación, la población, la muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presenta el resultado descriptivo. El cuarto capítulo está dedicado a la discusión de los resultados. El quinto capítulo está refrendado las conclusiones de la investigación. En el sexto capítulo se fundamenta las recomendaciones y en el séptimo capítulo se presenta las referencias bibliográficas. Finalmente se presenta los anexos correspondientes.

Los resultados fueron contundentes para demostrar que este proyecto tiene el éxito asegurado a través de sus variables para el beneficio de los pacientes.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

El autor

Índice

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	13
1.1. Antecedentes	14
1.1.1 Antecedentes Internacionales	14
1.1.2 Antecedentes Nacionales	16
1.2. Fundamentación científica, humanística, técnica	16
1.2.1 Calidad de Vida.	16
1.2.2 Salud Oral	21
1.3 Justificación	30
1.3.1 Justificación teórica	30
1.3.2 Justificación practica	30
1.3.3 Justificación metodológica	30
1.4 Problema	31
1.4.1 Planteamiento del problema	31
1.4.2 Problema general	33
1.4.3 Problemas específicos	33
1.5 Hipótesis	33
1.5.1 Hipótesis general	33
1.5.1 Hipótesis específicas	33
1.6 Objetivos	34
1.6.1 Objetivo General	34
1.6.2 Objetivos específicos	34
II. Marco metodológico	35
2.1. Variables	36
2.3. Metodología	39

2.4. Tipo de estudio	39
2.5. Diseño	39
2.6. Población, muestra y muestreo	40
2.6.1 La Población	40
2.6.2 Muestra	40
2.6.3 Muestreo	40
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
2.7.1 Validez y confiabilidad del instrumento	41
2.8. Método de análisis de datos	42
2.9. Aspectos éticos	42
III. Resultados	43
3.1. Resultados estadísticos	44
3.2. Resultados inferenciales	51
3.2.1. Prueba de Hipótesis Específica 1:	52
IV. Discusión	55
VI. Conclusiones	59
V. Recomendaciones	61
VII. Referencias	63
VIII. Anexos	68
Anexo 1. Artículo científico	69
Anexo 2. Matriz De Consistencia	74
Anexo 3. Matriz de datos	76
Anexo 4. Instrumentos	77
Anexo 5. Matriz Instrumento de Recolección de Datos	79

Lista de tablas

Tabla 1	Operacionalización de las variables.	37
Tabla 2	Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach	41
Tabla 3	Autopercepción de la calidad de vida y estado de salud oral.	44
Tabla 4	Indicador de Función física en la autopercepción	45
Tabla 5	Indicador de Función psicosocial en la autopercepción.	46
Tabla 6	Indicador de Dolor e incomodidad en la autopercepción	47
Tabla 7	Experiencia de caries CPOD del Adulto Mayor	48
Tabla 8	Índice de Higiene bucal IHOS del Adulto Mayor	49
Tabla 9	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	50
Tabla 10	Prueba de Spearman	51
Tabla 11	Correlación de calidad de vida y experiencia de caries	52
Tabla 12	Correlación calidad de vida e Higiene bucal	53

Lista de figuras

Figura 1	Autopercepción de la calidad de vida y estado de salud oral	44
Figura 2	Indicador de Función física en la autopercepción	45
Figura 3	Indicador de Función psicosocial en la autopercepción	46
Figura 4	Indicador de Dolor e incomodidad en la autopercepción	47
Figura 5	Experiencia de caries CPOD del Adulto Mayor	48
Figura 6	Índice de Higiene bucal IHOS del Adulto Mayor	49

Resumen

Las enfermedades y las patologías orales como la caries y procesos periodontales, tienden a ser muy frecuentes en los adultos mayores. Estas afectan directamente sobre su bienestar físico, psicológico y social. El objetivo de la presente investigación fue determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en los adultos mayores.

Método: se realizó un estudio de corte transversal a 80 adultos mayores de 60 años a más de edad, quienes asistieron voluntariamente al Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de la municipalidad de independencia. La información se obtuvo mediante el registro de los impactos bucodentales durante los 3 últimos meses en el instrumento denominado Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), la salud bucodental, con el índice de Higiene Oral simplificado (IHO-S), además del índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D). Los resultados de manera global mostraron que la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral fue considerada como Regular con un 35%, seguida de Mala con un 34% y Buena con un 31%: En relación a las dimensiones con alto porcentaje como la función física se obtuvo que un 36% de la población autopercibe que tiene un estado Regular, en la dimensión de función psicosocial también se obtuvo un 36% que considero como Mala al no poder relacionarse con comodidad y en la dimensión de dolor e incomodidad el 45% autopercibe su estado de manera regular.

Se concluye que la calidad de vida se ve afectada por estado de salud oral, afectando principalmente las actividades cotidianas de los adultos mayores. Sin embargo hubo respuestas que fueron subjetivas contradiciendo la evaluación clínica.

Palabras Clave: Calidad de vida, adulto mayor, salud bucal.

Abstract

Diseases and oral pathologies such as caries and periodontal processes tend to be very common in older adults. These directly affect physical, psychological and social well-being. The objective of the present investigation determined the self-perception of the quality of life related to oral health in the elderly.

Method: A cross-sectional study was carried out on 80 adults over 60 years of age, who voluntarily attended the Integral Center for the Elderly (CIAM) of the municipality of Independence. The information was obtained by recording oral impacts during the last 3 months in the instrument called Oral Health (GOHAI), oral health, with the Oral Hygiene Index (OHI-S), in addition to the index of decayed teeth, Lost and obturated (CPO-D). Overall fashion results show that self-rated quality of life related to oral health was a regular year with 35%, followed by Mala with 34% and Good with 31%. In relation to the dimensions of the Physical function It was obtained that 36% of the population autopercibe that has a state Regular, in the dimension of the psychosocial function also obtained a 36% that I consider as Mala not being able to be shared with the comfort and in the dimension of a pain and The discomfort 45% self-aware His condition on a regular basis.

It is concluded that quality of life is affected by oral health, affecting mainly the daily activities of the elderly. However, there were responses to what were subjective contradicting the clinical evaluation.

Key words: Quality of life, elderly, oral health.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

Los estudios internacionales realizaron investigaciones relacionando la autopercepción de calidad de vida en el adulto mayor empleando el Índice GOHAI, así tenemos que:

1.1.1 Antecedentes Internacionales

Cornejo, M., Pérez, G., Costa, C., Casals, E., & Borrell, C (2013) realizaron un estudio de tipo transversal, su objetivo fue evidenciar las enfermedades de salud oral y las causas que asocian a la calidad de vida. Su muestra fue de 194 adultos mayores españoles, encontrando que la mayoría presento una autopercepción “Mala” de su salud oral (68,1% de mujeres y 64,3% de hombres). El CPO-D promedio fue de 22,8, con un promedio de 10,2 dientes en cavidad oral. Sólo el 1,9% no presentó enfermedad periodontal. El 33,8% de la muestra presentó edentulismo, el 54,2% necesitaba prótesis superiores y el 64,7% prótesis inferiores. Concluyen que la calidad de vida esta relacionada con la salud oral al asociar una autopercepción mala en la salud bucal por diferentes enfermedades. Así mismo, Díaz, S., Arrieta, k., & Ramos, K. (2012) realizaron una investigación de corte transversal, cuyo objetivo fue asociar la salud oral y la calidad de vida en adultos mayores atendidos en el área de odontología de la universidad de Cartagena. Su muestra fue de 120 adultos mayores Colombianos, sus resultados encontraron una relación estadística con salud oral y el impacto negativo sobre calidad de vida según GOHAI ($p= 0,01$), al asociar este último con problemas de causa endodóntica (OR: 3,5; IC: 95% 1,4 – 8,4; $p= 0,004$). Concluyen que la autopercepción “mala” estuvo relacionada con higiene oral deficiente, problemas endodónticos e hipertensión. Por otra parte, Vasconcelos, L., Prado, R., Teles, J., & Mendes, R. (2012) realizaron una investigación de tipo transversal, teniendo como objetivo evaluar la autopercepción de la salud bucal en los ancianos del municipio Paranaíba al noreste de Brasil, su muestra fue de 321 adultos mayores brasileiros, encontrando como resultado un CPOD promedio de 29.41. Sin embargo, la autopercepción de salud oral GOHAI fue “buena” en el 52%. El estudio concluyo que la autopercepción de salud oral está más ligada a factores de índole subjetiva que a los hallazgos clínicos.

Esquivel, R., & Jiménez, J. (2012) evaluaron el efecto del uso de prótesis dental en la autopercepción de salud bucal 53 adultos mayores mexicanos. El estudio encontró que inicialmente el 11.3% tuvo una percepción “buena” de su salud bucal, cifra que aumentó significativamente a 35,7% un mes después de colocadas las prótesis. Para Silva, S., & Castellanos, R. (2011) evaluaron a 876 adultos mayores brasileiros, encontrando que la proporción de personas con más de 20 dientes presentes fue 17,2%. El 38,2% usaba prótesis en ambas arcadas y 8,5% necesitaba prótesis en al menos una arcada. El valor GOHAI promedio fue de 33,9, catalogado como “bueno”. La autopercepción favorable en salud oral estuvo asociada a mantener 20 dientes o más en boca, usar dentadura en ambas arcadas, no requerir tratamiento protésico, no evidenciar cambios en los tejidos orales y no tener enfermedades sistémicas. También Miranda et al. (2011) evaluaron a 204 adultos mayores brasileiros, encontrando que el 63,7% eran edéntulos; el 67,2% utiliza algún tipo de prótesis y el 77% necesitaba prótesis; 81,4% no tenía alteraciones de los tejidos blandos y 31,9% tenían periodontitis; 91,2% tenía alguna enfermedad sistémica y 78,4% usaba medicación. El CPOD promedio fue de 29,39. El 68,2% tenía una autopercepción de su salud oral “regular” o “mala”. Nuevamente Esquivel, R., & Jiménez, J. (2010) analizaron a 96 adultos mayores mexicanos, encontrando que el CPOD promedio fue de 20,2, siendo mayor en mujeres y con tendencia a aumentar con la edad. El nivel de edentulismo fue de 18.75%. El 37,5% requería atención odontológica por caries y 79,2% requería reparación o nuevas prótesis. El 92,7% presentaba una autopercepción “mala” o “regular” de su salud oral. Los puntajes eran mayores en quienes tenían mayor nivel educativo, menores valores CPOD, mayor cantidad de dientes en boca y en los que habían acudido al odontólogo en los últimos 12 meses.

Souza, E., Barbosa, M., Oliveira, P., Espindola, J., & Gonçalves, K. (2010) evaluaron a 154 adultos mayores brasileiros, encontrando que la percepción “mala” prevaleció en el grupo no institucionalizado que en el institucionalizado (92,2% y 64,9% respectivamente). El CPOD promedio y el número de dientes perdidos fue mayor en el grupo institucionalizado que en el grupo no institucionalizado (96,01% y 87,87% respectivamente). También Costa et al. (2010) evaluaron a 96 adultos mayores brasileiros encontrando que

aunque el 84,4% manifestaron que su salud era adecuada, el promedio de dientes fue de 3.9, lo que indica un elevado nivel de pérdida dentaria. Entre ellos, el 47,9% llevaba prótesis superior y el 26% inferior. La autopercepción de salud oral resulto en su mayoría “mala”.

1.1.2 Antecedentes Nacionales

En el Perú se realizó un estudio similar al nuestro obteniendo buenos resultados así es que Gallardo, A., Picasso, MA., Huilca, N., & Ávalos, JC. (2013) realizaron un estudio de investigación de tipo descriptivo, su objetivo fue determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la casa del adulto mayor de la municipalidad de chorrillos, Lima, Perú. Evaluaron a 164 adultos mayores peruanos, obteniendo en la mayoría una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguidamente por “regular” con (18,3%). concluyen que la mayoría de la muestra mostro una autopercepción “mala” en su salud oral y requieren de servicios odontológicos, que deben ser incluidos en los nuevos programas integrales de salud del estado.

1.2. Fundamentación científica, humanística, técnica

1.2.1 Calidad de Vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define sobre calidad de vida a la forma de como la persona percibe su vida, su desenvolvimiento cultural, sus valores, sus expectativas de vida, sus metas, criterio analítico, normas y sus preocupaciones, todo esto relacionado con sus actividades cotidianas, como la salud física, el estado psicológico, su grado de independencia, las relaciones sociales, sus factores ambientales y sus creencias personales (Cardona, & Higueta. 2014, p. 177).

La OMS considera al envejecimiento en el adulto mayor como el estado en que la persona es capaz de adaptarse psicológica y socialmente con el fin de recompensar algunas limitaciones fisiológicas, así logrando la sensación de bienestar para lograr una

alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, aun en la enfermedad y discapacidad. (Varela, 2016, p. 200).

La calidad de vida del adulto mayor es una condición de vida que debería ser satisfactoria puesto que en su mayoría se encuentra realizado completamente como persona, padre, ciudadano, etc. La calidad de vida se ve afectada según el estatus social, teniendo que los adultos mayores con menos recursos económicos son los que presentan un mayor impacto negativo sobre su calidad de vida y que recurren a los servicios del estado para satisfacer su demanda, sin embargo el estado no cuenta con los servicios necesarios para cubrir estas demandas que en su mayoría no son cubiertas por el seguro social como por ejemplo la parte rehabilitadora o protésica en el área de odontología. (Montanet, Bravo, & Hernández,. 2009, p. 2).

Los cambios demográficos sorprendentes en los últimos años es el crecimiento de manera constante de las personas mayores. En las últimas décadas la sociedad empezó tener conciencia sobre el gran problema que esta representando el envejecimiento de la población y su necesidad de dar respuesta a las consecuencias personales, sociales y políticas que derivan de ello. Se ha planteado que este proceso debe considerarse en el contexto de sociedades muy complejas con grandes variaciones. Hoy en día muchas personas dedican su estudio y esfuerzo sobre lo que podría denominarse una nueva cultura de la longevidad o vejez. Así las ganas de vivir más y tener mejores condiciones sociales, mentales, laborales y físicas, son productos de un avance social está llevando hacia esa dirección, marcando un modelo para útil y productivo para envejecer, capaz de fortalecer la salud y su calidad de vida. Por ejemplo en Cuba, después del triunfo de la Revolución, se priorizo la atención al adulto mayor, el cual, puede disfrutar asistencia social que le asegura una vida decorosa y digna como cualquier otro ciudadano. Además se ejecutó el Programa de Atención al Adulto Mayor, con un subprograma de atención comunitaria que tiene diferentes actividades direccionadas a una atención global del individuo para mantenerlos dentro del núcleo de la comunidad e integrarlos a esta. Los objetivos de este Programa fueron el de

garantizar el cumplimiento del servicio de rehabilitación oral para los ancianos mediante las instituciones correspondientes; Las casas para el adulto mayor llamados asilos, son una institución social que ayuda brindando atención integral diurna a los ancianos con falta de protección en absoluto, también hay familiares que contribuyen con la atención para atenderlos durante el día; con la posibilidad para los ancianos de recibir una atención gerontológico comunitaria objetiva y especializada que contribuirá para resolver las necesidades socioeconómica, psicológicas y biomédicas. (Montanet, et al. 2009, p. 2).

La calidad de vida y la salud oral del adulto mayor está estrechamente relacionada por múltiples factores como la edad y la situación médica del paciente que lo define como un individuo de alto riesgo a desarrollar alguna enfermedad y que esta podría empeorar su estado de salud bucal actual como por ejemplo podría dificultar su alimentación por ausencia de dientes.

La ausencia de piezas dentales se ha considerado como un factor de alto riesgo que repercute en la desnutrición crónica de los adultos mayores. En especial, cuando se realiza una rehabilitación oral integral con dientes que reemplazaran piezas ausentes y facilitaran la selección del consumo de los alimentos; Se suma a esto los malos hábitos alimenticios que causan patologías orgánicas, sistémicas, endocrinas o metabólicas, sino que también podría alterar en la cavidad oral. Una dieta personal y equilibrada que contenga los nutrientes esenciales para el correcto funcionamiento del organismo es muy importante para el cuidado de la salud bucal. Debemos conocer lo que comemos, los tipos de alimentos que ingerimos y además cómo lo hacemos, ya que los malos hábitos en la masticación pueden causar alteraciones bucales. Al presentar problemas con la salud oral se ve afectada la calidad de vida del adulto mayor ya que no podrá alimentarse bien por la falta de piezas dentales para triturar los alimentos, también el aspecto psicológico porque inhibirá sus relaciones sociales al no poder expresarse de manera espontánea ya se por la falta de dientes que afecta su sonrisa o por alguna dolencia por un proceso patológico dental, todo esto indiscutiblemente disminuye la calidad de vida no

solo del adulto mayor sino de cualquier individuo que presente estas dolencias. (Sáez, Carmona, Jiménez & Alfaro, X. 2007, p. 25).

La mayoría de investigadores han propuesto diferentes teorías y cuestionarios de forma estructurada de tal manera que se analice e interprete el impacto que genera la salud oral sobre la calidad de vida, los resultados fueron que se propuso un esquema con 4 temas claves: confort, salud general, higiene y dieta, todos estos influyentes en la vida de los pacientes de manera social y personal. El esquema evidencia la interconexión de los 4 temas principales, además de la influencia sobre el ambiente personal y social en la salud oral. Se observa el gran potencial que tiene un individuo para adaptarse a cualquier tipo de incapacidad e influencia sobre los temas principales que ejercen en las actividades diarias de las personas. El presente modelo se basa en las experiencias que presento la población adulta con optima salud. Se combinan las teorías modernas del envejecimiento con énfasis para la adaptación física, psicológica y social con la finalidad de mantener un sentido coherente y una respuesta positiva para la salud deficiente, aun de la tendencia para perjudicar la calidad de vida del adulto. Las piezas dentales, además participan en la alimentación, influyen en el componente estético, brindan soporte y estructura de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral, por lo tanto su ausencia se hace notar con cambios morfológicos del rostro y, como consecuencia alteraciones psicológicas incluyendo baja autoestima y la evasión de relaciones sociales y personales. La idea de conservar los dientes en boca busca mantener una óptima calidad de vida con el fin de que perpetúe la percepción que tiene del grado de satisfacción por la dentición presente en el desempeño de sus actividades cotidianas. (Awuapara, N. 2010, pp. 14 -15).

Los indicadores de la calidad de vida debe comprender también el aspecto odontológico. El adulto mayor refleja su comportamiento saludable que adquirió en sus primeras etapas de vida. En la vejez hay diferentes cambios como su estado social, percepción sensorial, además de funciones cognitivas y motoras de los individuos. En la salud bucal también se manifiestan cambios en los tejidos bucales y funcionales, además de cambios secundarios debido a factores extrínsecos, aumentando así la pérdida de piezas dentales por

enfermedad periodontal, caries y lesiones en la mucosa oral. La falta de dientes y ausencia de prótesis dentales están relacionadas directamente con la salud, porque al realizar inadecuadamente la función masticatoria, en alimentos que tienen consistencia dura van a producirse trastornos sobre la alimentación o nutrición. Además se verá afectada la aceptación y autorrealización al generar vergüenza, baja en la autoestima, dolor e incomodidad ante a otros individuos durante el momento de alimentarse o al conversar en reuniones sociales. Otros factores generales podrían comprometer aún más la salud del adulto mayor como el nivel educativo, clase social, el consumo de medicamentos y altos costos en la atención de salud. (Díaz, Arrieta, & Ramos. 2012).

Estos indicadores de calidad de vida oral tuvieron su inicio desde la década de los años 70 con el fin de evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas orales, así también complementar la información brindada por los índices clínicos ya que éstos no son sensibles a percepciones subjetivas como el dolor, la estética y la función. Uno de los primeros instrumentos que fue desarrollado para evaluar el estado de la salud oral con un punto de vista funcional fue el Índice de Salud Oral Geriátrico (Geriatric Oral Health Assessment Index o GOHAI), el cual fue desarrollado por Kathryn A. Atchinson y Teresa A. Dolan en 1990, que actualmente es uno de los más empleados para este fin. (Gallardo, Picasso, Huillca, & Ávalos. 2013).

Muchos estudios han reportan que el GOHAI puede identificar la necesidad de atención dental con una alta sensibilidad y especificidad. Esta se caracteriza por la comodidad del instrumento, cantidad baja de número de ítems que está compuesto y la sencillez en el procesamiento de los datos para obtener una puntuación total optima, que hacen de esta una prueba eficiente para la detección de necesidades en atención bucodental. Este instrumento puede ser aplicado por cualquier personal sanitario, y que no necesariamente ser profesionales de odontología, se ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad para la detección de necesidades de cavidad oral. El instrumento fue validado en diferentes idiomas, entre ellos malayo, chino, inglés francés y

portugués y ha demostrado con resultados que provee una importante medida de la salud oral en relación a la calidad de vida (Esquivel, & Jiménez. 2010).

1.2.2 Salud Oral

La OMS ha definido la salud bucodental como la ausencia de dolor bucal o facial, cáncer oral, enfermedad periodontal, caries dental, pérdida de dientes así como de diferentes enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de triturar, masticar, reír, conversar o se vea comprometido el bienestar psicosocial. “La salud bucodental es esencial para la salud general y la calidad de vida.” (Ficha técnica de salud bucodental, OMS 2012).

Los programas en salud nacen para mejorar las condiciones de aquellas dificultades encasilladas con un alto impacto en salud pública. Va dirigido a establecidos grupos de la población midiéndose por los logros obtenidos en base a los objetivos trazados y la utilización de menores costos.

En salud bucal se dispone y se realizan varios programas, tantos promocionales como preventivos; Los programas promocionales son basados por las acciones que impulsan la educación y el uso de estrategias de la promoción de la salud, los programas preventivos se usa el flúor por diferentes vías como la aplicación directa sobre los dientes o indirectamente en la administración oral que se encuentra en algunos alimentos, además se emplea los sellantes en fosas y fisuras que durante los últimos tiempos se han demostrado un alto índice de ausencia de caries. Los principales responsables de estos programas de salud bucodental son el gobierno central o en algunos casos empresas privadas. En la actualidad se cree que los problemas bucodentales en los adultos mayores son a consecuencia del envejecimiento, cuando en realidad es por escasa higiene oral y la carencia de servicios dentales en la adultez. Los altos índices de problemas de la salud bucal son relacionados con una mala nutrición o con la calidad y cantidad de los alimentos consumidos. (Ficha técnica de salud bucodental, OMS 2012).

Los servicios de salud y dentro de ello el odontológico es considerado por Ley N° 26842 Ley General de Salud, de la constitución política del Perú donde se determina supervisar su aplicación, diseño y la forma de conducirla de una manera descentralizada, asimismo se presentó una RM N° 626-2012 / MINSA, que aprobó el Plan de Intervención en Rehabilitación Oral con Prótesis Removible para los Adultos Mayores en los años 2012-2016 denominado "Vuelve a Sonreír", con la finalidad de mejorar en la calidad de vida de los adultos mayores que están en situación de pobreza y pobreza extrema, mediante esta rehabilitación se pronosticó la recuperación de la función masticatoria, la fonética y la estética de la cavidad oral. Las enfermedades dentales como son las enfermedades periodontales, la caries y la maloclusión constituyen un problema de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en vía de desarrollo, afectando primordialmente a la población escolar y la población de adultos mayores. (Diario el peruano 10 de febrero del 2016).

Se sabe que el edentulismo total y parcial va cambiando de acuerdo al lugar donde reside la persona adulta mayor, mientras más alejada sea su residencia más probabilidades de edentulismo se presentara, esto debido a la ausencia del equipo de salud bucal que no realiza la intervención en una etapa interceptiva de las enfermedades bucales, sin embargo a pesar de haber dado una RM del programa vuelve a sonreír, no se ha llegado a cumplir todos los objetivos mencionados en dicha norma por falta de presupuesto según los directores de algunas Direcciones y jefes de programas responsables de dicho plan. Queda en evidencia que no hay un programa permanente que este destinado exclusivamente a la población del adulto mayor, por lo tanto, tenemos escasa información sobre la situación de la salud bucal a nivel nacional, y es de suma urgencia poder brindar información que incluya programas con la prevención y solución del problema bucodental que presentamos en este grupo de la población. (Arce, & Peraza. 2012).

El envejecimiento de la cavidad bucal se da por múltiples factores, la vejez es una época característica que nos unifica y define a todas las personas, se considera un fenómeno universal, irreversible, dinámico, progresivo e inevitable, donde involucran diversos cambios fisiológicos con una declinación en los organismos del cuerpo como un todo; Los cambios en la cavidad oral tanto funcionales como morfológicos también son parte de la vejez general de nuestro organismo, considerando que un buen número de adultos mayores tiene alguna enfermedades en los tejidos de protección o sostén además de todo el sistema estomatognático. La evaluación del adulto mayor debería incluir 5 aspectos fundamentales como es su salud mental, física, nivel socioeconómico, circunstancias ambientales y su estado funcional, su importancia se debe porque a mayor edad las células del organismo cambian y se deterioran, de esta manera dan lugar a la presencia de alteraciones en las estructuras y funciones vitales de los órganos, sistemas y aparatos. (Laplace, Legra, Laplace, Quiñones, Piña, Castellanos. 2013, pp. 478 - 482).

Meneses Gómez, menciona que algunos estudios del envejecimiento de la cavidad oral, se han fundamentado en creencias generales de la existencia de un deterioro en la fisiología oral durante el transcurrir del tiempo. Estos conceptos erróneos se han probado con estudios donde comparan personas de la tercera edad medicamente comprometidas, y personas jóvenes sanas, concluyendo que diferentes partes anatómicas se encontraban alteradas como consecuencia del envejecimiento. Al cuestionar esta idea debemos saber que algunos cambios se originan de manera natural al pasar la edad, un claro ejemplo sería el oscurecimiento y desgaste dental. (Meneses, 2010, p. 25)

Así mismo hay cambios en los cuales son a consecuencia de algunas enfermedades como la xerostomía y periodontitis. Así en estos casos las alteraciones orales vinculadas con la edad pueden presentar dos inicios: el primero como consecuencia del envejecimiento y el segundo como consecuencias de la aglomeración de los factores internos fisiológicos los cuales no causan enfermedades pero si incitan a cambios bioquímicos, funcionales y estructurales.

Algunas alteraciones que se pueden visualizar en las personas de edad avanzada son las siguientes:

Nivel articular, hay un incremento de la sensibilidad a las alteraciones degenerativas y los músculos periarticulares pueden mostrar alteraciones por consecuencia de problemas masticatorios, hay reducción de la segregación salival como consecuencia de la atrofia de las glándulas salivares.

La disminución mandibular, la prominencia, la carencia de la proporción vertical, la lengua sobresaliente y los labios rajados, son las alteraciones que se manifiestan con el pasar de los años. Además se puede observar una anquilosis en los tejidos de soporte como el ligamento periodontal, que se podría identificar como algo apropiado por la edad, aunque podría producirse aflojamiento de las piezas dentarias, como una consecuencia de la enfermedad periodontal; Hay carencia de conexión en relación a los tejidos gingivales, también variaciones de forma, tamaño, y la pigmentación sobre la estructura dental, como resultado del desgaste, de igual forma los cambios de la mucosa oral que en su mayoría se manifiestan en forma de atrofia.

Así mismo se manifiestan otros estados como resultado de procesos patológicos que perjudican en la mayoría de casos la calidad de vida de las personas, Otros indicadores son la aparición de caries, los focos infecciosos en los restos radiculares, las enfermedades periodontal se presentan en gingivitis y periodontitis, la xerostomía y las lesiones orales de clase viral, así como otras encasilladas en el conjunto de enfermedades precancerosas. También existen algunas situaciones como resultados de malas adaptaciones de prótesis dentales, los inconvenientes al deglutir y masticar, etc. Además existe una abundancia de estados iatrogénicos como producto de haber realizado algunos tratamientos odontológicos en lugares no calificados, los cuales colaboran de la misma manera al daño en la armonía bucodental. (Meneses, 2010, p. 25).

Meneses (2010). Menciona que se creía que la disminución de implantación epitelial y el hueso alveolar eran cambios periodontales vinculado

con la edad, pero en realidad estos acontecimientos no pertenecen al envejecimiento. Y mucho más que en la actualidad sabemos el inicio y los factores determinantes en la evolución de la enfermedad periodontal; Siendo difícil desvincular las condicionantes fisiológicas y patológicas en el envejecimiento periodontal, se logra tomar en cuenta como una propiedad significativa en los pacientes de la tercera edad la disminución gingival, en donde podemos encontrar una gran cantidad de factores biológicos e irritativos de índole bacteriano, y a su vez factores de lesión o trauma como el inadecuado cepillado de los dientes, de la misma manera también se consideran algunas alteraciones genéticas y raciales. (p. 26).

Para poder identificar otras alteraciones que se encuentren presentes y asocien al envejecimiento es importante reconocer los cambios estructurales, funcionales y a nivel de algunos sistemas como las glándulas salivares, articulación temporomandibular, periodonto, tejidos faciales y mucosa oral que presentan en un adulto mayor y en un paciente normal. Así en relación a las modificaciones de la estructura dental no se manifiesta mucha diferencia entre paciente normal y paciente adulto mayor, lo que sí se puede resaltar son las alteraciones que podemos observar en los tejidos, claro está que se debe al paso de los años. No podemos dejar de lado las patologías más habituales en el envejecimiento ni las peculiaridades que se presentan en dichos pacientes. En nuestra evolución los dientes en la cavidad bucal, van pasando por alteraciones en su estructura, que son los resultados del paso del tiempo y son los efectos como su función, los hábitos, higiene dental, actividad biológica, los factores ambientales y la alimentación. Los adultos mayores, son personas que como los demás grupos de edades vienen adaptándose a las variaciones socioculturales, los cuales le dan como resultado gozar de una mejor calidad de vida. (Meneses, 2010, p. 28).

Con los conceptos expuestos se logra demostrar que la salud oral en los pacientes adultos mayores es muy complejo y están vinculados a distintos factores como las enfermedades comunes a la edad avanzada y su higiene bucal. (Meneses, 2010, p. 29).

Los cambios a nivel dental tienen ciertas características en la edad avanzada; se describen algunos cambios como por ejemplo una disminución en el tiempo de contracción y la pérdida isométrica y dinámica de la tensión muscular de la actividad masticatoria dada por la actividad diaria de la alimentación.

Sáez (2012) Menciona que algunos estudios encontraron una pérdida de algunos elementos contráctiles como los músculos y ligamentos contribuyendo de esta manera a una menor fuerza de masticación de los alimentos consumidos por los adultos mayores. De este modo el cambio más importante del adulto mayor está relacionado con su nivel de masticación ya que presentan menor habilidad para triturar los alimentos y lograr una óptima deglución, si comparación con individuos más jóvenes, tendremos que los ancianos trituran los alimentos de maneras irregulares y distribuidas en partículas de mayor tamaño. (p.3). En las alteraciones del tejido dental se observa una relativa desigualdad entre el paciente de la tercera edad y un paciente normal, pero si debemos mencionar las alteraciones que se manifiestan en los tejidos durante el paso de los años. Así mismo no podemos dejar de lado las patologías más comunes en la tercera edad y citar las peculiaridades que existen de mayor importancia en estos pacientes; Lo primero que se debe de hacer es determinar si una alteración es el resultado de algún factor fisiológico o patológico.

Los cambios de color del diente en los adultos mayores se debe a la pérdida del esmalte dental que recubría toda la corana, así de esta manera de vuelve más translucido y empieza a tomar un color más amarillento que viene a ser el color de la segunda capa dental llamada dentina, debido a esta alteración algunos pacientes presentan algún grado de sensibilidad debido a las prolongaciones nerviosas de la cámara pulpar. Otra característica de la vejez es en la forma de los dientes, en los dientes jóvenes como incisivos centrales y laterales presentan mamelones como una muestra de desarrollo dental, a medida que pasan los años se van desgastando observándose aplanados y sin esmalte, esta alteración macroscópica no solo afecta a los dientes anteriores también perjudica a los dientes posteriores aplanando la superficie oclusal y

modificando los puntos de contacto. Así mismo los cambios en la superficie dental del adulto mayor se presentan de formas ásperas debido a la erosión, la pigmentación de los surcos dentales como consecuencia de los alimentos ingeridos durante muchos años. La atrición de dientes es la abrasión oclusal fisiológica, que se determina su nivel según la edad del paciente, la potencia de masticación, el grado de mineralización del esmalte y la resistencia periodontal. Esto puede darse en bordes incisales como en las cúspides de los molares, afecta a las superficies interproximales, incisales y oclusales, se evidencia clínicamente al ver superficies lisas, pulidas y hasta en algunos casos con exposición de la dentina que podría generar algún tipo de sensibilidad; en casos más severos al tener la dentina menor dureza que el esmalte se llegan a desgastar tanto que en algunos casos se nota y se expone la cámara pulpar, sin embargo esta clase de desgaste no se encuentran vinculados a la aparición de caries ni de enfermedades periodontales. (Meneses, 2010, pp. 31,32).

Por otra parte el periodonto reacciona al proceso de envejecimiento donde hay mínima higiene bucal y el acúmulo de placas dentobacterianas provocara gingivitis y con el pasar del tiempo, en los pacientes susceptibles, retracción gingival en cervical del diente, habrá descubrimiento del cemento, y por lo tanto, disminuye la resistencia a las caries. Las encías pierden el puntillado de cascara de naranja, aspecto fibroso y la falta de la capa queratinizada. En el hueso alveolar habrá una remodelación constante debido a la reducción de las fuerzas oclusales provocando una disminución en altura y grosor de las trabéculas del hueso, además podría presentarse esclerosis ósea y en consecuencia un incremento en la mineralización de las estructuras óseas. (Chávez, Manrique, & Manrique.2014, p 202).

Existen patologías y medicamentos que están involucrados directamente con la salud oral del adulto mayor y ayudan en muchos casos a empeorar su situación oral, tal es el caso de los inmunosupresores, utilizado en trasplantes y como en tratamiento de cáncer, antihipertensivos que generan hiperplasia gingival que es el aumento en tamaño del componente fibroso con la proliferación de fibroblastos gingivales, asociado con el consumo de nifedipino durante largo tiempo. De la misma importancia debemos mencionar los

fármacos llamados xerostómicos como los antiparkisianos, los cuales tienen como resultado una variación en el efecto buffer, inmunológico, enzimático y antimicrobiano de la cavidad oral, produciendo un incremento en la microflora. (Aguilar, & Vásquez. 2009, pp. 90 - 94).

Los pacientes diabéticos según algunos estudios determinaron que personas con la enfermedad controlada presentaban mayor gingivitis y disminución de inserción que los no diabéticos, de la misma manera el mantenimiento anormal de la enfermedad es un factor determinante para que se agrave a enfermedad periodontal. Otra patología es la Demencia que está considerado como un factor relevante para producirse un proceso periodontal, no se debe a una falta de interés del paciente si no que claramente hay un daño significativo de su capacidad intelectual y física que trae como consecuencia el acumulo de la placa bacteriana y lesiones cariosas que podrían ocasionar la pérdida de piezas dentarias. En los adultos mayores fumadores se encontró que el consumo del tabaco está determinado como un factor trascendental como los mismos patógenos periodontales; Según estudios la nicotina y cotinina son los componentes del cigarro más relevantes que ocasionan una disminución de la inserción del tejido periodontal de manera agresiva y acelerada. También se mencionan los factores mecánicos que son más severos que la periodontitis por ejemplo el incremento de piezas dentarias perdidas, las variaciones de postura de los dientes remanentes y el incremento de restauraciones pueden aumentar el acumulo de la placa bacteriana. (Meneses, 2010, p. 61-62).

Como consecuencia de los problemas en los tejidos duros y periodontales podemos evidenciar serios cuadros de edentulismo. Cuando un adulto mayor presenta edentulismo se ve afectada no sólo la función masticatoria, sino también la fonación, autoestima y estética. Debido a que la pérdida de dientes se suele acentuar durante el envejecimiento; la tendencia común es asociar la degeneración dental con el clásico cuadro de senilidad. Se puede inferir que el estado de salud bucal de la población geriátrica es el reflejo de los cuidados odontológicos que durante toda la vida se recibió; sumado a las posibles consideraciones sistémicas que condicionan su estado de salud.

En líneas generales, un porcentaje bastante alto de la población de adultos mayores presenta ausencia de por lo menos la mitad de las piezas dentales, y otro porcentaje es desdentado total. Por otro lado, la totalidad de la población adulta mayor sufre algún grado de enfermedad periodontal que conlleva a la pérdida de soporte, pérdida de inserción, severos cuadros de movilidad dentaria y finalmente, la pérdida de piezas dentarias; En resumen la falta de conocimientos sobre el cuidado de la salud oral puede ser causa de la numeración de dientes presentes, si la persona llega al envejecimiento con la dentición completa, la acción masticatoria se vuelve menos fuerte reduciendo de esta manera la labor en los tejidos de soporte periodontal, todo lo opuesto si hay carencias o ausencias dentales relevantes, el resto de dientes presentaran incremento en su función masticatoria produciendo todas las consecuencias ya mencionadas. (Chávez, et al. 2014, p 203).

La Calidad de Vida que fue definida líneas arriba y nos hace ver que la adaptación humana es muy importante ya que se prioriza las expectativas de vida por lo general ajustadas a la realidad de cada individuo donde cree que puede llegar a cumplir, esto permite a las personas que tienen circunstancias negativas en su vida, mantener una calidad de vida razonable. Así es que en la actualidad está completamente evidenciado y documentado que existen diversos estilos de vida, vinculados con los niveles de salud de las personas. (Sánchez, 2010, p. 891).

La Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) se presentó a los profesionales de la salud como un nuevo concepto haciendo énfasis en que el bienestar de los pacientes es de vital importancia ya que se considera parte de su tratamiento. Desde su incorporación como método de estado de salud de las personas se ha utilizado de diferentes maneras ya que para algunos autores, la CVRS está directamente relacionada con la calidad de vida general, por otro lado otros autores han sugerido que su uso puede ser frecuentemente intercambiable con el de CV proponiendo así que ambos constructos están evaluando similares dimensiones. A pesar de algunas discrepancias la mayoría de autores sugieren en que la CV debería ser diferenciada de la CVRS debido básicamente al término ya que es utilizado en el campo de la medicina en su

interés por identificar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas. Otros investigadores sugirieron que la CVRS debe relacionarse con otras características como ingreso, libertad y calidad del medioambiente ya que sus indicadores se encuentran alejados de la esfera de lo que se entiende por resultados médicos, y que además podrían ser vinculados con una mayor facilidad en otros indicadores propuestos por ciencias sociales como por ejemplo la felicidad, la satisfacción con la vida o el bienestar subjetivo. (Urzúa, 2010, p. 358).

1.3 Justificación

1.3.1 Justificación teórica

Los adultos mayores son un grupo etéreo vulnerable ya que son susceptible a trastornos bucodentales que afectaran no solo su estado de nutrición sino que también la percepción que se tienen de sí mismos y sus relaciones sociales.

1.3.2 Justificación practica

Estas necesidades deben ser estudiadas, evaluadas y atendidas para palear o frenar la sensación de desinterés del estado con los más pobres y evitar que se sigan perjudicando su salud general que será reflejada en una mala autopercepción de su calidad de vida. Sin embargo, actualmente esto no se cumple, generando una creciente demanda de atención de este grupo etéreo, además de haberse convertido en un importante problema de salud pública que debe ser abordado lo más pronto posible.

1.3.3 Justificación metodológica

Para investigar sobre el tema de la calidad de vida del adulto mayor, uno de los principales instrumentos es el índice GOHAI, debido a que es fácilmente aplicable y permite evaluar la autopercepción de salud oral, el impacto de las patologías bucales y de los aspectos psicológicos asociados. Sin embargo, no tenemos estudios que evalúen en forma objetiva si la autopercepción del paciente está relacionada con las verdaderas condiciones de su salud bucal.

Los resultados del estudio permitirán conocer el grado en que el estado de salud oral es autopercebido por el paciente, dándonos una idea de la importancia que brinda a su salud oral y de cómo esta influye en su calidad de vida. Además, los datos sobre el nivel de caries serán de importancia para la implementación futura de nuevos programas de prevención.

1.4 Problema

1.4.1 Planteamiento del problema

En la actualidad las sociedades modernas presentan una gran preocupación por el envejecimiento de la población que son los adultos mayores de 60 años, esto debido al aumento de la supervivencia humana. Según la organización mundial de salud (OMS) debido a la esperanza de vida y la disminución en la tasa de fecundidad, la población del adulto mayor tiene las tasas más altas que otro grupo etéreo en casi la mayoría de países. Entre 1970 y el 2025 se prevé que dicha población alcanzaría unos 694 millones, o el 223%, de esta manera en el 2025 se tendría cerca de 1,2 billardos de población con más de 60 años. (Arce & Peraza, 2012).

Este proceso también se manifiesta en nuestro país. En el Perú según el instituto nacional de informática (INEI, 2015) se conoció que la esperanza de vida tuvo un aumento de 15 años con respecto a las ultimas 4 décadas, si se mantiene constante las condiciones de mortalidad del 2015, todos los peruanos tendría la tasa promedio de 74,6 años siendo en hombre la edad media de 72 y en mujeres 77,3. Asimismo en el Perú se estima que en el año 2050 los peruanos alcancen los 79 años en promedio sobre su esperanza de vida, también se estima que la población en general tendrá un aumento de habitantes el cual pasara de 7 millones 632 mil en los años 50 a los 31 millones 152 mil habitantes para el 2015. De cumplirse estas proyecciones para el año 2050 tendremos 40 millones 111 mil habitantes y esto significa un incremento del 28.8%. Por otra parte los que llevaran un protagonismo llamativo será serán los adultos mayores que tuvieron un aumento de 6,0 veces entre 1950 y 2015, de esta manera se triplicaran en el intervalo del 2015 al 2050, hasta que se vea

superada la población menor de 15 años en un porcentaje de 17%. (INEI, 2015).

Asimismo la OMS ha definido define la Salud como un estado completo de bienestar tanto físico, mental, y social, y que no solamente se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades, y a la Calidad de Vida como la autopercepción del individuo al grado de disfrute de su vida.” (Gallardo et al, 2013, p. 146).

El propósito final de utilizar y medir la calidad de vida consiste en brindar una interpretación más comprensiva, integral, congruente y válida del estado de salud de una persona o grupo de personas, y tener una valoración precisa sobre los beneficios y riesgos que se derivan de una atención médica. Esto incluye evaluar aspectos psicológicos, físicos y sociales de la salud, tal cual es percibido por el propio paciente según su historia y sus expectativas. (Coronado et al, 2009, p. 230).

Una investigación sobre la calidad de Vida debe abarcar también con la salud bucal. En la mayoría de estudios reflejan que la salud bucal de los Adultos Mayores es muy deficiente. El sistema estomatognático realiza múltiples funciones orgánicas importantes como triturar los alimentos, percibir sabores, la fonación etc. Su principal alteración es la pérdida de las piezas dentarias alterando el funcionamiento correcto de la cavidad la bucal además de las dimensiones físicas, psíquicas y sociales en la calidad de vida de los individuos. Es un hecho que este grupo poblacional tiene una percepción negativa de su salud bucal que se ve influenciada en su calidad de vida. Sin embargo, aunque existen instrumentos para medir la autopercepción de calidad de vida de estos pacientes, no contamos con investigaciones que evalúen si esta autopercepción coincide con la verdadera condición de su salud bucal (Misrachi, Ponce, & Sepúlveda, .2004, p. 4).

Por lo expuesto, nuestro objetivo del estudio será determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud bucal de los

adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

1.4.2 Problema general

- ¿Cuál es la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016?

1.4.3 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016?
- ¿Cuál es la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene bucal de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016?

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

- Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

1.5.1 Hipótesis específicas

- Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

- Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene bucal de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

1.6.2 Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.
- Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene bucal de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

II. Marco metodológico

2.1. Variables

Variable 1

Calidad de Vida: La OMS la define la calidad de vida como una “percepción que tiene el individuo con respecto al grado de disfrute de su vida. (Gallardo, et al, 2013, p.146)

Variable 2

Salud Oral: La OMS la define como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otros trastornos que van a limitar al individuo afectando su capacidad para morder, masticar, sonreír y hablar. (Ficha técnica sobre salud bucodental, OMS, 2012).

Para el estudio consideraremos dos dimensiones: experiencia de caries e higiene bucal.

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	TIPO	ESCALA	RANGO
Calidad de vida	Percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, y en relación a su salud oral.	<p>Función física, que influye en comer, hablar y deglutir.</p> <p>Función psicosocial, que incluye la preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales.</p>	<p>1.- ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida debido a sus dientes o dentadura?</p> <p>2.- ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comida como la carne o manzanas?</p> <p>3.- ¿Cuántas veces ha tragado bien?</p> <p>4.- ¿Cuántas veces no ha podido hablar bien debido a sus dientes o dentadura?</p> <p>5.- ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que deseaba debido a molestias?</p> <p>6.- ¿Cuántas veces no ha podido salir a la calle o hablar con la gente debido a sus dientes o dentadura?</p> <p>7.- Cuando se mira al espejo, ¿cuántas veces ha estado satisfecho de cómo se ven sus dientes o dentadura?</p> <p>8.- ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o molestias de su boca?</p> <p>9.- ¿Cuántas veces se ha dado cuenta que sus dientes o dentadura no están bien?</p> <p>10.- ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por problemas en sus dientes o dentadura?</p> <p>11.- ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por problemas en sus dientes o dentadura?</p>	Categorica	<p>Valor para cada ítem:</p> <p>Siempre / Siempre=5 Muy a / Muy a menudo/ menudo=4/ A A menudo / menudo=3 A veces / / A Rara vez veces=2 / / Nunca Rara vez=1 / Nunca=0</p>	<p>Valor global del GOHAI:</p> <p>Bueno “Bueno” (57-60 puntos) / “Regular” (51-56 puntos) / / “Malo” (50 puntos o menos).</p>
			<p>Dolor e incomodidad, que incluye el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral.</p> <p>12.- Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, calor o alimentos dulces?</p>			

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	TIPO	ESCALA	RANGO
Salud oral	Experiencia de caries	Índice CPOD	-----	Numérica discreta	Deficiente estado Buen estado	0 – 32
	Higiene bucal	Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion	-----	Categórica	Buena Regular Mala	Buena 0.1-1.2 / Regular 1.3-3.0 / Mala 3.1-6.0

2.3. Metodología

El método utilizado es deductivo hipotético porque se pretende llegar al conocimiento de su autopercepción de la calidad de vida en relación a su salud bucal. (Hernández, Fernández y Baptista (2010)

2.4. Tipo de estudio

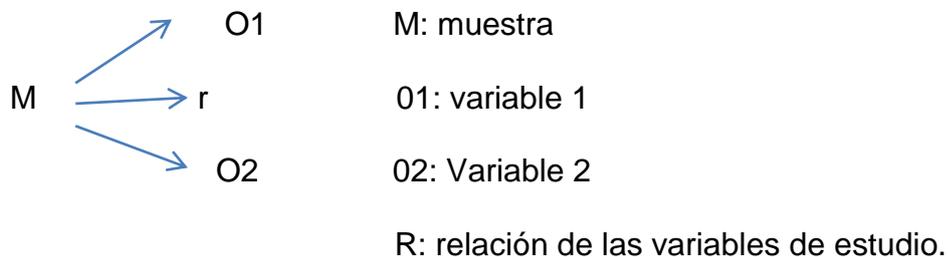
Hernández, et al. (2010). Define al diseño no experimental, que es la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único. (p.151).

El presente trabajo de investigación tiene un diseño no experimental pues estamos estudiando las variables calidad de vida y salud oral de los adultos mayores y la relación que existe entre ambas.

2.5. Diseño

Para la ejecución de este trabajo se tomó en cuenta el diseño transversal y correlacional ya que describe las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado (Hernández, et al, 2010 p. 240).

Descriptivo correlacional.



2.6. Población, muestra y muestreo

2.6.1 La Población

Conjunto de todos los casos acorde una serie de detalles o especificaciones (Hernández, et al, 2010 p. 238).

Estará conformada por 80 adultos mayores que es la totalidad de la PAM atendida en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

2.6.2 Muestra

Es la esencia de un sub grupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población (Hernández, et al, 2010 p. 240).

La muestra estará conformada por 80 adultos mayores que se presenten con su consentimiento informado y cumpla los criterios de selección.

2.6.3 Muestreo

Conjunto de personas o cosas que se consideran representativos del grupo al que pertenecen, con la finalidad de estudiar o determinar las características del grupo (Hernández, et al, 2010 p. 241).

La técnica de muestreo será no probabilística con voluntarios.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de la información sobre “Calidad de Vida” se realizará mediante encuesta, empleando para ello el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). La información sobre “Salud Oral” se obtendrá mediante el examen clínico del paciente, considerando el nivel de higiene bucal y el nivel de caries, medidos mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillon y el índice CPO-D respectivamente.

2.7.1 Validez y confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento se determinará según el análisis estadístico que se realizará mediante el Alfa de Cronbach.

Murariu et al. (2010) evaluaron la validez de una versión rumana del GOHAI en una muestra de 45 adultos mayores institucionalizados. El estudio concluyó que el índice GOHAI presentó una adecuada confiabilidad. (p.12).

Daradkeh y Khader (2008) evaluaron una versión árabe del índice GOHAI en una muestra de 288 adultos mayores jordanos, encontrando también que el instrumento presentaba una adecuada confiabilidad. (p.453).

Confiabilidad

Tabla 2.

Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,732	12

El alpha de cronbach para nuestro instrumento es 0.732, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

2.8. Método de análisis de datos

Se realizará el análisis descriptivo de cada variable mediante tablas de distribución de frecuencias. Seguidamente se aplicará la prueba de normalidad a la variable calidad de Vida, y en base al resultado se aplicará la prueba de correlación de Pearson o de Spearman para evaluar la relación entre variables. En ambos casos se empleará un nivel de significancia de 5%. El procesamiento de datos se realizará mediante el Programa SPSS.

2.9. Aspectos éticos

Se solicitará el consentimiento informado.

La información obtenida será reservada.

III. Resultados

3.1. Resultados estadísticos

Tabla 3

Autopercepción de la calidad de vida y estado de salud oral

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	27	33,8
Regular	28	35,0
Bueno	25	31,3
Total	80	100,0

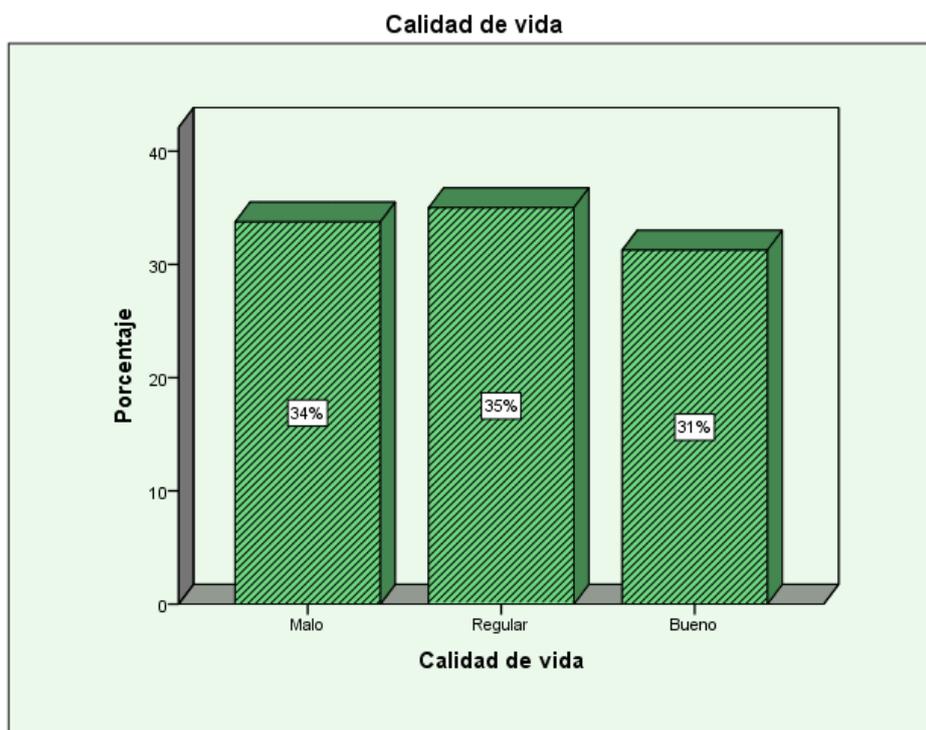


Figura 1. Autopercepción de la calidad de vida y estado de salud oral.

En la figura se observa que la autopercepción de la calidad de vida en relación a su salud oral fue de 35% para regular, el 34% considera que es mala y el 31% considera que es buena. Pruebas que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabla 4

Indicador de Función física en la autopercepción

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	28	35,0
Regular	29	36,3
Bueno	23	28,8
Total	80	100,0

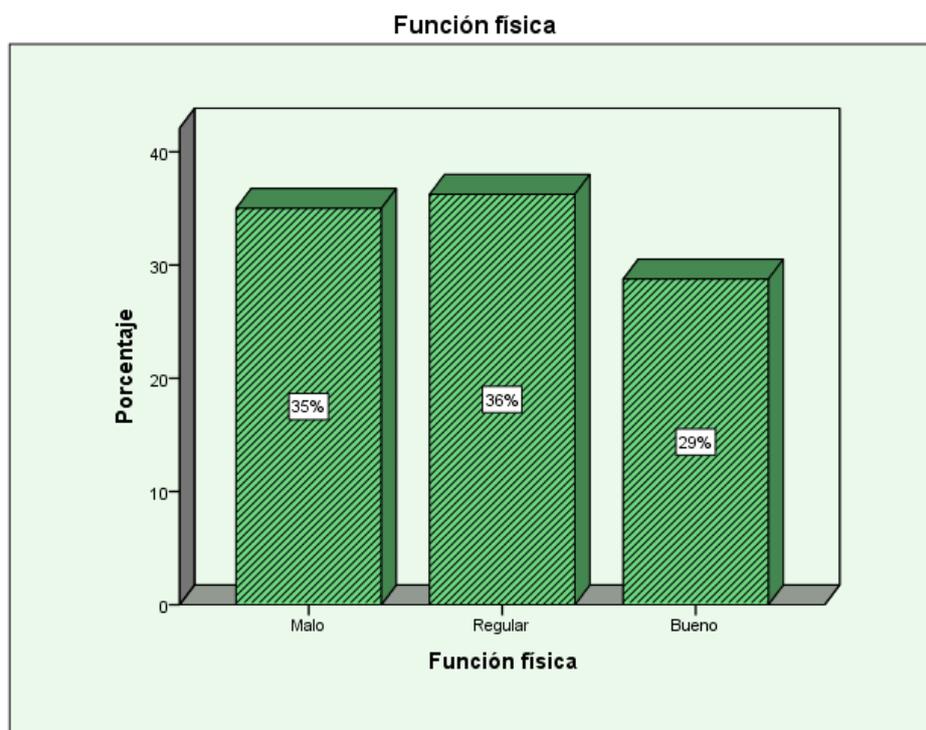


Figura 2. Indicador de Función física en la autopercepción.

En la Figura se observa que el Indicador de Función física en la autopercepción considera el 36% como regular, el 35% considera que es mala y el 29% considera que es buena. Pruebas que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabla 5

Indicador de Función psicosocial en la autopercepción.

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	29	36,3
Regular	28	35,0
Bueno	23	28,8
Total	80	100,0

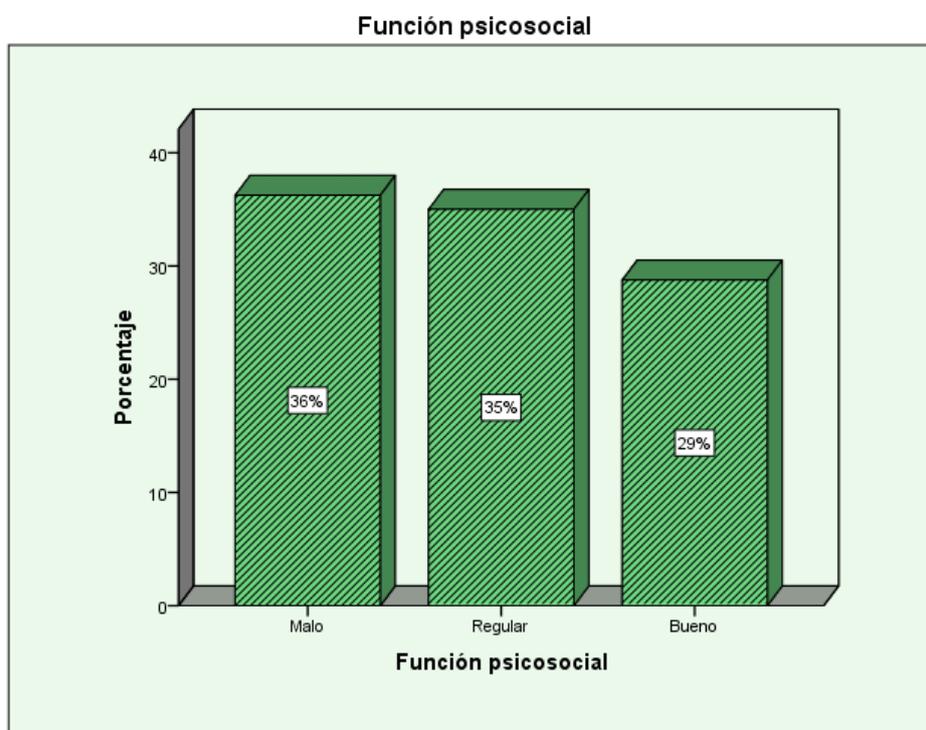


Figura 3. Indicador de Función psicosocial en la autopercepción.

En la figura se observa que el Indicador de Función psicosocial en la autopercepción considera 36% como mala, el 35% considera que es regular y el 29% considera que es buena. Pruebas que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabla 6

Indicador de Dolor e incomodidad en la autopercepción.

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	26	32,5
Regular	36	45,0
Bueno	18	22,5
Total	80	100,0

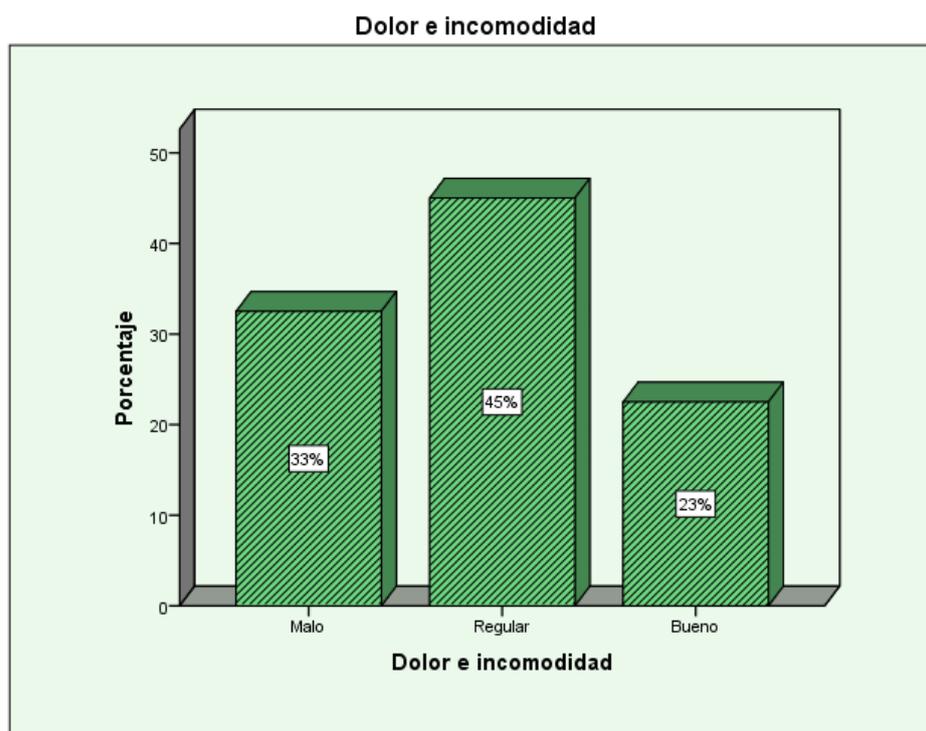


Figura 4. Indicador de Dolor e incomodidad en la autopercepción.

En la figura se observa que el Indicador de Dolor e incomodidad en la autopercepción considera 45% como regular, el 33% considera que es mala y el 23% considera que es buena. Pruebas que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabla 7

Experiencia de caries CPOD del Adulto Mayor.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente estado	43	53,8
Buen estado	37	46,3
Total	80	100,0

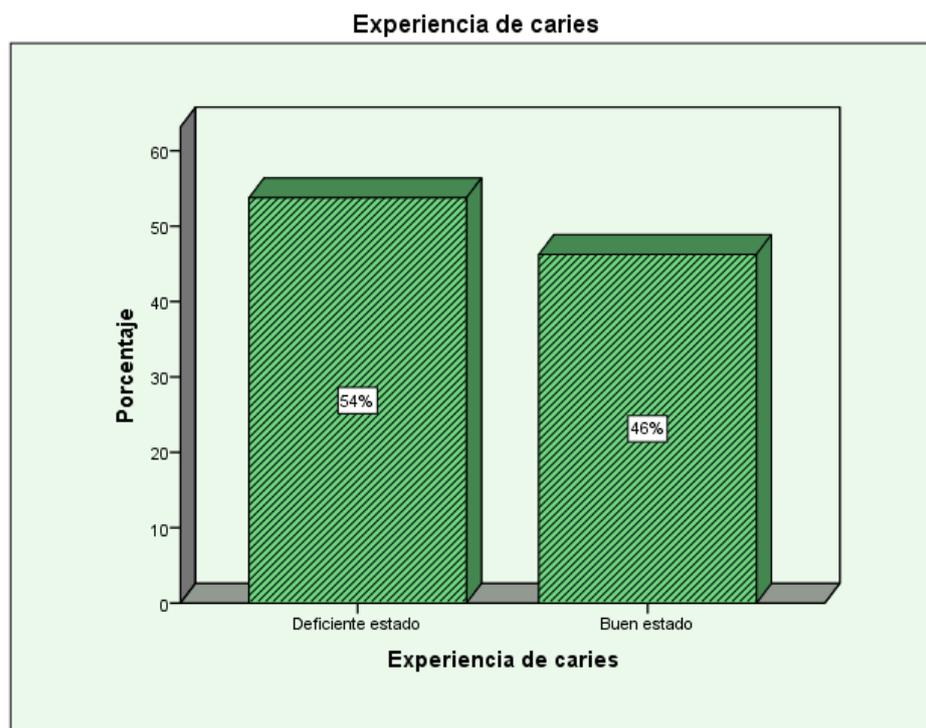


Figura 5. Experiencia de caries CPOD del Adulto Mayor.

En la figura se observa que el 54% de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” presentan deficiente estado en experiencia de caries y el 46% presenta buen estado en experiencia de caries. Pruebas que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabla 8

Índice de Higiene bucal IHOS del Adulto Mayor.

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	15	18,8
Regular	28	35,0
Malo	37	46,3
Total	80	100,0

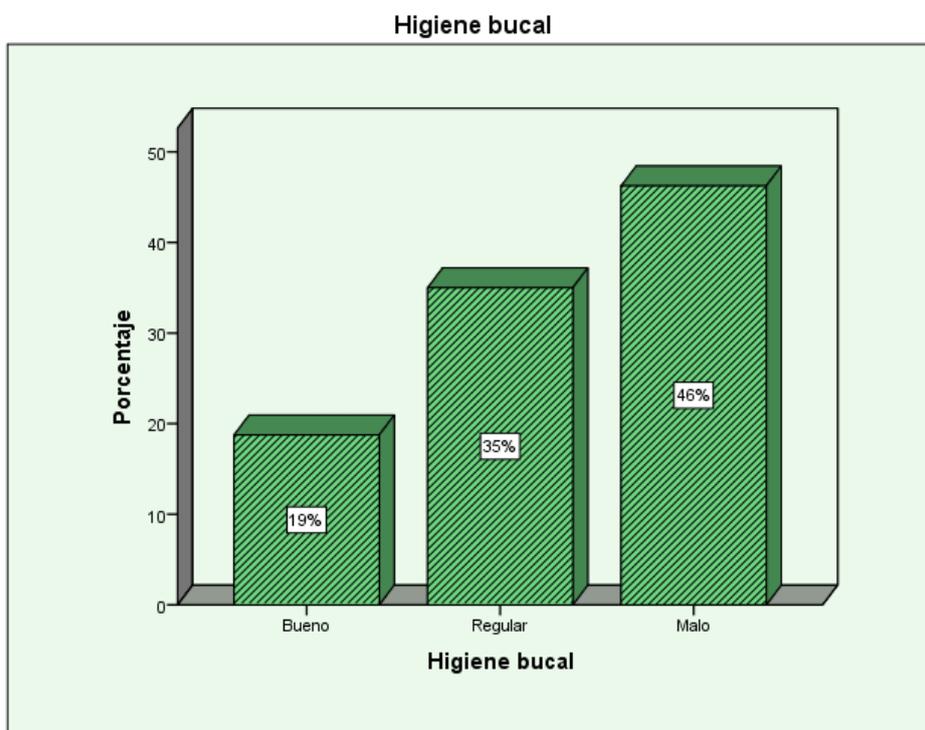


Figura 6. Índice de Higiene bucal IHOS del Adulto Mayor.

En la figura se observa que el 46% de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” presentan mal estado de higiene bucal, el 35% presentan regular estado de higiene bucal y el 19% presenta buen estado de higiene bucal. Pruebas que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Normalidad de datos:

La tabla muestra los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov Smirnov, el cual se usó debido a que la base de datos está compuesto por más de 50 datos.

Tabla 9

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Calidad de vida	Salud oral	Experiencia de caries	Higiene bucal
N		80	80	80	80
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1,9750	2,6750	1,4625	2,2750
	Desviación típica	,81092	,63195	,50174	,76266
Diferencias más extremas	Absoluta	,223	,459	,359	,292
	Positiva	,223	,304	,359	,178
	Negativa	-,209	-,459	-,320	-,292
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,994	4,105	3,213	2,608
Sig. asintót. (bilateral)		0,001	0,000	0,000	0,000

3.2. Resultados inferenciales

Prueba de Hipótesis General:

Ho: No existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

Ha: Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

Tabla 10

Prueba de Spearman

Correlaciones

		Calidad de vida	Salud oral
Rho de Spearman	Calidad de vida	1,000	0,868
	Sig. (bilateral)	.	0,005
	N	80	80
	Salud oral	0,868	1,000
	Sig. (bilateral)	0,005	.
	N	80	80

De los resultados anteriores comprobamos que entre calidad de vida y salud oral si existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.868; es decir a mayor autopercepción de la calidad de vida mejor salud oral.

Se obtuvo el valor de significancia $p=0.005$ la cual es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

3.2.1. Prueba de Hipótesis Específica 1:

Ho: No existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

Ha: Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Tabla 11

Correlación de calidad de vida y experiencia de caries.

Correlaciones				
			Calidad de vida	Experiencia de caries
Rho de Spearman	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	1,000	0,835*
		Sig. (bilateral)	.	0,016
		N	80	80
	Experiencia de caries	Coeficiente de correlación	0,835*	1,000
		Sig. (bilateral)	0,016	.
		N	80	80

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre calidad de vida y experiencia de caries si existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.835; es decir a mayor autopercepción de la calidad de vida mejor calidad de experiencia en caries. Así mismo comprobamos que existe una relación de 83.5% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.016$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que

efectivamente si existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores.

Prueba de Hipótesis Específica 2:

Ho: No existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima.

Ha: Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima.

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

Confiabilidad del 95%, significancia de 0.05

Tabla 12

Correlación calidad de vida e Higiene bucal

Correlaciones		Calidad de vida	Higiene bucal
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	0,774
	Calidad de vida Sig. (bilateral)	.	0,006
	N	80	80
	Coeficiente de correlación	0,774	1,000
Higiene bucal	Sig. (bilateral)	0,006	.
	N	80	80

De los resultados anteriores comprobamos que entre calidad de vida e higiene bucal si existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.774; es decir a mayor autopercepción de la calidad de vida mejor higiene bucal. Además comprobamos que hay una relación de 77.4% entre ambas variables.

Al obtener valor significativo de $p=0.006$ y es menor de 0.05 ; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, de este modo se demuestra que efectivamente hay relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene bucal de los adultos mayores.

IV. Discusión

Este estudio determinó que la autopercepción sobre la calidad de vida en relación al estado de salud oral en los adultos mayores esta directamente ligada entre ambas variables, es decir a una mejor autopercepción mejor será el estado de salud oral, además la presente investigación nos ayuda a identificar la calidad de vida y estado de la salud oral actual que perciben los adultos mayores, esto nos conlleva a identificar las carencias de este grupo etáreo de tal manera que nos orienta para poder implementar un mejor servicio e intervenir objetivamente la demanda más urgente; actualmente no existe un programa de salud bucal orientado al adulto mayor siendo ellos un grupo susceptible y de alto riesgo a tener o desarrollar enfermedades bucodentales.

Al comparar nuestras estadísticas debemos precisar que algunos estudios expresan resultados de prevalencias para cada categoría del GOHAI, mientras que en otros estudios reportan el promedio global de sus muestras. Así mismo los estudios actuales internacionales como el de Cornejo et al. (2013). Donde realizaron un estudio a 194 adultos mayores españoles, encontraron en la encuesta del GOHAI que la mayoría presentaba una autopercepción mala de su salud oral con 68,1% de mujeres y 64,3% de hombres, cuyo índice CPO-D fue de 22,8; resultados que se asemejan a los encontrados en nuestros instrumentos GOHAI y de la Salud Oral con un CPO-D de 28,08, más alto que el estudio mencionado debido a la mayor presencia de experiencia de caries y mala higiene, además con un total de 34%, que perciben su calidad de vida de forma negativa o mala. También algunos estudios que se realizaron en Brasil, como Miranda et al. (2011) donde se evaluaron 204 adultos mayores, encontrando que el 36,3% tenía una autopercepción de su salud oral "regular" y 31,9% "mala". Souza et al. (2010) encontraron que la autopercepción "regular" fue de 17,5% y la "mala" fue de 78,6%. Estos resultados también coinciden con nuestra investigación demostrando ser estadísticamente significativa ($p < 0,05$), ya que evidencia que el 35% (28 adultos mayores) considera que la calidad de vida en relación a su salud oral es Regular, el 34% (27 adultos mayores) considera que es Mala y el 31% (25 adultos mayores) considera que es Buena, resultados semejantes a los autores mencionados líneas arriba.

La calidad de vida en relación a la experiencia de caries fue determinada por el índice CPO-D con una media de 28,08, donde el 54% de adultos mayores presenta una deficiente experiencia negativa, resultados que concuerdan en lo encontrado con Cornejo et al. (2013) donde reportaron que la autopercepción negativa estuvo asociada a problemas de caries, edentulismo y a problemas protésicos. En cuanto a la calidad de vida en relación a la higiene bucal fue determinada por IHO-S con una media de 2,3 donde el 46% de los adultos mayores presento un índice malo, lo que coincide con lo expuesto por Díaz et al. (2012) donde encontraron que la autopercepción negativa estuvo relacionada con la higiene oral deficiente.

Otros resultados obtenidos fueron nuestras dimensiones donde el 36% considera que la función física en relación a su salud oral es regular, ya que la usencia de prótesis y la perdida de dientes contribuye a una mala administración y dificultad para ingerir los alimentos reflejando la función alterada; En la función psicosocial el 36% considera que es mala debido a que no se pueden relacionar socialmente provocando baja autoestima y dificultad para expresarse; En la dimensión de dolor o incomodidad el 45% considera que es regular porque podría reflejar algún tipo de molestia dental o dolor por el uso de prótesis mal adaptadas, estas dimensiones fueron más se subjetivas ya que el índice de CPO-D fue de 28,08 e IHO-S fue de 2,3 resultados que deberían dar un alto porcentaje de autopercepción mala, sin embargo vemos que no es así coincidiendo con Silva y Castellanos (2011) donde hubo una alta prevalencia clínica de las principales enfermedades bucales, aunque el 42,7% percibía su salud bucal como "regular". Además otro estudio reporta cifras más favorables. Vasconcelos et al. (2012) una autopercepción de salud oral "buena" en el 52% de pacientes brasileiros.

El valor de porcentaje de nuestras dimensiones se verán mejoradas con la disminución de la experiencia de caries y la disminución del índice de higiene bucal, además del uso de prótesis fijas y removibles, esto concuerda con los estudios realizados en México como el de Esquivel y Jiménez (2012) que encontraron previo al tratamiento que el 88,7% tuvo una autopercepción regular o mala de su salud oral. Además en otro estudio, Esquivel y Jiménez (2010)

reportaron que la suma de ambas categorías fue de 92,7% como promedio global. Concluyendo que la autopercepción de salud oral mejora significativamente luego de una rehabilitación protésica, principalmente respecto a la función de masticación (F. física), el habla (F. psicosocial) y la preocupación por el estado de sus dientes (F. dolor o incomodidad).

En el ámbito nacional tenemos la investigación de Gallardo et al. (2013) donde evaluaron a 164 adultos mayores encontraron que la mayoría presentó una mala autopercepción de su salud oral con 77,4%, seguido por regular 18,3% y bueno 4,7%. Resultados casi similares son los obtenidos en nuestro estudio, la diferencia básicamente está en la cantidad del porcentaje de percepción, nosotros obtuvimos en primer lugar regular, segundo lugar malo y ellos viceversa.

Los estudios antes mencionados coinciden con el nuestro en señalar que la mayor parte de los adultos mayores presenta una autopercepción “regular” o “mala” de su salud oral. Sin embargo presentan altos niveles de enfermedades dentales que pudieron ser respondidos de manera subjetiva, Esta situación también podría deberse a que los estudios internacionales como los de Brasil, España y México han sido realizados en diferentes pueblos que tienen características socioculturales y étnicas diferentes a las nuestras, incluyendo que sus sistemas de atención de salud.

La población estudiada tiene una autopercepción de calidad de vida regular y mala en relación a su estado de salud bucal asociado a condiciones subjetivas. También presenta un alto índice negativo sobre su salud bucal de manera objetiva. Es necesario que se realicen otras investigaciones para corroborar nuestros resultados e incentivar estudios sobre programas preventivos y terapéuticos destinados a mejorar la calidad de vida y la salud bucodental de los adultos mayores.

Finalmente podemos concluir que en todos los estudios realizados coincidimos en que se requiere atención odontológica especializada para este grupo etáreo, y además debe implementarse un programa en el sistema nacional de salud peruano.

VI. Conclusiones

- Primera: La autopercepción de la calidad de vida si está relacionada con el estado de salud oral de los adultos mayores.
- Segunda: La autopercepción de la calidad de vida en relación a la experiencia de caries si guardan una relación íntima.
- Tercera: La autopercepción de la calidad de vida en relación a la Higiene bucal si tienen una relación directa.
- Cuarto: Los tratamientos con los pacientes adultos mayores con altos índices negativos de caries e higiene dental.
- Quinto: Se determina que las investigaciones sobre la calidad de vida en relación al estado de salud oral en todo tipo de pacientes.
- Sexto: Los participantes no tienen un panorama de la situación en la que se encuentran respecto a su cuidado bucal
- Séptimo: Las conclusiones subjetivas de los adultos mayores, por lo que se podría recomendar que el interrogatorio sea en presencia de una persona más cercana afectivamente al paciente.

V. Recomendaciones

- Primera: Incluir el test de GOHAI en la historia clínica dental del adulto mayor.
- Segundo: Capacitar al odontólogo para el manejo adecuado de los pacientes adultos mayores.
- Tercero: Implementar la atención especializada del adulto mayor con el GOHAI como método efectivo para identificar los problemas que más aqueja al paciente de esta población.
- Cuarto: Empezar tratamientos interceptivos y de prevención los pacientes adultos mayores con altos índices negativos de caries e higiene dental.
- Quinto: Realizar nuevas investigaciones sobre la calidad de vida en relación al estado de salud oral en todo tipo de pacientes.
- Sexto: Seleccionar una muestra con mayor cantidad de participantes para tener un mejor panorama de la situación en la que se encuentran.
- Séptimo: Tener en cuenta las respuestas subjetivas de los adultos mayores, por lo que se podría recomendar que el interrogatorio sea en presencia de una persona más cercana afectivamente al paciente.

VII. Referencias

- Aguilar, N., Vásquez, M. (2009). *Manifestaciones bucales en pacientes hipertensos bajo tratamiento antihipertensivo*. Arch Inv Mat Inf, 1(2), 90-94.
- Arce, W. & Peraza, D. (2012). *Propuesta de un Plan de Mejora de Salud Bucodental en el Hogar del Adulto Mayor Alfredo y Delia Gonzales Flores de San Pablo de Heredia*. (Tesis de maestría). Recuperado de http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/arce_ramirez_william_sa_2012.pdf
- Awuapara, N. (2010). *Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, provincia de Celendín, departamento de Cajamarca en 2010*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NADIAAWUAPARAFLORES.pdf>
- Cardona, J., & Higueta, L. (2014). *Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida*. Revista Cubana de Salud Pública, 40(2), 175-189. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es&tlng=es.
- Chávez B, Manrique J, Manrique J. (2014). *Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor*. Rev Estomatol Herediana. 2014 Jul-Set; 24(3):199-207.
- Cornejo, M., Pérez, G., Costa, C., Casals, E., & Borrell, C. (2013). *Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain)*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 18(2), 285-292.
- Coronado, J., Díaz, C., Apolaya, M., Manrique, L., & Arequipa, J. (2009). *Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo*. Acta Med Per, 26(4), 230-238.

Diario el peruano (10 de febrero del 2016). *Decreto supremo que aprueba el plan de salud bucal 2016*. Recuperado de:

<http://busquedas.elperuano.com.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-de-intervencion-de-salud-decreto-supremo-n-005-2016-sa-1343830-1>

Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012). *Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores*. Rev Clin Med Fam, 5(1), 9-16.

Esquivel, R., & Jiménez, J. (2012). *Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal*. Revista ADM, 69(2), 69-75.

Esquivel, R., & Jiménez, J. (2010). *Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI*. Revista Asociación Dental Mexicana, 67(3), 127-132.

Ficha técnica sobre salud bucodental, OMS (2012). Recuperado de: http://www.fdiworldental.org/media/84768/book_spreads_oh2_spanish.pdf

Gallardo A, Picasso MA, Huillca N, & Ávalos JC. (2013). *Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana*. Rev Kiru, 10(2) ,145–50.

Hernández, R. y Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. (5 a. Ed.). México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística e Informática: (2015). *Esperanza de vida en población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas*. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/>.

- Laplace, L., Legra, S., Laplace, J., Quiñonez, D., Piña, L., Castellanos, L. (2013). *Enfermedades bucales en el adulto mayor*. Correo Científico Médico, 17(4), 477-488. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008
- Meneses E, (2010). *Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores*. (Tesis de grado Doctor). Recuperado de:
<http://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>
- Miranda L, Silveira M, Miranda L, & Bonan, P. (2011). *Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*. Rev Bras Geriatr Gerontol, 14(2), 251-269.
- Misrachi C, Ponce M, & Sepúlveda H. (2004). *Influencia de la rehabilitación protésica en la salud oral del adulto mayor*. Rev Dent Chile, 95(3), 3-10.
- Montanet Avendaño, Adalberto, Bravo Cruz, Carmen María, & Hernández Elías, Esperanza Heida. (2009). *La calidad de vida en los adultos mayores*. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 13(1), 1-10. Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es&tlng=es.
- Sáez Carriera, Rolando, Carmona, Maribel, Jiménez Quintana, Zuilen, & Alfaro, Xiomara. (2007). *Cambios bucales en el adulto mayor*. Revista Cubana de Estomatología, 44(4). Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es&tlng=es.
- Sánchez R, Ballesteros M, Anzola J. (2010) *concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer*. Rev. Salud pública. 12 (6): 889-902. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n6/v12n6a02.pdf>

- Silva S, & Castellanos R. (2001). *Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos*. Rev Saúde Pública, 35(4), 349-355.
- Souza E, Barbosa M, Oliveira P, Espindola J, & Gonçalves K. (2010). *Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil)*. Ciência & Saúde Coletiva, 15(6), 2955-2964.
- Urzúa A, (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales*. Rev Med Chile 2010; 138: 358-365 Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>.
- Varela, Luis. (2016). *Salud y calidad de vida del adulto mayor*. Rev Perú Med Exp Salud Publica, 33(2), 199 – 201. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2196
- Vasconcelos L, Prado R, Teles J, & Mendes R. (2012). *Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro*. Cad. Saúde Pública, 28(6), 1101-1110.

VIII. Anexos

Anexo 1. Artículo científico

1. TÍTULO

Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de independencia lima – Perú, 2016.

2. AUTOR

Jonathan Enrique Zamora Gutiérrez

Jonathangz83@hotmail.com

+51940206972

3. RESUMEN

Las enfermedades y las patologías orales como la caries y procesos periodontales, tienden a ser muy frecuentes en los adultos mayores. Estas afectan directamente sobre su bienestar físico, psicológico y social. El objetivo de la presente investigación fue determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en los adultos mayores.

Método: se realizó un estudio de corte transversal a 80 adultos mayores de 60 años a más de edad, quienes asistieron voluntariamente al Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de la municipalidad de independencia. La información se obtuvo mediante el registro de los impactos bucodentales durante los 3 últimos meses en el instrumento denominado Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), la salud bucodental, con el índice de Higiene Oral simplificado (IHO-S), además del índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D). Los resultados de manera global mostraron que la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral fue considerada como Regular con un 35%, seguida de Mala con un 34% y Buena con un 31%. En relación a las dimensiones con alto porcentaje como la función física se obtuvo que un 36% de la población autopercebe que tiene un estado Regular, en la dimensión de función psicosocial también se obtuvo un

36% que considero como Mala al no poder relacionarse con comodidad y en la dimensión de dolor e incomodidad el 45% autopercibe su estado de manera regular.

Se concluye que la calidad de vida se ve afectada por estado de salud oral, afectando principalmente las actividades cotidianas de los adultos mayores. Sin embargo hubo respuestas que fueron subjetivas contradiciendo la evaluación clínica.

4. PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, adulto mayor, salud bucal.

5. ABSTRACT

Diseases and oral pathologies such as caries and periodontal processes tend to be very common in older adults. These directly affect physical, psychological and social well-being. The objective of the present investigation determined the self-perception of the quality of life related to oral health in the elderly.

Method: A cross-sectional study was carried out on 80 adults over 60 years of age, who voluntarily attended the Integral Center for the Elderly (CIAM) of the municipality of Independence. The information was obtained by recording oral impacts during the last 3 months in the instrument called Oral Health (GOHA), oral health, with the Oral Hygiene Index (OHI-S), in addition to the index of decayed teeth, Lost and obturated (CPO-D). Overall fashion results show that self-rated quality of life related to oral health was a regular year with 35%, followed by Mala with 34% and Good with 31%: In relation to the dimensions of the Physical function It was obtained that 36% of the population autopercibe that has a state Regular, in the dimension of the psychosocial function also obtained a 36% that I consider as Mala not being able to be shared with the comfort and in the dimension of a pain and The discomfort 45% self-aware His condition on a regular basis.

It is concluded that quality of life is affected by oral health, affecting mainly the daily activities of the elderly. However, there were responses to what were subjective contradicting the clinical evaluation.

6. KEYWORDS

Quality of life, elderly, oral health.

7. INTRODUCCIÓN

Cornejo, M., Pérez, G., Costa, C., Casals, E., & Borrell, C (2013) realizaron un estudio de tipo transversal, su objetivo fue evidenciar las enfermedades de salud oral y las causas que asocian a la calidad de vida. Su muestra fue de 194 adultos mayores españoles, encontrando que la mayoría presentó una autopercepción “Mala” de su salud oral (68,1% de mujeres y 64,3% de hombres). El CPO-D promedio fue de 22,8, con un promedio de 10,2 dientes en cavidad oral. Sólo el 1,9% no presentó enfermedad periodontal. El 33,8% de la muestra presentó edentulismo, el 54,2% necesitaba prótesis superiores y el 64,7% prótesis inferiores. Concluyen que la calidad de vida está relacionada con la salud oral al asociar una autopercepción mala en la salud bucal por diferentes enfermedades. Así mismo, Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012) realizaron una investigación de corte transversal, cuyo objetivo fue asociar la salud oral y la calidad de vida en adultos mayores atendidos en el área de odontología de la universidad de Cartagena. Su muestra fue de 120 adultos mayores Colombianos, sus resultados encontraron una relación estadística con salud oral y el impacto negativo sobre calidad de vida según GOHAI ($p= 0,01$), al asociar este último con problemas de causa endodóntica (OR: 3,5; IC: 95% 1,4 – 8,4; $p= 0,004$). Concluyen que la autopercepción “mala” estuvo relacionada con higiene oral deficiente, problemas endodónticos e hipertensión. Por otra parte, Vasconcelos, L., Prado, R., Teles, J., & Mendes, R. (2012) realizaron una investigación de tipo transversal, teniendo como objetivo evaluar la autopercepción de la salud bucal en los ancianos del municipio Paranaíba al noreste de Brasil, su muestra fue de 321 adultos mayores brasileños, encontrando como resultado un CPOD promedio de 29.41. Sin embargo, la autopercepción de salud oral GOHAI fue “buena” en el 52%. El estudio concluyó que la autopercepción de

salud oral está más ligada a factores de índole subjetiva que a los hallazgos clínicos.

8. METODOLOGÍA

La presente investigación está estructurada en siete capítulos. En el primero se expone los antecedentes de investigación, la fundamentación científica de la variable y sus dimensiones, la justificación, el planteamiento del problema y los objetivos. En el segundo capítulo se presenta las variables en estudio, la Operacionalización, la metodología utilizada, el tipo de estudio, el diseño de investigación, la población, la muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presenta el resultado descriptivo. El cuarto capítulo está dedicado a la discusión de los resultados. El quinto capítulo está refrendado las conclusiones de la investigación. En el sexto capítulo se fundamenta las recomendaciones y en el séptimo capítulo se presenta las referencias bibliográficas. Finalmente se presenta los anexos correspondientes.

El método utilizado es deductivo hipotético porque se pretende llegar al conocimiento de su autopercepción de la calidad de vida en relación a su salud bucal. (Hernández, Fernández y Baptista (2010)

9. RESULTADOS

Tabla 3

Autopercepción de la calidad de vida y estado de salud oral.

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	27	33,8
Regular	28	35,0
Bueno	25	31,3
Total	80	100,0

En la figura se observa que la autopercepción de la calidad de vida en relación a su salud oral fue de 35% para regular, el 34% considera que es mala y el 31% considera que es buena. Pruebas que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

10. DISCUSIÓN

Este estudio determinó que la autopercepción sobre la calidad de vida en relación al estado de salud oral en los adultos mayores está directamente ligada entre ambas variables, es decir a una mejor autopercepción mejor será el estado de salud oral, además la presente investigación nos ayuda a identificar la calidad de vida y estado de la salud oral actual que perciben los adultos mayores, esto nos conlleva a identificar las carencias de este grupo etáreo de tal manera que nos orienta para poder implementar un mejor servicio e intervenir objetivamente la demanda más urgente; actualmente no existe un programa de salud bucal orientado al adulto mayor siendo ellos un grupo susceptible y de alto riesgo a tener o desarrollar enfermedades bucodentales.

11. CONCLUSIONES

Es la finalización de un proceso de investigación, es decir es el término de una cadena de eventos o circunstancias que están en función a los objetos planteados. Se caracterizan por su concisión.

12. REFERENCIAS

Aguilar, N., Vásquez, M. (2009). *Manifestaciones bucales en pacientes hipertensos bajo tratamiento antihipertensivo*. Arch Inv Mat Inf, 1(2), 90-94.

Arce, W. & Peraza, D. (2012). *Propuesta de un Plan de Mejora de Salud Bucodental en el Hogar del Adulto Mayor Alfredo y Delia Gonzales Flores de San Pablo de Heredia*. (Tesis de maestría). Recuperado de http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/arce_ramirez_william_sa_2012.pdf

13. RECONOCIMIENTOS

A todos los docentes de la Universidad César Vallejo por su apoyo invaluable y a los autores Aguilar y Arce.

Anexo 2. Matriz De Consistencia

Jonathan Enrique Zamora Gutiérrez

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODO
Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.	<p>PROBLEMA GENERAL ¿Existirá relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Existirá relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016?</p> <p>¿Existirá relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene bucal de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.</p> <p>Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene bucal de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el estado de salud oral de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de caries de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.</p> <p>Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el nivel de higiene bucal de los adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016.</p>	<p>VARIABLE 1 Autopercepción de calidad de vida</p> <p>VARIABLE 2 Salud oral</p>	<p>POBLACIÓN Totalidad de la Población Adulto mayor (PAM) atendida en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia Lima – Perú, 2016</p> <p>MUESTRA PAM que presente su consentimiento informado y cumpla los criterios de inclusión. Muestreo no probabilístico con voluntarios</p> <p>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN No experimental, descriptivo correlacional, transversal.</p> <p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS - Calidad de vida: encuesta estructurada. - Salud oral: examen clínico del paciente.</p> <p>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS - Calidad de vida: Índice GOHAI. - Salud oral: Índice CPOD (experiencia de caries) / Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillon (higiene oral).</p>

MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS

- Análisis descriptivo univariado.
 - La relación entre variables se determinará mediante la prueba de correlación de Spearman.
-

Anexo 3. Matriz de datos

Base de Datos Tesis Zamora - Microsoft Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Iniciar sesión

Calibri 11 Ajustar texto General Pegar Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

Q1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	Barra de fórmulas	W	X	Y	Z	AA
1	Enuestado 1	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	TOTAL	INDICE CPO-D	IHO-S										
2	Enuestado 1	1	4	3	1	5	5	1	4	5	4	4	5	42	28	3										
3	Enuestado 2	4	4	1	0	1	1	0	3	5	5	4	4	32	23	3										
4	Enuestado 3	5	5	5	4	2	5	1	0	5	5	5	5	47	28	2										
5	Enuestado 4	5	4	0	1	5	5	0	0	5	4	4	5	38	28	1										
6	Enuestado 5	5	5	0	0	0	0	1	3	5	5	5	5	34	14	2.6										
7	Enuestado 6	5	4	0	1	5	5	0	4	5	4	4	5	42	18	1										
8	Enuestado 7	5	5	0	0	1	0	0	5	5	5	5	5	36	12	3										
9	Enuestado 8	1	0	5	0	2	0	3	0	4	0	0	5	20	4	1										
10	Enuestado 9	5	5	4	1	3	0	5	4	5	5	5	0	42	26	1										
11	Enuestado 10	4	4	2	2	5	5	0	0	5	4	4	5	40	20	4										
12	Enuestado 11	4	5	3	2	0	0	3	0	1	4	5	0	27	32	0										
13	Enuestado 12	5	5	1	0	0	0	1	2	5	5	5	5	34	20	6										
14	Enuestado 13	5	5	1	0	0	0	1	4	5	5	5	5	36	29	4										
15	Enuestado 14	1	1	4	1	1	0	4	0	5	5	4	0	26	18	4										
16	Enuestado 15	3	3	4	4	1	1	1	2	4	4	4	1	32	23	3.5										
17	Enuestado 16	5	4	1	1	5	5	0	4	5	4	4	5	43	17	3.3										
18	Enuestado 17	0	0	4	1	1	0	2	1	4	0	0	0	13	32	0										
19	Enuestado 18	1	1	3	1	1	0	3	1	1	4	4	1	25	10	3.65										
20	Enuestado 19	5	5	1	1	1	0	0	1	0	5	5	5	33	25	4										
21	Enuestado 20	5	4	0	1	5	5	0	2	4	5	4	4	39	26	4										
22	Enuestado 21	5	5	0	0	0	0	1	3	5	5	5	5	34	30	0										
23	Enuestado 22	1	4	4	1	0	0	0	0	5	4	5	4	28	31	3										
24	Enuestado 23	2	4	5	1	1	2	5	0	2	0	5	2	29	32	0										
25	Enuestado 24	5	5	0	2	5	3	2	1	5	5	5	5	43	31	2										
26	Enuestado 25	1	4	0	1	0	1	4	0	5	4	5	5	30	32	0										
27	Enuestado 26	5	4	2	2	0	5	5	4	5	4	4	5	45	28	4										
28	Enuestado 27	0	1	5	5	2	5	5	2	5	4	4	5	43	31	4										
29	Enuestado 28	5	5	1	0	0	0	2	3	5	5	5	5	36	32	4										
30	Enuestado 29	5	5	0	0	1	0	5	3	5	5	5	5	39	32	0										
31	Enuestado 30	5	5	1	4	0	0	2	5	5	5	5	5	37	27	4										
32	Enuestado 31	5	5	2	3	4	5	0	0	2	4	3	4	37	30	0										
33	Enuestado 32	5	5	1	4	4	5	1	1	4	5	4	5	44	32	3										

Variables 1 y 2 Datos

Selecione el destino y presione ENTRAR o elija Pegar

04:13 p.m. 14/07/2017

Anexo 4. Instrumentos

NOMBRE Y APELLIDO: EDAD: Años

SEXO: Masculino Femenino

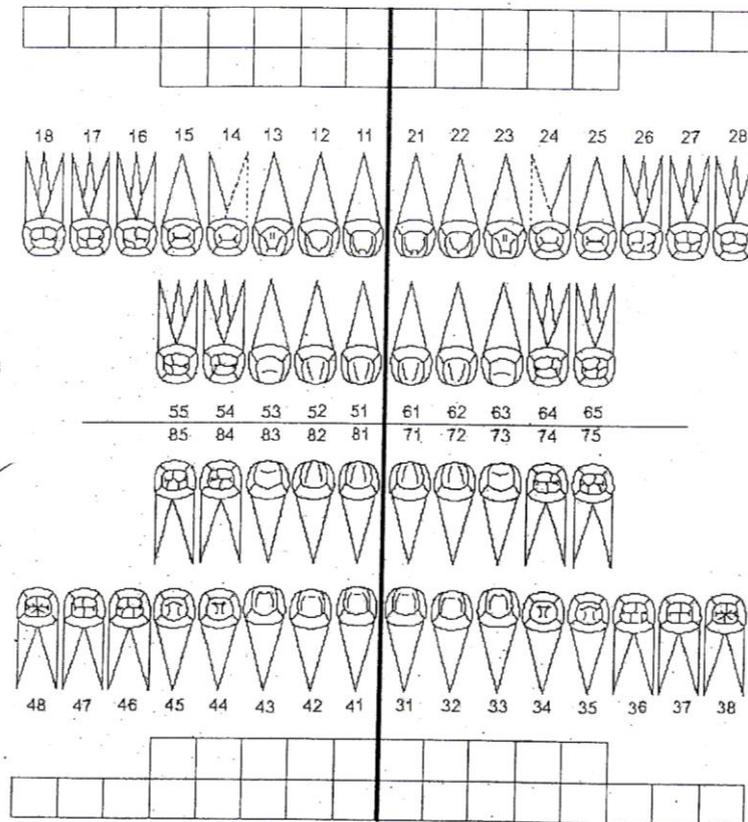
NIVEL EDUCATIVO:

Analfabeto Primaria Secundaria Superior

ENCUESTA

Preguntas: Con qué frecuencia en los tres últimos meses...	Siempre	Muy a menudo	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1.- ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida debido a sus dientes o dentadura?						
2.- ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comida como la carne o manzanas?						
3.- ¿Cuántas veces ha tragado bien?						
4.- ¿Cuántas veces no ha podido hablar bien debido a sus dientes o dentadura?						
5.- ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que deseaba debido a molestias?						
6.- ¿Cuántas veces no ha podido salir a la calle o hablar con la gente debido a sus dientes o dentadura?						
7.- Cuando se mira al espejo, ¿cuántas veces ha estado satisfecho de cómo se ven sus dientes o dentadura?						
8.- ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o molestias de su boca?						
9.- ¿Cuántas veces se ha dado cuenta que sus dientes o dentadura no están bien?						
10.- ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por problemas en sus dientes o dentadura?						
11.- ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por problemas en sus dientes o dentadura?						
12.- ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, calor o alimentos dulces?						

ODONTOGRAMA



Especificaciones: _____

 Observaciones: _____

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

	Max. superior	Max. inferior	Sumatoria de valores	Número de superficies consideradas	Índice de placa e Índice de cálculo	Índice de Higiene Oral Simplificado
PLACA						
CÁLCULO						

Anexo 5. Matriz Instrumento de Recolección de Datos

Lima,..... de..... del 201...

Estimada (o) participante

De mi mayor consideración.-

Mediante el presente documento tengo el agrado de invitarlo a participar en una investigación para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores.

Si usted está de acuerdo en participar, se le realizará un examen clínico y llenará el cuestionario que aparece a continuación. La información que se proporcione será de carácter reservado.

Agradeciendo su participación, me despido.

JONATHAN ZAMORA GUTIERREZ
Cirujano – Dentista

Mediante el presente documento manifiesto estar de acuerdo en participar voluntariamente para el referido estudio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

.....

(FIRMA)