



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**“SALUD BUCAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD
DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2021”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

Bach. MEDINA LOZA, JESÚS ROSAEL
<https://orcid.org/0000-0002-4889-5830>

ASESOR:

Dr. ARBILDO VEGA, HEBER ISAC
<https://orcid.org/0000-0003-3689-7502>

ICA-PERÚ
2022

DEDICATORIA

El logro de esta tesis se lo dedico en primer lugar a Dios, mi guía y mi fuerza.

A mis padres Jesús y Carmen, cuyo amor, paciencia y perseverancia me han permitido llegar y cumplir un sueño hoy. Debido a su gran labor en conjunto por sembrar en mí valores, optimismo y valentía, para saber afrontar las adversidades porque Dios está conmigo.

A mis hermanos José y Kelly por su desmedido amor y apoyo inquebrantable durante todo este proceso. A mi familia que me aconsejaron y brindaron palabras de aliento para ser cada día apoyándome en mis sueños y objetivos.

Por último, me gustaría dedicar esta tesis a todos y cada uno de mis amigos, por extenderme su mano en el momento que los necesité.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi universidad, gracias por permitir formarme en ella gracias a los doctores y doctora, que formaron parte directa o indirectamente de este proceso. Gracias a todos ustedes por hacer sus contribuciones día a día a la culminación de mi tiempo en la universidad.

Gracias infinitas a mis padres, que fueron mis mayores promotores a lo largo de este proceso, y a Dios, que fue mi principal fuente de apoyo y motivación cada día para seguir adelante sin dejar de hacerlo.

Este es un momento sumamente trascendental que deseo perduró, no sólo en la mente de los que agradecí, sino también en quienes tomaron el tiempo necesario para revisar mi tesis; les agradezco con todas las fibras de mi ser.

ÍNDICE

	pág.
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE DE CONTENIDO	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS .	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la realidad problemática.	12
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1 Problema general	14
1.2.2 Problemas específicos	14
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.4 Justificación de la investigación	14
1.5 Limitaciones del estudio	16
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.2 Bases teóricas	18
2.3 Definición de términos básicos.	28
CAPÍTULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES	30
3.1 Formulación de hipótesis principal y específica	30
3.2 Variables y definición operacional	30
3.3 Operacionalización de las variables	31
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
4.1 Diseño metodológico	32
4.2 Diseño muestral	32
4.3 Técnicas de recolección de datos	33
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	35
4.5 Aspectos éticos	35

CAPÍTULO V. RESULTADOS	36
5.1 Análisis descriptivo	36
5.2 Análisis inferencial	44
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
FUENTES DE INFORMACIÓN	54
ANEXOS	63
Anexo 1: Consentimiento informado	63
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	64
Error! Bookmark not defined.	
Anexo 3: Constancia de la investigación realizada	66
Anexo 4: Base de datos	67

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la muestra por edad .	36
Tabla 2. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo .	37
Tabla 3. Resultados descriptivos de la variable calidad de vida	38
Tabla 4. Resultados de la dimensión función física de la variable calidad de vida	39
Tabla 5. Resultados de la dimensión función psicosocial de la variable calidad de vida	40
Tabla 6. Resultados de la dimensión dolor e incomodidad de la variable calidad de vida	41
Tabla 7. Resultados de la variable salud bucal	42
Tabla 8. Resultados del CPOD en la muestra.	43
Tabla 9. Resultados de la prueba de normalidad de las variables ..	44
Tabla 10. Prueba de correlación de las variables del estudio	45
Tabla 11. Resultados de la prueba de correlación entre salud bucal y función física	46
Tabla 12. Resultados de la prueba de correlación entre la variable salud bucal y la dimensión función psicosocial de la variable calidad de vida	47
Tabla 13. Resultados de la prueba de correlación entre la variable salud bucal y la dimensión dolor e incomodidad	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad	36
Figura 2. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo	37
Figura 3. Resultados descriptivos de la variable calidad de vida	38
Figura 4. Resultados de la dimensión función física de la variable calidad de vida	39
Figura 5. Resultados de la dimensión función psicosocial de la variable calidad de vida	40
Figura 6. Resultados de la dimensión dolor e incomodidad de la variable calidad de vida	41
Figura 7. Resultados de la variable salud bucal	42
Figura 8. Resultados del CPOD en la muestra	43

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco – 2021. Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, explicativo - correlacional y diseño no experimental- transeccional, donde se empleó el cuestionario: para evaluar la calidad de vida se empleó el índice de salud oral geriátrico (Geriatric General Oral Health Assesment Index, GOHAI) el cual consiste un cuestionario con 12 ítems, con respuesta de escala tipo Likert; para evaluar la salud bucal, se acudió al índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a través de una ficha clínica odontológica con odontograma, aplicándose una muestra conformada por 65 adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios. Se obtuvo que el 60.0% de los encuestados consideró bajo nivel de calidad de vida y 92.3% presentó mala salud bucal. Se determinó, si existe relación entre salud bucal y las dimensiones de la variable calidad de vida, esto es: relación significativa, positiva y débil con función física ($p < 0.05$, $\rho = 0.386$); con función psicosocial ($p < 0.05$, $\rho = 0.341$) y con dolor e incomodidad ($p < 0.05$, $\rho = 0.358$). Así, se concluye que existe una relación significativa, positiva y débil entre las variables salud bucal y calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco – 2021 ($p < 0.05$, $\rho = 0.363$).

Palabras clave: salud bucal, calidad de vida, adulto mayor.

ABSTRACT

The research was to determine the relationship between oral health and the quality of life of older adults treated at the San Juan de Dios Hospital, Pisco - 2021. To demonstrate this objective, a quantitative, explanatory - correlational research was carried out. and non-experimental-transsectional design, where the questionnaire: to assess quality of life, the geriatric oral health index (GOHAI) was used, which consists of a questionnaire with 12 items, with a Likert-type scale response; and to evaluate oral health, the index of decayed, lost and filled teeth (CPOD) was used, through a dental clinical record with an odontogram, applying both to a sample made up of 65 older adults treated at the San Juan de Dios Hospital. . It was obtained that 60.0% of the respondents considered their level of quality of life low and 92.3% presented poor oral health. It was determined that there is a relationship between oral health and the dimensions of the quality-of-life variable, that is: significant, positive and weak relationship with physical function ($p < 0.05$, $\rho = 0.386$); with psychosocial function ($p < 0.05$, $\rho = 0.341$); and with pain and discomfort ($p < 0.05$, $\rho = 0.358$). Thus, it is concluded that there is a significant, positive and weak relationship between the variables oral health and quality of life in older adults treated at the San Juan de Dios Hospital, Pisco - 2021 ($p < 0.05$, $\rho = 0.363$).

Keywords: oral health, quality of life, older adult.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación denominada “Salud bucal y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco-2021” tiene el propósito de estudiar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida. En este estudio se considera la salud bucal desde una perspectiva de calidad de vida relacionada con la salud utilizando un concepto multidimensional que representa una combinación de deterioro, alteraciones y patologías que restringen el bienestar. Por lo cual, las enfermedades bucodentales son muy comunes y constituyen importantes problemas de salud pública motivado a su prevalencia e impacto en los individuos y la sociedad.

El enfoque de la calidad de vida relacionada con la salud oral ha brindado una mayor oportunidad para la investigación de las interrelaciones entre ambas. Las medidas de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental se están desarrollando y utilizando en la investigación en particular cuando se trata de adultos mayores, población que en algunos casos acumula enfermedades bucodentales no tratadas que pueden llegar afectar el funcionamiento físico, psicológico y social, aspectos importantes a la hora de evaluar la salud bucodental.

De manera que, en esta investigación se aborda la salud bucal, desde la evaluación física bucal, en la cual se permite valorar las piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas en adultos mayores; a fin de comprobar la relación con la calidad de vidas desde las funciones físicas (comer, hablar, tragar) psicosocial (relaciones interpersonales, ansiedad, pérdida de autoestima) y dolor e incomodidad (sensorial y emocional) en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Es de hacer notar, que un cirujano dentista es un especialista que se dedica en resolver problemáticas y patologías vinculada con la salud e higiene de la cavidad bucal, para ello implementa diversos tratamientos, exámenes, valoraciones físicas y de imágenes. Tal como el índice de dientes cariados, perdidos, obturados y odontograma, los cuales permiten identificar la prevalencia de alguna alteración, necesidad de atención y tratamiento. Con base a estas premisas antes descritas,

se ha estimado que el desarrollo de la investigación es importante en el contexto de la estomatología, con miras a realizar una contribución científica.

De manera que a continuación, se detallan los acápites que conforman la estructura del informe de investigación:

Capítulo I: se esboza la problemática detectada, las preguntas que conducen el estudio y los objetivos que orientaron las acciones desarrolladas. Adicional se destaca la importancia, viabilidad y limitaciones.

Capítulo II: El contenido de los antecedentes nacionales e internacionales; las bases teóricas del estudio, en forma de representación común de las variables y la definición de los términos fundamentales.

Capítulo III: Se refiere al desarrollo de la hipótesis general, específicas y la operacionalización de las variables

Capítulo IV: conformado por el diseño metodológico, las técnicas de recojo de datos, técnicas estadísticas para el procesamiento de la información, el diseño muestral y los aspectos éticos.

Capítulo V: se presentan las derivaciones descriptivas e inferenciales de la investigación, con su respectivo análisis e interpretación; que conducen a la discusión de los resultados en contraste con los estudios previos.

Asimismo, se presentan las conclusiones y recomendaciones alcanzadas como producto de la investigación. Por último, se establecen las fuentes de información examinadas y los anexos que complementan el proceso indagatorio.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los adultos mayores independientes y sanos favorecen al bienestar de la comunidad y la familia, por lo cual envejecer saludablemente es una oportunidad para mantener la calidad de vida e independencia⁽¹⁾. Sin embargo, aunque los individuos están viviendo mayor tiempo, esto no significa que sea precisamente con salud, bienestar, calidad de vida y teniendo sus necesidades satisfechas⁽²⁾. Así, se calcula que para 2050, se doblará la cantidad de personas > 60 años en el mundo. Para el 2025, los adultos mayores van a representar el 18.6% de la población total de la región de Latinoamérica, sin que esto se traduzca en una mejor calidad de vida, pues el alcance de esta oportunidad en gran medida va a depender de la salud⁽³⁾. La misma que se concibe como “una condición de bienestar físico, mental y social completo, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”⁽⁴⁾.

Desde entonces, se considera que la salud bucal es parte del bienestar general y la salud integral, al tener importancia para las actividades diarias como alimentación, comunicación y apariencia física⁽⁵⁾. Significa entonces, que es un determinante de la calidad de vida, la cual se modifica medida que una persona envejece, su salud se une cada vez más con su edad⁽⁶⁾; debido a que las enfermedades bucodentales muestran altas prevalencias en los ancianos⁽⁷⁾.

En este sentido, la calidad de vida en correspondencia a la salud bucal (CVRSB) se concibe como un concepto multidimensional, un atributo estrictamente personal, en el cual sus dimensiones cambian de una persona a otra, de un contexto a otro y de una cultura a otra; es por ello que, la evaluación en un paciente ejemplifica el efecto de una enfermedad y su tratamiento posterior en la percepción de su propia salud⁽⁵⁾. Además, los efectos que causa la salud bucal sobre la calidad de vida de adultos mayores es de especial interés para la salud pública⁽⁸⁾, a causa de una deficiente salud bucal esta afecta adversamente la calidad de vida de las personas mayores⁽⁹⁾.

De acuerdo, con la Organización Mundial para la Salud (OMS), estas enfermedades bucodentales son una carga importante para el sector salud a nivel mundial. Aproximadamente, 3,500 millones de personas se han visto afectadas

por enfermedades bucodentales; sobre todo en países de ingresos bajos y medianos, en los cuales no se puede prestar servicios de prevención y tratamiento de los trastornos de salud bucodental⁽¹⁰⁾ .

En el caso del Perú, para el año 2019 se reportó una prevalencia alta de afecciones de la cavidad oral; en consecuencia, es considerada uno de los doce principales problemas sanitarios del país, encontrándose que la población de adultos mayores es la más proclive a padecer estas dolencias. Sobre este particular, se registró el índice de adultos mayores atendidos en un servicio odontológico, encontrándose Lima Metropolitana (29.1%) con el mayor porcentaje, en comparación con el resto de regiones Selva (14.5%), Costa (17.7%) y Sierra (18.2%), las cuales registraron menores porcentajes⁽¹¹⁾.

De forma similar, se muestra en el Hospital San Juan de Dios, Pisco, en donde los pacientes adultos mayores presentan deficiencias en la higiene oral, la cual va en avance conforme a la edad; dentro de las principales causas de atención se encuentran presencia de periodontopatías y caries, las cuales componen los factores principales responsables de la pérdida de piezas dentales a estas edades, a su vez, derivaba en trastornos físicos y psicosociales. En este sentido, el envejecimiento de la población es uno de los principales aspectos, que incide en la prevalencia de las enfermedades sistémicas y bucodentales⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, garantizar que los adultos mayores tengan acceso a los servicios sanitarios básicos no es suficiente; también debemos considerar su calidad de vida.

Hechas las consideraciones anteriores, surge la siguiente interrogante de investigación ¿Cuál es la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021?, con base a ello se pretende abordar la evaluación de la salud bucodental con la percepción del paciente, pues cada individuo reacciona de forma particular, posee una percepción de su calidad de vida y afectaciones sobre su salud bucal. Lo cual, desde el punto de vista del especialista en estomatología, constituye un reto, a los fines de la prevención de enfermedades bucodentales en pacientes adultos mayores, quienes en su mayoría no prestan atención debida a ello.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la salud bucal y la función física en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021?

¿Cuál es la relación entre la salud bucal y la función psicosocial en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021?

¿Cuál es la relación entre la salud bucal y el dolor e incomodidad en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.2 Objetivo general

Determinar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre la salud bucal y la función física en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Determinar la relación entre la salud bucal y la función psicosocial en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Determinar la relación entre la salud bucal y el dolor e incomodidad en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

La importancia de esta investigación radica en que en Pisco no existe un estudio similar; y en el Hospital San Juan de Dios, se atiende a ancianos y no se conoce si

hay alguna relación entre la salud bucal y su calidad de vida, de esto se desprende su relevancia: El estudio es significativo desde el punto de vista teórico porque proporcionará datos actuales sobre cómo los adultos mayores percibían su salud bucal y cómo afecta a su calidad de vida. Por ende, este estudio genera contribuciones sustanciales y valiosas para el desarrollo de las líneas de investigación de la gerontología y las ciencias de la salud, con el fin de convertir esta experiencia en una referencia teórica.

Asimismo, es de interés social, ya que la enfermedad de salud bucal es considerada un problema sanitario en el país, son comunes en los adultos mayores por su prevalencia influyendo en la calidad de vida afectando actividades como masticar, su apariencia física y relaciones interpersonales. Por lo tanto, es un estudio de gran importancia y relevancia, teniendo en cuenta la necesidad, expresada por los organismos internacionales, los gobiernos, las organizaciones y la sociedad civil, de un enfoque holístico al cuidado de las personas que han alcanzado la tercera edad, cuyas necesidades y condiciones de vida son una responsabilidad compartida a escala global.

Acaba adquiriendo importancia práctica como resultado de la implicancia en la necesidad de una atención adecuada, para que, en el futuro, los adultos mayores cuya salud bucal deficiente sea restablecida y disfruten de una mayor calidad de vida. Como resultado de la información proporcionada al personal hospitalario se establezcan protocolos de atención dental para adultos mayores. En consecuencia, la investigación permitirá una mayor comprensión de cómo prestar una mejor atención a los adultos mayores, con la expectativa de que se obtengan hallazgos claros y fiables que ayuden al diagnóstico oportuno de esta población de pacientes.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

La investigación es viable, porque a través de los permisos de la dirección del Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021, se facilitará el acceso a la población y a la muestra del estudio necesarios para su desarrollo para cumplir con las medidas sanitarias relacionadas con la pandemia.

Adicionalmente, se cuenta con el recurso humano, la disponibilidad y experiencia académica-laboral del investigador, el apoyo desinteresado del personal del hospital, debido al interés que genera este estudio por los resultados que pueda arrojar. En términos de recursos financieros, el coste de la investigación es asequible, y está disponible para llevar a cabo su ejecución, así como la disponibilidad de tiempo.

1.5 Limitaciones del estudio

Las restricciones sanitarias que pueden surgir en el escenario de una pandemia de COVID-19 se destacan como una limitación debido al riesgo de la población de la tercera edad, que será mitigado con medidas de bioseguridad de separación social, máscaras dobles y máscaras faciales.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Martínez T. (2017) Ecuador; llevó a cabo su proyecto de investigación con la finalidad de valorar la calidad de vida de edéntulos totales con la aplicación de GOHAI en los ancianos de un Hogar. El mismo fue de tipo observacional, descriptivo y también transversal con una muestra de 62 ancianos. Se halló significativa diferencia ($p=0.002 < 0.05$) demostrando que los ancianos que tienen un alto nivel socioeconómico tienen una adecuada calidad de vida, y los que tienen nivel medio y bajo tienen una calidad de vida inadecuada. Además, los ancianos que padecían de alguna enfermedad sistémica revelaron una mala calidad de vida ($p=0.002 < 0.05$) al igual que quienes presentaron edentulismo total ($p=0.000 < 0.05$). Concluyó, que la calidad de vida de los adultos mayores del Hogar, se vio influida por los dominios psicológico, físico, y dolor e inconformidad⁽¹⁵⁾.

Medrano N. et al. (2017) Chile; efectuaron un estudio correlacional, cuasi-experimental para evaluar el efecto del tratamiento protésico convencional técnicamente correcto, sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral y sus dimensiones, la muestra estuvo representada por 149 adultos mayores (102 mujeres y 47 hombres) a quienes se les aplicó el OHIP - 49 en español y la calidad técnica protésica (CET1). Observaron una correlación directa significativa con el impacto la calidad de vida relacionada con la salud oral y la calidad de las prótesis ($p= 0.036$) y una correlación inversa, altamente significativa ($p= 0.026$) en la dimensión discomfort psicológico. Concluyeron, con una diferencia de 41.03 puntos de OHIP49, que las prótesis totales de buena calidad favorecen significativamente la calidad de vida con respecto a la salud ora de adultos mayores chilenos⁽¹⁶⁾.

Padilla M. et al. (2017) México; determinaron el estado de dentición medición el CPOD, asociado con la calidad de vida, la investigación realizada en la ciudad México, fue descriptiva, correlacional y transversal, con una población constituida por 250 personas. Los resultados, demostraron que el Índice CPOD la media fue de 1.04 para dientes cariados, 7.9 perdidos y 4.9 dientes obturados. Se encontró que limitación funcional (2.33) y malestar psicológico (1.67), es así que, al

correlacionar el estado de dentición y la calidad de vida se encontró un coeficiente significativo, $Rho=0.312$ ($p= 0.002 < 0.05$). Concluyeron, que hay un impacto negativo de la salud oral sobre la calidad de vida en la población, en cuanto al estado de dentición y las dimensiones de calidad de vida, la correlación fue baja⁽¹⁷⁾.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Peralta M. (2020) Huancayo; presentó su tesis de tipo básica, correlacional y no experimental, que tuvo como finalidad determinar la relación entre el estado de salud a nivel odontológico, y la autopercepción, medida mediante del índice GOHAI y el CPOD, en personas de la tercera edad de una clínica Geriátrica, cuya muestra fueron 190 adultos mayores, empleándose la técnica de la observación y la encuesta. Los resultados señalaron un coeficiente de correlación de Spearman, $Rho=0.326$ y un p - valor= $0.000 < 0.05$, además, un elevado índice de deterioro de salud bucal (53.7%), riesgo de caries alto (77.4%), enfermedad periodontal (88.4%) y una auto-percepción regular sobre la calidad de vida coligada a la salud a nivel dental (80.5%). Ante ello concluyó, sobre la existencia de una correlación entre la salud bucal y la autopercepción de la salud bucal en personas de la tercera edad⁽¹⁸⁾.

Pretel I. (2019) Chiclayo; en un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fue relacionar la calidad de vida y salud bucodental en personas de la tercera edad del pueblo Joven San Antonio Chiclayo 2018, utilizó como muestra 187 ancianos del pueblo joven San Antonio, se les administró el instrumento para valorar la calidad de vida GOHAI. Resultando que la calidad de vida regular, estuvo representada por un 50.27%, la mala calidad de vida (44.39%) y buena calidad (5.35%). En cuanto a la salud bucodental, se registró una salud bucodental regular (65.78%), mala (20.86%) y buena (13.37%), lo que le llevó a concluir que la relación existente entre ambas variables es significativa con un $t= 2.24$ y un valor $p=0.048$ ($p < 0.05$), en consecuencia, la calidad de vida del adulto mayor tiene relación con su salud bucodental⁽¹⁹⁾.

2.2 Bases teóricas

Las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial, pueden aparecer a partir de los 18 meses y en cualquier etapa de la vida, situación que la convierte en un área descuidada, requerida de atención e integración de los

servicios esenciales para dar respuesta a las necesidades de salud de la población⁽²⁰⁾.

2.2.1 Salud bucal

Está definida como la carencia del dolor bucal o facial, cáncer oral, enfermedad periodontal, caries dental y pérdida de piezas dentales, incluyendo alteraciones y patologías que restrinjan en la persona la capacidad de reír, conversar, triturar, masticar o su bienestar a nivel psicosocial^(10,21).

De igual manera, es considerada como diversa, al incluir variadas capacidades que favorecen la transmisión de un cúmulo de emociones mediante una expresión facial, con confianza, sin dolor e incomodidad^(22,23). De esta manera, las actividades habituales tales como hablar, comer, sonreír y también las contribuciones creativas a la comunidad son concluyentes del bienestar de un individuo, en tanto que, la salud bucal es parte integral del bienestar en general⁽²⁴⁾.

De manera que, la salud bucal es un componente integral de la salud general, que está determinada por múltiples factores, incluidos los grados de higiene bucal, los programas dentales, la conciencia sobre la salud bucal en la población general y la accesibilidad a los profesionales de la salud dental⁽²⁵⁾. En este sentido, la salud bucal se relaciona con las siguientes características:

Es un elemento esencial de la salud, del bienestar físico y mental⁽²³⁾.

Muestra las funciones físicas, fisiológicas, sociales y psicológicas básicas para una calidad la vida⁽²³⁾.

Se ve influenciada por las percepciones, experiencias y perspectivas variables en cada persona, igualmente, por su adaptación a diversas situaciones⁽²³⁾.

En este sentido, la promoción de la salud bucal, la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención oportuna son aspectos cruciales para la salud bucal, donde los procedimientos dentales preventivos y de rutina deben realizarse de manera segura con ciertas precauciones de acuerdo a la población de atención. Como en cualquier otro sistema, la cavidad oral sufre una serie de cambios y, como resultado, los profesionales de la atención dental deben prestar especial atención a ella, quienes son los encargados de preservar y promover la salud bucal en cualquier etapa de la vida. Por consiguiente, estos llevan a cabo estrictamente

procedimientos de odontología general, centrando todas las modalidades de tratamiento en la prevención de las enfermedades orales, para el control regular y el manejo de estas⁽²⁶⁾.

2.2.2 Cavidad bucal

La boca y la cavidad bucal son puntos centrales para la interacción del cuerpo con el entorno exterior. El habla, la masticación, la deglución y las primeras etapas de la digestión son funciones fisiológicas vitales en las que interviene. Existen múltiples tipos de superficies en la cavidad oral y cada una está colonizada por una población única de 500-700 especies de bacterias, virus, hongos y protozoos, un buen número de los cuales son significativamente virulentas, de modo que el nivel de higiene bucal influye considerablemente en la composición del microbioma oral. También, está integrada por una compleja mezcla de fluidos compuesta principalmente por saliva y líquido crevicular gingival, que contribuye significativamente a mantener un saludable entorno oral saludable⁽²⁷⁾.

Dentro de los cambios que experimenta la cavidad bucal, se encuentra la función disminuida de la glándula salival, asociada comúnmente al paso de los años. Se hacen posibles numerosos fenómenos sensoriomotores gracias a la presencia de la saliva, que protege la cavidad oral, la vía aérea superior y el tracto digestivo y facilita su función. Por lo tanto, la ausencia de saliva tiene numerosos efectos negativos en el huésped. Al igual que la mucosa oral realiza funciones de protección esenciales que tienen un impacto significativo en la salud y el bienestar general del paciente. Una disminución de la función de barrera protectora de la mucosa oral podría exponer al huésped envejecido a numerosos patógenos y productos químicos que entran en la cavidad oral como resultado de las actividades diarias. Tanto el epitelio como las capas de tejido conectivo de la mucosa oral tienen importantes funciones defensivas⁽²⁸⁾.

Asimismo, los cambios macroscópicos que tienen lugar en los dientes cambio de forma, el desgaste y la atrición afectan la forma del diente y estas ocurren con la edad. Entonces, los cambios de edad tienen implicaciones clínicas importantes en la morfología de los dientes, ya que estos cambios pueden afectar a los resultados de los tratamientos restaurativos y tener un impacto significativo en las respuestas de reparación. Incluso los cambios en la estructura y la función asociados al

envejecimiento pueden afectar a la respuesta del huésped a los microorganismos de la placa e influir en la tasa de destrucción periodontal en los adultos mayores, ya que la recesión gingival provoca una mayor zona de retención de la placa⁽²⁸⁾.

2.2.3 Salud bucal del adulto mayor

El envejecimiento es un proceso natural, debe considerarse como un fenómeno biológico normal e inevitable. Las personas de 65 a 74 años son los nuevos adultos mayores, que tienden a ser relativamente saludables y activos; las personas de 75 a 84 años son mayores o de mediana edad, desde las que son saludables y activas hasta las que gestionan una variedad de enfermedades crónicas; y los adultos mayores de 85 y más años son los adultos mayores, que tienden a ser más físicamente frágiles. Este grupo es el segmento de mayor crecimiento de la población de adultos mayores⁽²⁸⁾.

De acuerdo con las características físicas, fisiológicas, psicosociales y emocionales de los adultos mayores los identifican como un conjunto poblacional de alto riesgo de desnutrición. Sus dietas son frecuentemente monótonas, con bajo contenido de energía y nutrientes, incluso por el mal estado de salud oral que presentan. Esta es una de las causas más frecuentes de desnutrición debido a su efecto sobre la masticación y la deglución, por cuanto la masticación deficiente está relacionada con la pérdida de dientes, falta de saliva, fuerza de masticación y problemas de maloclusión. Dado que la salud bucodental es un factor de riesgo modificable, su mejora reduciría el riesgo de problemas de masticación, deglución y las deficiencias nutricionales que pueden ocasionar⁽²⁹⁾.

Aunado a ello, las personas mayores no son conscientes de los problemas de salud bucodental que prevalecen en su grupo de edad o desconocen que estos problemas pueden prevenirse o abordarse, pueden estar menos dispuestas a buscar atención dental. También, pueden enfrentarse a barreras para recibir atención dental como, por ejemplo: bajo nivel de educación, bajos ingresos, falta de seguro dental, mal estado de salud y la creencia que no necesitan atención dental; situaciones que sugieren evaluar la salud bucal en adultos mayores. Aunque, en comparación con generaciones anteriores, las personas de 65 años en adelante, ahora son más propensas a conservar sus dientes, igualmente están

propensos a padecer enfermedades periodontales, caries radicular y cáncer oral⁽³⁰⁾.

2.2.4 Enfermedades de la cavidad bucal del adulto mayor

El envejecimiento se vincula con la degeneración de funciones vitales, es un proceso indetenible que disminuye las destrezas físicas y, en ocasiones, impide el cumplimiento con la rutina de la higiene oral, ocasionado enfermedades orales y dentales que están estrechamente relacionadas con el estilo de vida⁽³¹⁾, tales como:

Caries dentales. Es una enfermedad multifactorial en la que los factores del huésped, la dieta y la placa dental interactúan. También se produce por factores genéticos y medioambientales⁽³²⁾. Es la principal causa de pérdida de dientes y puede afectar la calidad vida, a consecuencia del dolor e incomodidad al no ser tratadas y provocar desfiguración. Además, se asocia en algunos casos con la pérdida de peso e incluso afecta las funciones cognitivas del adulto⁽³³⁾. En consecuencia, La caries sigue siendo un problema de salud oral importante en los adultos mayores debido al aumento del tratamiento y el mantenimiento de los dientes en lugar de su extracción; los cambios de saliva relacionados con la edad; la mala alimentación; la exposición de la superficie de la raíz por la recesión gingival; y el aumento de la probabilidad de tratamiento farmacológico con la xerostomía como efecto secundario. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes preservando sus dientes naturales y evitando la necesidad de dispositivos removibles o prótesis, el procedimiento de restauración actual está diseñado para eliminar la mayor parte del diente afectado y centrarse en la remineralización del diente afectado con flúor⁽²⁹⁾.

Pérdidas dentales. Al paciente con pérdidas dentales totales o parciales se le denomina edéntulos. La falta de dientes en una persona puede alterar su condición física, anímica y de salud⁽³⁴⁾. Además, ocasiona secuelas estéticas y funcionales que son asociadas a sentimientos de inferioridad, invalidez e inconveniencia percibida por los adultos mayores⁽³⁵⁾. Aunado a ello, puede afectar su dieta, modificar la absorción de vitaminas, minerales esenciales y la calidad del proceso digestivo, lo cual puede derivar de deficientes hábitos de higiene bucal, caries

dental, enfermedades periodontales, traumatismo, tratamientos curativos y de rehabilitación, entre otros ⁽³⁶⁾.

Enfermedad periodontal. Se manifiestan en experiencias de dolor, dificultad al masticar, sonreír y comunicarse, en consecuencia, generan un impacto en la salud y la calidad de vida de los adultos mayores. Se trata de una enfermedad crónica inflamatoria, que estimula la contaminación, lo que conlleva la destrucción de los tejidos, específicamente los de soporte del diente, presencia de sangrado, movilidad dental, disfunción masticatoria, piezas dentarias perdidas u obturadas ⁽³⁷⁾. Los datos epidemiológicos sobre las enfermedades periodontales indican que los hallazgos más comunes en los mayores son la acumulación de placas bacterianas, la gingivitis y la pérdida de hueso alveolar leve a moderada, lo que hace que la incidencia de la periodontitis grave aumente con la edad⁽²⁹⁾.

2.2.3 Calidad de vida

Se considera a la percepción que tiene una persona de su lugar en la vida en un contexto cultural, así como el sistema de valores que desarrolla basándose en sus objetivos, preocupaciones, expectativas y normas. Por lo tanto, abarca la salud psicológica y física, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la interacción con el entorno⁽³⁸⁾.

Significa entonces, que es un estado de satisfacción general, procedente del desarrollo de las potencialidades de un sujeto, en donde se interrelaciona aspectos subjetivos con objetivos. En efecto, es una sensación de tipo subjetiva de bienestar holístico⁽²¹⁾. Es decir, tener un estado excelente de salud es equivalente a tener una óptima calidad de vida, en consecuencia, es una de las particularidades más importantes en la calidad de vida; lo que ha supuesto, un mayor énfasis en la evaluación y el estudio de la accesibilidad y empleo de los servicios de salud, las consecuencias que arrojan algunas patologías y la calidad de los tratamientos recibidos⁽¹⁵⁾.

El concepto de calidad de vida correspondiente a la salud se concibe como la percepción del paciente de su nivel de bienestar, que va desde la perspectiva propia del individuo hasta la evaluación de su salud^(5,39).

En virtud de esto, la calidad de vida relacionada con la salud es un constructo complejo y multidimensional compuesto por un conjunto de conceptos. Hoy en día es bien conocido que puede ser modulado directa o indirectamente por desequilibrios en la salud como enfermedades, trastornos o lesiones, siendo sensible a los signos, síntomas y efectos del tratamiento. Por lo tanto, puede evaluarse tanto por enfoques generales como específicos, como por ejemplo a través de la salud bucal que, por otro lado, se evalúa estimando el impacto de los síntomas, las discapacidades o las limitaciones que pueden alterar el bienestar de un individuo⁽⁴⁰⁾.

En el caso de las personas de la tercera edad, la calidad de vida está correspondida con factores como la edad, la situación médica y riesgo a padecer alguna afección lo que podría desmejorar su salud oral. Es el caso de la ausencia de piezas dentales que influye en la nutrición del mismo sumado a esto otras patologías orgánicas, sistémicas, metabólicas que podrían alterar la cavidad oral. Al tener problemas, a nivel de la salud bucal, se afecta la calidad de vida del anciano afectando aspectos psicológicos, biológicos a él y sobre cualquier otro individuo⁽³⁶⁾.

En este sentido, una buena salud bucal favorece a la calidad de vida en los adultos mayores, por medio de diferentes funciones físicas, como la masticación, deglución, habla, el bienestar psicológico, autoestima, estética, comunicación interpersonal y las relaciones afectivas. Es decir, cuando la salud bucal está comprometida la calidad de vida del anciano se deteriora⁽³⁹⁾.

Para los adultos mayores, la calidad de vida está relacionada con las condiciones fisiológica, patológica, psicosocial, sociocultural, económica y ambiental. Esta calidad de vida influye directamente en el nivel de deterioro funcional, la morbilidad y la discapacidad. Pues con el envejecimiento, el cuerpo pasa por algunos cambios, y la boca suele reflejar, en la edad avanzada, las condiciones en las que estas personas vivían, el higiene y mantenimiento de la salud oral⁽⁴¹⁾.

Asimismo, la calidad de vida es un conocimiento multidimensional, que auto-reporta la percepción de la salud bucodental, englobando el impacto funcional, psicológico y social de las enfermedades bucales. En las tres últimas décadas, se ha acrecentado su uso y medición, componente esencial de la investigación sobre la salud bucodental, los ensayos clínicos y otros estudios de evaluación de los

resultados en programas preventivos y terapéuticos para mejorar la salud oral de los adultos mayores⁽⁴²⁾.

Por cuanto, los pacientes acuden a los profesionales de la salud bucodental para tratar sus problemas actuales o, mejor aún, para prevenir problemas futuros. La percepción del paciente del estado de su salud bucodental puede correlacionarse con la noción de calidad de vida. Este concepto pretende hacer medible la experiencia del paciente ⁽⁴³⁾.

No obstante, el estado de salud percibido por el paciente de salud no es un reflejo determinista de la situación de salud física, sino que está determinado por factores individuales (características de personalidad), factores ambientales (entorno físico, social, familiar y amigos). En donde la salud general se ve afectada por enfermedades orales; grupo amplio, frecuente y a menudo crónico que tienen impactos específicos en los pacientes, y estos impactos están representados por el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucodental. Dado que la reducción y la eliminación del efecto de las enfermedades orales es parte del objetivo de la atención sanitaria e intervenciones odontológicas, en otras palabras, mejorar la calidad de vida del paciente⁽⁴⁴⁾.

En consecuencia, la calidad de vida del adulto mayor es una situación que debería ser satisfactoria y poseer una adecuada calidad de vida y la salud oral ⁽²²⁾. Se muestra claramente que, el desarrollo de medidas para evaluar el estado de salud bucal es fundamental para la evolución y maduración de un conocimiento científico basado en la odontología geriátrica. Su desarrollo como ramas de la atención clínica depende en parte de la capacidad de demostrar una comprensión eficaz de los problemas y soluciones que deben ser enfrentados por los de los tercera edad. Cualquier estrategia para alterar el estado de salud de estos requiere una evaluación, que facilite el diagnóstico y las intervenciones adecuadas⁽⁴⁵⁾; atendiendo a las siguientes consideraciones:

La salud bucal se puede medir utilizando los autoinformes de los pacientes⁽⁴⁵⁾.

Los niveles de salud oral de los pacientes varían, y esta variación puede medirse utilizando una medida declarada por el paciente⁽⁴⁵⁾.

Se pueden identificar predictores de autoinformes de salud oral⁽⁴⁵⁾.

Por lo cual, la evaluación de la calidad de vida mediante el índice de salud oral geriátrico (Geriatric General Oral Health Assessment Index, GOHAI) permite comprender la capacidad de funcionamiento de un individuo⁽⁴⁶⁾ con base, a tres supuestos que lo fundamentan⁽⁴²⁾:

La autoevaluación, permite medir la salud bucodental.

El grado de salud bucodental varía entre los individuos, basada en su autopercepción.

La autopercepción, se ha identificado como predictor de la salud bucodental.

En este propósito, el GOHAI, mide los problemas funcionales orales informados por el paciente. Fue desarrollado para identificar el grado de impacto psicosocial asociado a las enfermedades bucodentales. Se utiliza para evaluar la eficacia del tratamiento dental. Incluye elementos relacionados con la ausencia de dolor e infección, la capacidad del paciente para continuar con sus roles sociales ⁽⁴⁷⁾. En tanto, las categorías de respuesta:

Brindan información aceptable sobre la salud bucal de los pacientes⁽⁴⁷⁾.

Ayuda en el juicio clínico ⁽⁴⁷⁾.

Determina qué problema ocurre con más frecuencia⁽⁴⁷⁾.

Al mismo tiempo, es un instrumento de uso frecuente que tiene como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en poblaciones de mayor edad, actualmente es recomendado para este tipo de estudio. Encontrándose en inglés la versión original, sin embargo, se ha traducido a diferentes idiomas, extendiendo su aplicación. Consta de tres dimensiones: Entre las que se tienen a la función física, función psicosocial y dolor/malestar ⁽⁴⁸⁾.

Significa entonces, que es importante diferenciar los hechos que hayan tenido un impacto en la salud bucodental de un paciente, que se haya presentado a menudo durante el último año o durante el último día. No sólo interesa la presencia del problema, sino el nivel del impacto, normalmente se evalúa la frecuencia o la intensidad de estos, estas puntuaciones caracterizan la posición del paciente en el espectro del atributo objetivistas. El impacto de las enfermedades bucodentales

difiere de una enfermedad a otra; para ser representativo los pacientes deben estar afectados por varias patologías comunes ⁽⁴⁴⁾.

Con base a ello, se desprenden las dimensiones de calidad de vida en relación con la salud bucodental:

Función física. Se refiere a la autopercepción del estado físico, sin presencia de síntomas ocasionado por enfermedades o efectos de tratamientos adversos ⁽²¹⁾. Está relacionada con los procesos de hablar, comer y deglutir; así como, la descripción de las restricciones e incapacidades, en la forma de movilidad, dolor y limitaciones⁽⁴⁶⁾.

El estudio de esta categoría pretende suprimir restricciones e incapacidades que afectan por el ejemplo, cambio en el tipo de alimentación por ausencia de dentadura, deglutir plácidamente e impedimento la comunicación oral eficiente ⁽⁴⁹⁾.

Función psicosocial. Consiste en la autopercepción del sujeto sobre su estado cognitivo, afectivo; pérdida de autoestima, ansiedad, miedo, incomunicación e incertidumbre sobre el futuro. Del mismo modo, circunscribe las creencias personales, religiosas y espirituales para comprender el significado de la vida y la actitud ante el desconsuelo ⁽²¹⁾.

Esta dimensión se centra en la intensidad y la frecuencia del sufrimiento a nivel psicológico y la satisfacción vital, simbolizada por la preocupación por la salud bucal, la satisfacción o insatisfacción de su apariencia, la autoconciencia sobre su salud bucal y la evitación del contacto social como resultado de problemas bucales⁽⁴⁶⁾. Es una condición reportada con frecuencia que limita las interrelaciones por la autopercepción, preocupación del individuo y disconformidad con aspecto de la cavidad bucal ⁽⁴⁹⁾.

Dolor e incomodidad. Constituye la autopercepción de la salud en general, refleja valores, actitudes y necesidades sobre la salud del individuo⁽²¹⁾, personificado por el uso de fármacos para mejorar malestar o dolor a nivel de la cavidad bucodental ⁽⁴⁶⁾.

Es de hacer notar, que el dolor es una de las causas de la incomodidad, es una sensación física desagradable, predictora de un malestar; pero no todas las molestias pueden atribuirse al dolor. Por consiguiente, la adecuación del

tratamiento correcto al síntoma puede conducir a la disminución del sufrimiento del paciente y al fomento de su comodidad, al favorecer que pueda alimentarse sin dolor e incomodidad o sensibilidad en las encías⁽⁵⁰⁾.

Finalmente, un enfoque de calidad de vida relacionada con la salud bucodental beneficia a:

Los cirujanos dentista, en la selección de tratamientos y el seguimiento de los resultados de los pacientes.

Los investigadores, en la identificación de determinantes de la salud, la supervisión de las concentraciones de factores de riesgo y la determinación de la utilización de los servicios de la población.

Los encargados de formular políticas que establecen prioridades, políticas y decisiones de financiación programáticas e institucionales

2.3 Definición de términos básicos

Adulto mayor: Persona adulta mayor de 60 años según los criterios adoptado por las Naciones Unidas ⁽⁵¹⁾.

Autoestima: Es la valoración, percepción o juicio positivo o negativo que una persona hace de sí misma en función de la evaluación de sus pensamientos, sentimientos y experiencias ⁽⁵²⁾.

Caries dental: Se suceden por desmineralización, que se produce cuando los ácidos producidos por la fermentación del carbono bacteriano destruyen los tejidos dentales y pueden dar lugar a la pérdida de un diente ⁽⁵³⁾.

Diente: Son la parte más importante de la boca a través de ellos el individuo puede masticar, triturar alimentos nutritivos ⁽⁵²⁾.

Dimensión física: Es la autopercepción del estado físico ⁽²¹⁾.

Dimensión psicológica: Es la apreciación del sujeto de su estado afectivo y cognitivo ⁽²¹⁾.

Dimensión social: Es la auto-percepción de la persona de las relaciones a nivel interpersonal y roles sociales ⁽²¹⁾.

Edentulismo: Pérdida parcial o total de los dientes⁽¹⁵⁾.

Enfermedad periodontal: Es una infección que daña el tejido que da soporte al diente por lo general, esta enfermedad se presenta por malos hábitos de cepillado ⁽²²⁾.

Envejecimiento: El Proceso de cambios anatómicos, funcionales y psicológicos que comienzan en el nacimiento y continúan a lo largo de la vida ⁽⁵⁴⁾.

Placa dental: Es una sustancia blanda de color blanco y amarillo se forma por acumulo de bacterias y resto de alimentos formando sobre el diente por el crecimiento y colonización de microorganismos ⁽⁵³⁾.

Salud bucal: Es una parte muy importante para la salud en general: tener la boca, los dientes y las encías sanas son aspectos clave para poder tener una vida saludable ⁽¹⁰⁾.

Salud: Un estado de salud físico, mental y social completo, no solo la ausencia de enfermedad ⁽²¹⁾.

CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis principal y específica

3.1.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

3.1.2 Hipótesis específicas

Existe relación significativa entre la salud bucal y la función física en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Existe relación significativa entre la salud bucal y la función psicosocial en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Existe relación significativa entre la salud bucal y el dolor e incomodidad en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

3.2 Variables y definición operacional

Variable 1: Salud bucal

Definición conceptual: es la ausencia de enfermedades y afecciones a nivel bucodental ⁽¹⁰⁾.

Definición operacional: corresponde a la cantidad de piezas dentarias cariadas, perdidas u obturadas que presente el adulto mayor., en su evaluación física bucal.

Variable 2: Calidad de vida

Definición conceptual: percepción del paciente sobre su nivel de bienestar, comprende la evaluación de su propia salud desde la perspectiva del individuo ⁽⁵⁾

Definición operacional: En relación con la salud, la percepción de sí mismo de los adultos mayores en relación con las funciones psicosociales, físicas, el malestar y el dolor funciona como un componente de su calidad de vida.

Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicador	Escala de Medición	Valor	
Variable 1: Salud bucal.	Evaluación física bucal	-Piezas dentarias cariadas. -Piezas dentarias perdidas. -Piezas dentarias obturadas.	Cualitativa/Ordinal	26 a 32 dientes sanos 16 a 25 dientes sanos ≤ 15 dientes sano.	
Variable 2: Calidad de vida.	Función física	-Comer. -Hablar. -Deglutir o tragar.	Cualitativa/Ordinal	Alta: 19-20 Media: 17-18 Baja: 4-16	Puntuación total: Alta: 57-60 Media: 51-56 Baja: menos de 50
	Función psicosocial	-Relaciones interpersonales. -Ansiedad. -Pérdida de autoestima.	Cualitativa/Ordinal	Alta: 25-30 Media: 19-24 Baja: 6-18	
	Dolor e incomodidad	-Sensorial. -Emocional.	Cualitativa/Ordinal	Alta: 9-10 Media: 5-8 Baja: 0-4	

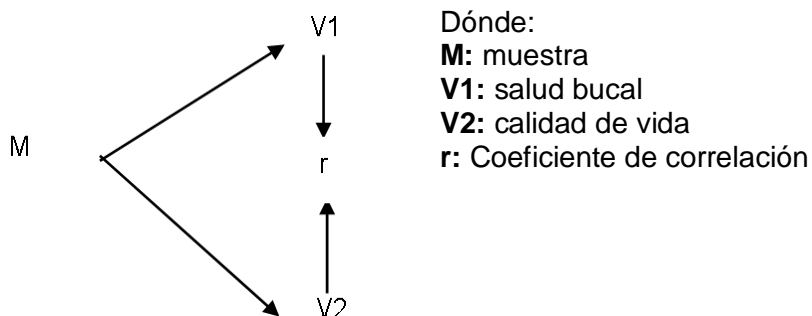
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño metodológico

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, porque tuvo como finalidad entender fenómenos fundamentados en hechos reales, en este caso la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores, mediante la medición numérica y también el análisis estadístico comprobar una hipótesis⁽⁵⁵⁾.

El alcance del estudio fue correlacional, ya que pretendía determinar la relación existente entre las variables de una población estudiada⁽⁵⁶⁾. En este caso, se estudió la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Dado que las variables no se manipularon con propósito, el diseño de la investigación fue no experimental. Además, el diseño fue transeccional, porque los datos se recogieron en un solo tiempo ⁽⁵⁵⁾, el diseño se diagrama a continuación ⁽⁵⁵⁾: Diseño transeccional tipo correlacional-causal.



4.2 Diseño muestral

La población es una colección de individuos, objetos e instancias con características similares⁽⁵⁷⁾. Para la presente investigación, la población estuvo conformada por 65 adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

En cuanto a la muestra, se considera un subconjunto representativo y limitado de la población disponible⁽⁵⁸⁾. De este modo, se empleó una muestra no probabilística,

también conocida como muestra dirigida, que permite un proceso de selección basado en las características de la investigación relacionadas con los objetivos del investigador, en lugar de en un criterio estadístico de probabilidad⁽⁵⁶⁾. Para la presente investigación estuvo delimitada por 65 adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021, que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- (a) adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco
- (b) adultos mayores que aceptaron voluntariamente participar en el estudio,
- (c) mujeres y hombres de 60 años o más
- (d) adultos mayores que acepten el consentimiento informado y no tengan dificultad para poder participar de la investigación.

Criterios de exclusión:

- (a) adultos mayores que no fueron atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco,
- (b) adultos mayores que no aceptaron voluntariamente participar en el estudio,
- (c) Personas que su edad no estaban dentro del rango de 60 años o más
- (d) adultos mayores que no acepten el consentimiento informado y tengan dificultad para poder participar de la investigación.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Para obtener la información sobre la salud bucal, se aplicó la técnica de la observación, en la cual se utilizaron los sentidos y la lógica para realizar un análisis detallado de los hechos y las realidades que se están estudiando; además, permite al observador detectar singularidades en un contexto particular⁽⁵⁹⁾. Asimismo, se acudió a la encuesta, para recolectar los datos sobre la calidad de vida, la cual se fundamenta en llevar lo teórico contextual a lo fáctico coyuntural lo que se quiere conocer, explicar y analizar ⁽⁶⁰⁾.

En referencia a los instrumentos, para evaluar la salud bucal, se acudirá el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a través de una ficha clínica odontológica con odontograma. Se realizó para obtener la sumatoria de los dientes permanentes obturados, cariados, y perdidos entre los adultos mayores examinados, representa una herramienta fundamental en los estudios odontológicos, el cual fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en 1935 en Estados Unidos (21). Para establecer la salud bucal, se diagnosticaron los dientes cariados(C) obturados(O) y perdidos (P), mediante la escala buena salud bucal de 26 a 32 dientes sanos, regular salud bucal de 16 a 25 dientes sanos, mala salud bucal ≤ 15 piezas dentales sanos⁽⁶¹⁾.

Del mismo modo, se empleó el índice de salud oral geriátrico (Geriatric General Oral Health Assessment Index, GOHAI) La descripción de Atchison y Dolan de 1990 consta de un cuestionario de 12 ítems con respuestas a la escala de Likert que evalúa los problemas de salud bucodental en los tres meses anteriores (42). Este índice se desarrolló específicamente para la población anciana, desde su creación, ha sido traducido y validado en muchos países, por cuanto permite comprender la capacidad de funcionamiento de un individuo, en toda su rutina y la forma en que comprende todo su bienestar⁽⁴⁶⁾. Se compone de la simple suma de las respuestas proporcionadas por cada adulto mayor y oscila entre 12 y 60 puntos, con el valor más alto indicando la mejor percepción de la salud bucodental (1); frecuentemente (2); algunas veces (3); rara vez (4); nunca (5), lo cual permite medir las dimensiones físicas, psicosocial, dolor e incomodidad ^(21,42). Una puntuación de 57-60 se considera alta, entre 51-56 media y menos de 50 es baja⁽⁶²⁾.

Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, para verificar la confiabilidad del instrumento, el cual produce valores que oscilan entre 0 y 1, mientras más cercano a 1, más confiable el instrumento⁽⁵⁵⁾. En el caso de la presente investigación, el instrumento resultó confiable, visto que el coeficiente fue de 0.938; esto indica que el instrumento puede medir la variable calidad de vida con alta confiabilidad.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se usó la estadística descriptiva e inferencial con empleo del SPSS para obtener cálculos necesarios. Se aplicó además una prueba de normalidad. Para las pruebas no paramétricas, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman basado en los resultados de normalidad⁽⁶³⁾.

4.5 Aspectos éticos

Para este estudio, se consideraron los aspectos éticos siguientes:⁽⁶⁴⁾ respeto a la dignidad humana; beneficencia, teniendo en cuenta que no se hizo daño a los sujetos del estudio, que no estaban expuestos al peligro ni obligados a participar; veracidad, inspirada en el hecho de que siempre se hizo claro el propósito de la investigación; confidencialidad, protección de la información personal (anonimidad) de los datos de los participantes, que solo se utilizaron con fines académicos.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo

Resultados descriptivos de la muestra, las variables y sus dimensiones

Tabla 1.

Distribución de la muestra por edad

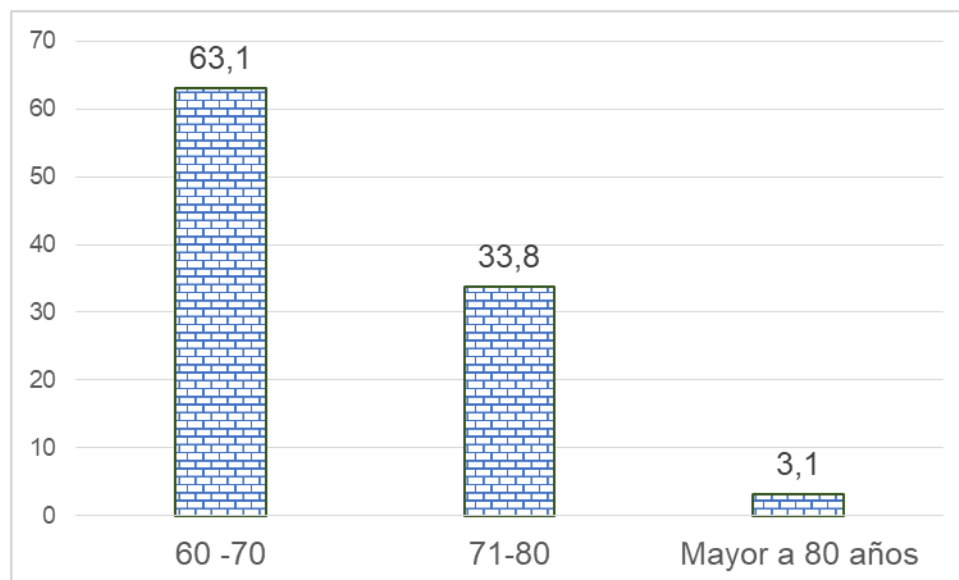
Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
60 -70	41	63.1	63.1
71 – 80	22	33.8	96.9
Mayor a 80 años	2	3.1	100.0
Total	65	100.0	100.0

Nota. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad

Tal como se desprende de la tabla 1, el 63.1% (n = 41) de los adultos mayores pertenecientes a la muestra de esta investigación se encuentra en el rango de edades de 60 a 70 años; el 33.8% (n = 22) en el rango de 71 a 80 años; y el 3.1% (n = 2) restante es mayor de 80 años de edad. La mayoría de los encuestados se concentra en el rango de 60-70 años.

Gráfico 1.

Distribución de la muestra de acuerdo a la edad



Nota. Cifras expresadas en porcentaje.

Tabla 2.

Distribución de la muestra de acuerdo al sexo

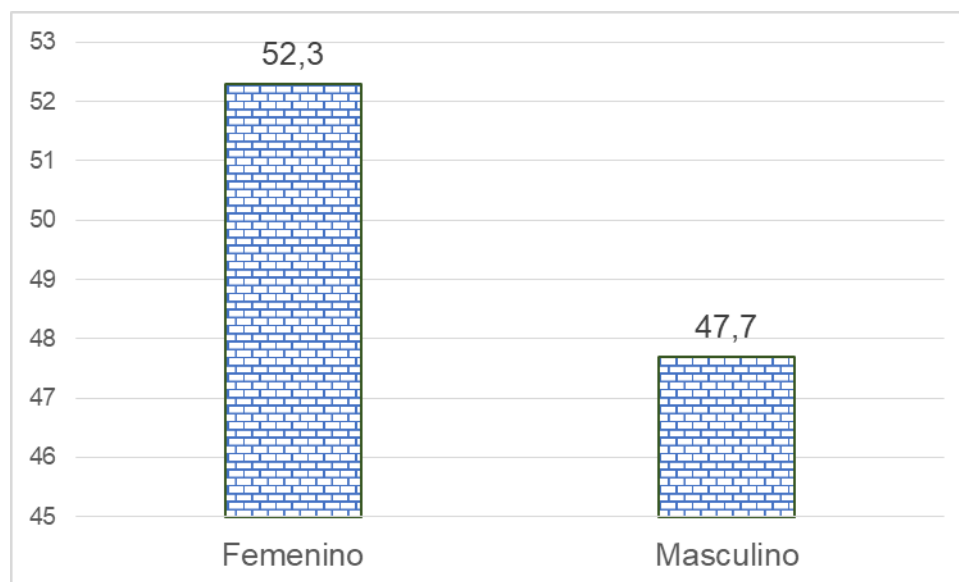
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Femenino	34	52.3	52.3
Masculino	31	47.7	100.0
Total	65	100.0	100.0

Nota. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad

Tal como se señala en la tabla 2 el 52.3% (n = 34) de la muestra es del sexo femenino y el 47.7% (n = 31) restante del sexo masculino. La mayoría es del sexo femenino.

Gráfico 2.

Distribución de la muestra de acuerdo al sexo



Nota. Cifras expresadas en porcentaje

Tabla 3.

Resultados descriptivos de la variable calidad de vida

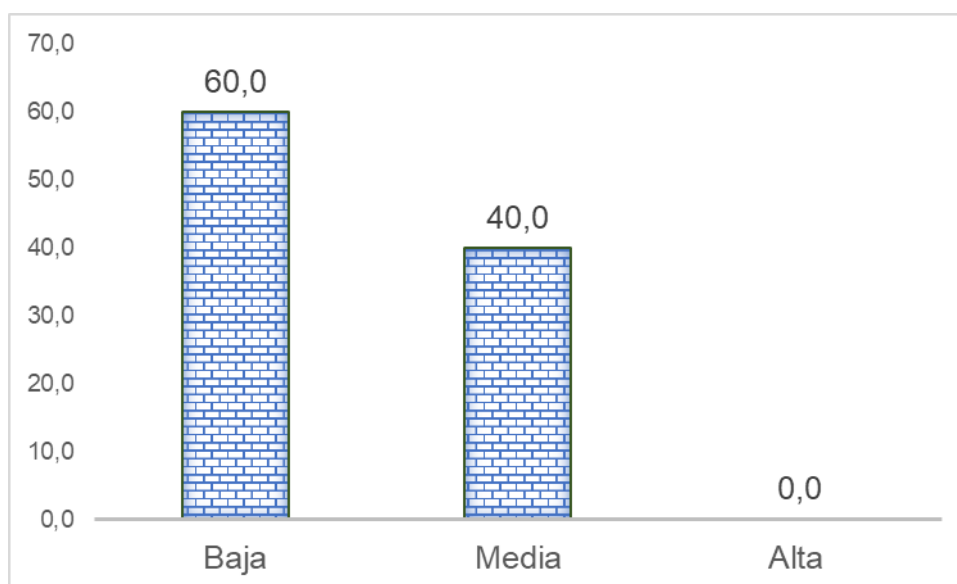
Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Baja	39	60.0	60.0
Media	26	40.0	100.0
Alta	0	0.0	100.0
Total	65	100.0	100.0

Nota. Resultados del instrumento GOHAI

Como se puede observar en la tabla 3 el 60.0% (n = 39) de los entrevistados consideró que su nivel de calidad de vida es bajo y el 40.0% (n = 26) restante la calificó en un nivel medio. Ninguno consideró alta esta variable. En otras palabras, la mayoría de los adultos mayores de la muestra calificó en un nivel bajo su calidad de vida, concebida desde su estado de salud físico, psicológico, dolor, relaciones sociales y relación con el entorno.

Gráfico 3.

Resultados descriptivos de la variable calidad de vida



Nota. Cifras expresadas en porcentaje

Tabla 4.

Resultados de la dimensión función física de la variable calidad de vida

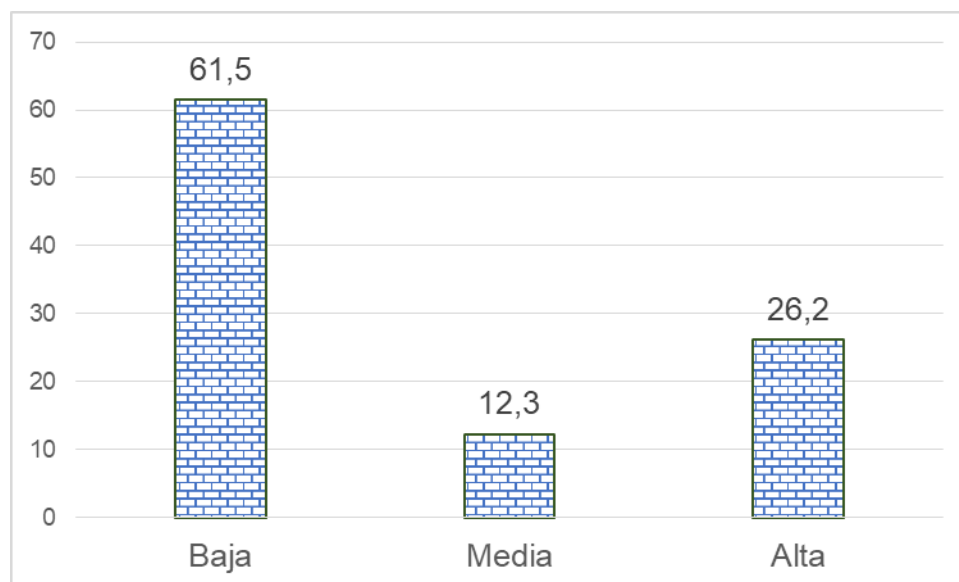
Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Baja	40	61.5	61.5
Media	8	12.3	73.8
Alta	17	26.2	100.0
Total	65	100.0	100.0

Nota. Resultados del instrumento GOHAI, dimensión función física

Se observa en la tabla 4 que el 61.5% (n= 40) de los adultos mayores entrevistados consideró en un nivel bajo la dimensión función física de la variable calidad de vida; el 26.2% (n = 17) alta y el 12.3% (n = 8) en nivel medio. La mayoría de los entrevistados calificó como bajo su nivel de calidad de vida, en la dimensión función física; en otras palabras, auto perciben en un nivel bajo su salud bucal física, por las limitaciones o problemas relacionados con los procesos de hablar, deglutir y comer; en algunos casos por restricciones e incapacidades, en la forma de movilidad y/o presentar dolor.

Gráfico 4.

Resultados de la dimensión función física de la variable calidad de vida



Nota. Cifras expresadas en porcentaje

Tabla 5.

Resultados de la dimensión función psicosocial de la variable calidad de vida

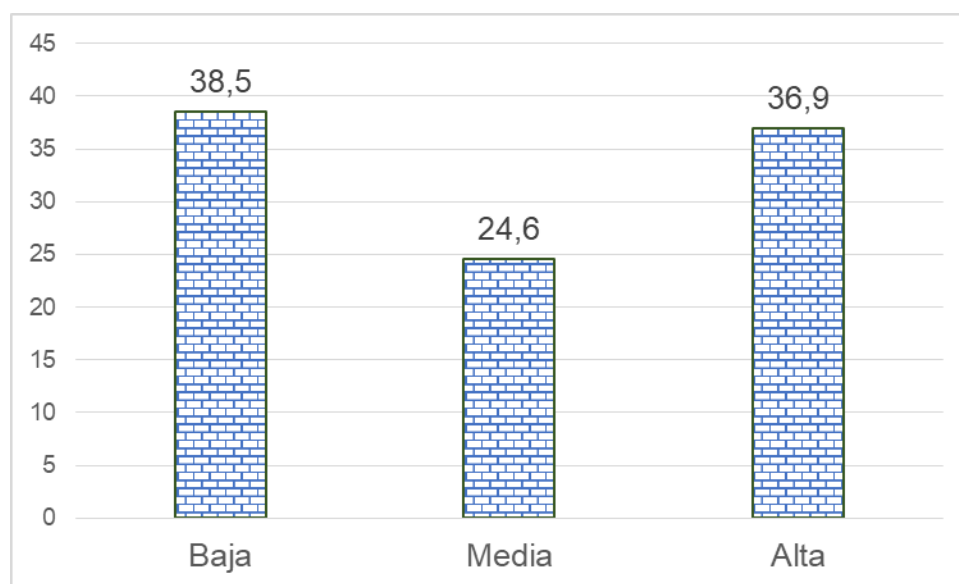
Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Baja	25	38.5	38.5
Media	16	24.6	63.1
Alta	24	36.9	100.0
Total	65	100.0	100.0

Nota. Resultados del instrumento GOHAI, dimensión función psicosocial

Tal como se aprecia en la tabla 5, el 38.5% (n = 25) de los adultos mayores encuestados calificaron como bajo su nivel de calidad de vida en la dimensión función psicosocial, el 36.9% (n = 24) alto y el 24.6% (n = 16) medio. La mayoría evaluó como bajo su nivel de calidad de vida en la dimensión función psicosocial, lo que quiere decir, que perciben limitaciones y problemas en el área afectiva, posible pérdida de autoestima, problemas de ansiedad y comunicación, miedo a relacionarse con otras personas, motivado al estado de su salud bucal.

Gráfico 5.

Resultados de la dimensión función psicosocial de la variable calidad de vida



Nota. Cifras expresadas en porcentaje

Tabla 6.

Resultados de la dimensión dolor e incomodidad de la variable calidad de vida

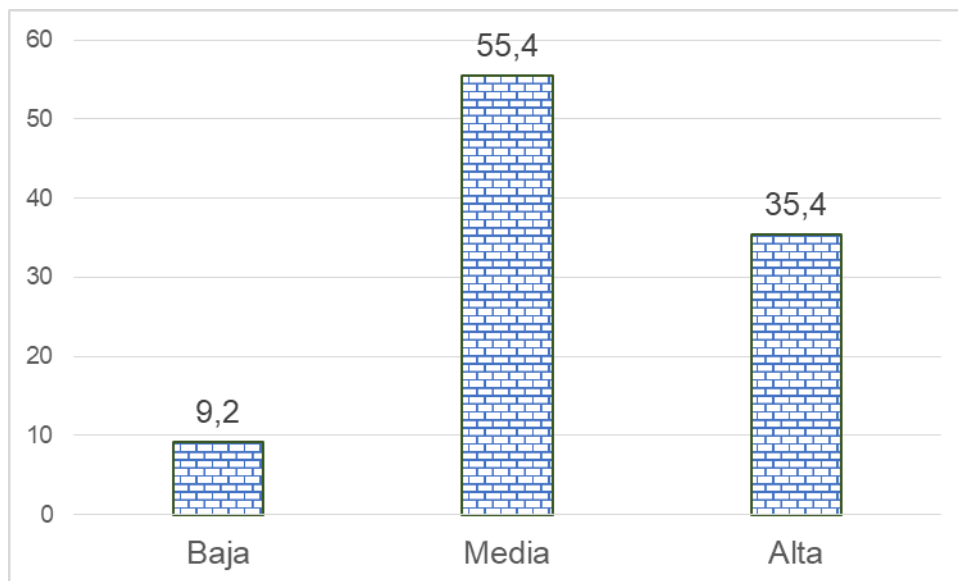
Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Baja	6	9.2	9.2
Media	36	55.4	64.6
Alta	23	35.4	100.0
Total	65	100.0	100.0

Nota. Resultados del instrumento GOHAI, dimensión dolor e intensidad

Se desprende de la tabla 6 que el 55.4% (n = 36) de los entrevistados calificó como medio el nivel de la dimensión dolor e incomodidad, el 35.4% (n = 23) alto y el 9.2% (n = 6). La mayoría de los adultos mayores encuestados consideró en un nivel medio la calidad de vida en la dimensión dolor e incomodidad, lo que quiere decir, perciben dolor e incomodidad en su salud bucal, probablemente usen fármacos para aliviar el dolor y malestar a nivel de la cavidad bucodental.

Gráfico 6.

Resultados de la dimensión dolor e incomodidad de la variable calidad de vida



Nota. Cifras expresadas en porcentaje

Tabla 7.

Resultados de la variable salud bucal

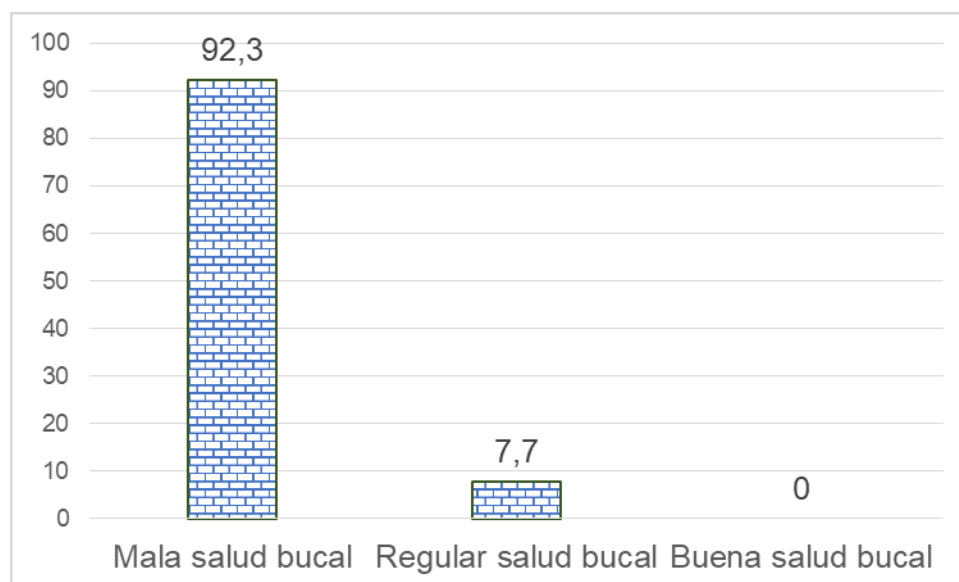
Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Mala salud bucal	60	92.3	92.3
Regular salud bucal	5	7.7	100.0
Buena salud bucal	0	0.0	100.0
Total	65	100.0	100.0

Nota. Se utilizó el COP para su cálculo.

Como se observa en la tabla 7 el 92.3% (n = 60) tiene mala salud bucal y el 7.7% (n = 5) restante goza de regular salud bucal. Esto indica que la mayoría de los adultos mayores tiene mala salud dental, es decir, que posee un COPD alto y la cantidad de dientes sanos es menor a 15. Esto se explica por la edad de estas personas, al ser adultos mayores es normal la pérdida de dientes y obturaciones. Sin embargo, pueden evitar las caries con un buen cuidado dental.

Gráfico 7.

Resultados de la variable salud bucal



Nota. Cifras expresadas en porcentaje

Tabla 8.

Resultados del CPOD en la muestra

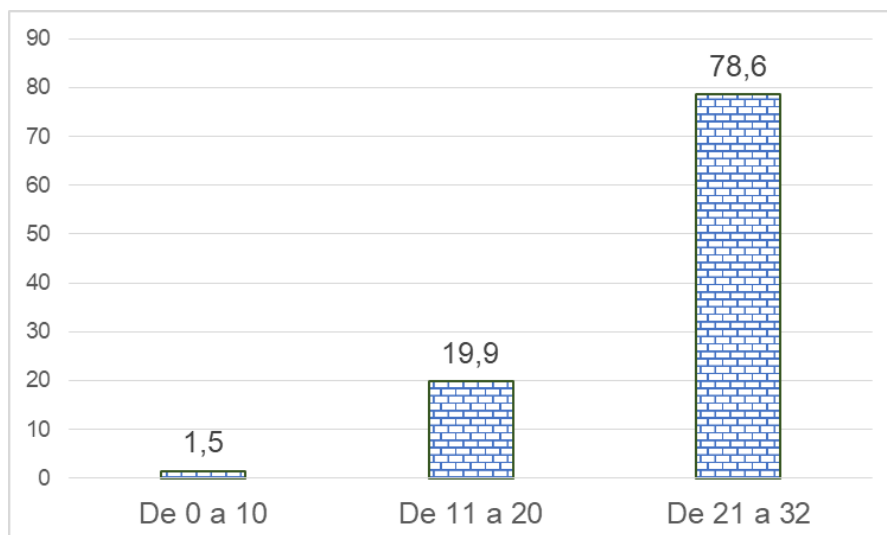
Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
De 0 a 10	1	1.5	1.5
De 11 a 20	13	19.9	21.4
De 21 a 32	51	78.6	100.0
Total	65	100.0	100.0

Nota. Índice de Caries, Pérdidas y Obturaciones en la muestra. Para las categorías se agruparon en tres rangos el valor que resultó del índice CPOD individual, para todos los adultos mayores que conforman la muestra.

Se desprende de la tabla y figura 8, que el 78.6% (n = 51) tienen un valor de CPOD entre 21 y 32, el 19.9% (n = 13) entre 11 y 20 y el 1.5% (n = 1) restante entre 0 y 10. Esto implica que la mayor parte de la muestra tiene entre 21 y 32 dientes cariados, perdidos y obturados; esto se explica por las edades de las personas encuestadas. Solo un pequeño porcentaje tienen una dentadura saludable. En el caso del CPOD grupal, que se calcula dividiendo la sumatoria de todos los CPOD individuales entre la cantidad de personas, se obtiene un valor de 23.8, esto indica que en general la muestra no goza de una buena salud bucal. La cantidad de caries promedio fue de 5.52, el de pérdidas fue de 14.75 y el de obturaciones fue de 3.52. Siendo las pérdidas el problema más frecuente.

Gráfico 8.

Resultados del CPOD en la muestra



Nota. Cifras expresadas en porcentaje. El gráfico muestra los resultados del CPOD individual en la muestra seleccionada.

5.2 Análisis inferencial

Hipótesis de Normalidad de las variables del estudio

La prueba de Kolmogorov-Smirnov se utilizó en esta sección para examinar la normalidad de las variables estudiadas. Por lo tanto, se han formulado las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 = La variable seleccionada no tiene una distribución normal.

H_a = La variable seleccionada tiene una distribución normal.

Nivel de significancia = 5% (0.05).

Regla de decisión = Si el p obtenido es menor al 5% determinado, se procede a aceptar la hipótesis nula (H_0), por lo que la variable no se distribuye normalmente. Alternativamente, si $p > 0.05$, se rechazará H_0 , y se acepta la hipótesis alternativa (H_a); por lo tanto, la variable tiene una distribución normal.

Tabla 9.

Resultados de la prueba de normalidad de las variables

Variables	Valor estadístico KS	n	Sig.	Criterio aceptación H_0	Decisión
Salud Bucal	0.085	65	0.200	$p > 0.05$	Se rechaza H_0
Calidad de vida	0.195	65	0.000	$p < 0.05$	Se acepta H_0
Función física	0.211	65	0.000	$p < 0.05$	Se acepta H_0
Función Psicosocial	0.157	65	0.000	$p < 0.05$	Se acepta H_0
Función dolor e incomodidad	0.174	65	0.000	$p < 0.05$	Se acepta H_0

Nota. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Como se puede observar en la tabla 9, solo la variable salud bucal tiene una distribución no normal, por el contrario, la variable calidad de vida y sus dimensiones tienen una distribución normal, por lo tanto, se utilizará el coeficiente

de correlación de Spearman para demostrar las hipótesis de correlación, ya que este coeficiente de análisis no paramétrico, acepta distribuciones no normales (55).

Hipótesis general

En lo que refiere a la hipótesis general, se parte de las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 = El coeficiente de correlación de Spearman no es significativo ($p > 0.05$). No existe relación significativa entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

H_a = El coeficiente de correlación de Pearson es significativo ($p < 0.05$). Existe relación significativa entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Nivel de significancia = 5% (0.05).

Regla de decisión = Si el valor de p es inferior al 5% de significancia, se rechaza la hipótesis nula (H_0), por lo que las variables indicadas se relacionan significativamente; en su defecto, si $p > 0.05$, se rechazará la hipótesis alternativa (H_a) de la existencia de una asociación entre las variables.

Tabla 10.

Prueba de correlación de las variables del estudio

Variable	Estadístico	Calidad de vida
Salud bucal	n	65
	rho	0.363
	p	0.003

Nota. Resultados de la prueba de correlación de Spearman

Como se señala en la tabla 10, si existe relación entre las dos variables del estudio, salud bucal y calidad de vida, visto que $p < 0.05$, dicha relación es directa, positiva y débil, ya que $\rho = 0.363$. Esto implica que la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, se relaciona con su salud bucal. Por lo tanto, mejoras en la salud bucal se traducirían en mejoras en la calidad de vida de los adultos mayores. Lo cual se explica porque disminuirían los

dolores, molestias y limitaciones para comer, producto de una mala salud bucal; adicionalmente podrían mejorar su relación con otras personas, al sentirse más seguros de sonreír y hablar con otros, ya que pueden lucir una dentadura sana. Esto representa una mejora de sus funciones físicas, psicosociales y disminuiría los dolores e incomodidades.

Hipótesis específica 1

Con respecto a la hipótesis específica 1, se parte de las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 = El coeficiente de correlación de Spearman no es significativo ($p > 0.05$). No existe relación significativa entre la salud bucal y la función física en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

H_a = El coeficiente de correlación de Pearson es significativo ($p < 0.05$) Existe relación significativa entre la salud bucal y la función física en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Nivel de significancia = 5% (0.05).

Regla de decisión = Si el valor de p es inferior al 5% de significancia, se rechaza la hipótesis nula (H_0), por lo que las variables indicadas se relacionan significativamente; por el contrario, si $p > 0.05$, se rechazará la hipótesis alternativa (H_a) de la existencia de una asociación entre las variables.

Tabla 11.

Resultados de la prueba de correlación entre salud bucal y función física

Variable	Estadístico	Función física
	n	65
Salud bucal	rho	0.386
	p	0.001

Nota. Resultados de la prueba de correlación de Spearman

Tal como se desprende de la tabla 11, se acepta la hipótesis alternativa, visto que $p < 0.05$, en otras palabras, se pudo demostrar que existe una relación significativa entre la variable salud bucal y la dimensión función física de la variable calidad de

vida en los adultos mayores del Hospital San Juan de Dios de Pisco, la cual es directa, positiva y débil, ya que el coeficiente rho de Spearman = 0.386. Esto quiere decir que, si se mejora la salud bucal de los adultos mayores, se mejora la función física, es decir, pueden mejorar la autopercepción de su estado físico, que se relaciona con los procesos de hablar, comer y deglutir; así como también, disminuye los dolores, molestias, incomodidades y otras limitaciones físicas relacionadas con la cavidad bucodental. Esta mejora en la función física, mejora la calidad de vida en esa dimensión.

Hipótesis específica 2

Con respecto a la segunda hipótesis específica, se constituyen las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 = El coeficiente de correlación de Spearman no es significativo ($p > 0.05$). No existe relación significativa entre la salud bucal y la función psicosocial en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

H_a = El coeficiente de correlación de Spearman es significativo ($p < 0.05$). Existe relación significativa entre la salud bucal y la función psicosocial en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Nivel de significancia = 5% (0.05).

Regla de decisión = Si el valor de p es inferior al 5% de significancia, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0), por lo que las variables indicadas se relacionan significativamente; por el contrario, si $p > 0.05$, se rechazará la hipótesis alternativa (H_a) de la existencia de una asociación entre las variables.

Tabla 12.

Resultados de la prueba de correlación entre la variable salud bucal y la dimensión función psicosocial de la variable calidad de vida

Variable	Estadístico	Función Psicosocial
	n	65
Salud bucal	rho	0.341
	p	0.005

Nota. Resultados de la prueba de correlación de Spearman

Se puede observar en la tabla 12, que se acepta la hipótesis alternativa, visto que $p < 0.05$, es decir, si existe una relación significativa entre la variable salud bucal y la dimensión función psicosocial de la variable calidad de vida. Dicha relación es directa, positiva y débil, ya que el coeficiente rho de Spearman = 0.341. En otras palabras, si se mejora la salud bucal de los adultos mayores del Hospital San Juan de Dios de Pisco, mejora la función psicosocial y al mejorar esta dimensión mejora su calidad de vida en esta área. Un adulto mayor, con mejor salud bucal, es un adulto con mejor autoestima, capacidad de relacionarse con otros, con más confianza y seguridad en sí mismo, mejora su autopercepción de su estado afectivo y cognitivo, disminuye la ansiedad y el miedo.

Hipótesis específica 3

En lo que respecta a la tercera hipótesis específica, se parte de las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 = El coeficiente de correlación de Spearman no es significativo ($p > 0.05$). No existe relación significativa entre la salud bucal y el dolor e incomodidad en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

H_a = El coeficiente de correlación de Pearson es significativo ($p < 0.05$). Existe relación significativa entre la salud bucal y el dolor e incomodidad en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco- 2021.

Nivel de significancia = 5% (0.05).

Regla de decisión = Si el valor obtenido de p está por debajo al 5% de significancia, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0), por lo que las variables indicadas se relacionan significativamente; por el contrario, si se observa que $p > 0.05$, entonces se rechazará la hipótesis alternativa (H_a) de la existencia de una asociación entre las variables.

Tabla 13.

Resultados de la prueba de correlación entre la variable salud bucal y la dimensión dolor e incomodidad

Variable	Estadístico	Dolor e incomodidad
Salud bucal	n	65
	rho	0.358
	p	0.003

Nota. Resultados de la prueba de correlación de Spearman

Se desprende de la tabla 13, que se acepta la hipótesis alternativa del estudio, visto que $p < 0.05$, existe una relación significativa entre la variable salud bucal y la dimensión dolor e incomodidad en los adultos mayores del Hospital San Juan de Dios de Pisco; dicha relación es directa, positiva y débil, dado que el coeficiente rho de Spearman = 0.358. Esto quiere decir, que si se mejora la salud bucal de los adultos mayores disminuyen los dolores e incomodidades, y, por lo tanto, se mejora la calidad de vida. Al tener una dentadura sana, se disminuye el dolor y la incomodidad en la cavidad bucodental.

DISCUSIÓN

Con base a los hallazgos encontrados se aceptó la hipótesis general del estudio, que establece que existe una relación significativa entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores del hospital San Juan de Dios de Pisco, con rho de Spearman = 0.363 y $p < 0.05$, dicha relación es positiva, directa y débil. Se determinó también, que la mayoría de los adultos mayores encuestados evaluaron como baja su nivel de calidad de vida (60.0%, $n = 39$) y mala su salud bucal (92.3%, $n = 60$).

Este resultado se asemeja al obtenido por Martínez T. (2017), quien concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores que padecían de alguna enfermedad sistémica revelaron una mala calidad de vida ($p = 0.002$) y también los que presentaron edentulismo total ($p = 0.000$)⁽¹⁵⁾. Por su parte Medrano N. et al. (2017), concluyeron que hay un impacto negativo de la salud oral sobre la calidad de vida, con una coeficiente de correlación débil⁽¹⁶⁾.

Asimismo, Padilla et al. (2017) hallaron una correlación entre el estado de dentición y la calidad de vida, con rho = 0.3121 y $p = 0.002$, también de intensidad débil como la hallada en la presente investigación⁽¹⁷⁾. En este mismo sentido, Pretel I. (2019), comprobó la existencia de una relación significativa entre la salud bucodental y la calidad de vida en personas de la tercera edad, con $t = 2.24$ y $p = 0.04$. Otro resultado obtenido en su investigación fue que la mayoría de los entrevistados calificaron como regular la salud bucodental y la calidad de vida (65.78% y 50.27%, respectivamente), por lo que en su estudio estas variables obtuvieron mejor evaluación por parte de la muestra entrevistada, que en el presente⁽¹⁹⁾.

Adicionalmente, Peralta M. (2020) determinó la existencia de una correlación entre la salud bucal y la autopercepción de la salud bucal en las personas de la tercera edad, con rho = 0.326 y $p = 0.000$, lo que indica que la relación encontrada también es débil, como la hallada en la presente investigación. También determinaron una auto-percepción regular sobre la calidad de vida coligada a la salud a nivel dental, con un 80.5%, por lo que la calidad de vida en su investigación fue mejor valorada

que en la presente. También obtuvo un deterioro de salud bucal (53.7%) inferior al de esta investigación (92.3%)⁽¹⁸⁾.

En lo que respecta al primer objetivo específico, establecer la relación entre la salud bucal y la función física en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco 2021. Se determinó que, si existe una relación significativa, directa, positiva y débil entre la salud bucal y la función física, $\rho = 0.386$ y $p = 0.001$. Martínez T. (2017), también concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores del Hogar, se ve influida por el dominio físico)⁽¹⁵⁾. Por su parte, Padilla M. et al. (2017) encontró una relación baja entre el estado de dentición y las dimensiones de la calidad de vida⁽¹⁷⁾.

Respecto al segundo objetivo específico, establecer la relación entre la salud bucal y la función psicosocial en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco 2021. Se determinó que, si existe una relación positiva, directa y débil entre la salud bucal y la función psicosocial, $\rho = 0.341$ y $p = 0.005$. Resultados similares obtuvo Martínez T. (2017), quien concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores se ve influida por el dominio psicológico⁽¹⁵⁾. También Padilla M. (2020) comprobó una correlación baja entre la salud bucal y las dimensiones de calidad de vida⁽¹⁷⁾.

En lo que concierne al tercer objetivo específico, establecer la relación entre la salud bucal y dolor e incomodidades en adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco 2021. Se determinó que, si existe una relación significativa, directa, positiva y débil entre la salud bucal y dolor e incomodidades, $\rho = 0.358$ y $p = 0.003$. Martínez T. (2017), también comprobó que la calidad de vida de los adultos mayores del Hogar, se ve influida por el dominio dolor e incomodidad⁽¹⁵⁾. Adicionalmente, Padilla M. et al. (2017) encontró una relación baja entre el estado de dentición y las dimensiones de la calidad de vida⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIONES

Se determinó que existe una relación significativa, positiva y de intensidad débil entre las variables salud bucal y calidad de vida en los adultos mayores del Hospital San Juan de Dios, Pisco – 2021.

Se determinó que existe una relación significativa, positiva y de intensidad débil entre la variable salud bucal y la dimensión función física de la variable calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco – 2021.

Se determinó que existe una relación significativa, positiva y de intensidad débil entre la variable salud bucal y la dimensión función psicosocial de la variable calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco – 2021.

Se determinó que existe una relación significativa, positiva y de intensidad débil entre la variable salud bucal y la dimensión dolor e incomodidad de la variable calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco – 2021.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los nuevos investigadores que desarrollen estudios complementarios referidos salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores de otros centros asistenciales, que puedan arrojar nuevos datos.

Se recomienda incursionar en nuevas líneas de investigación, basadas en el cuidado bucal de los adultos mayores.

Se recomienda ampliar la muestra de estudio para obtener resultados a mayor escala y más representativos.

Se sugiere emplear otros enfoques metodológicos como el cualitativo, para abordar la problemática de la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento Saludable [Internet]. 2020. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/envejecimiento-saludable>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Década de Envejecimiento Saludable (2020-2030) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>
3. Organización Panamericana de la Salud. Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas. [Internet]. 2020. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>.
4. Organización Mundial de la Salud. Definición de salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 1948. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
5. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *ournal of clinical and diagnostic research. J Clin Diagn Res.* 2017;11(6):ZE21–ZE26.
6. Espinoza Salcedo M, Guerrero Hurtado J, A CC, Sánchez Medina L, Morillas Altamirano J, Yañez Castellanos L. La salud bucal y calidad de vida en adultos mayores de la provincia de Trujillo. *Pueblo Cont* [Internet]. 2017;28(2):381–8. Available from: <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/view/800>
7. Pinzon Pulido S, Gil Montoya J. Validación del Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1999;34(5):273–82. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Maria-Victoria-Zunzunegui/publication/237777456_Deteccion_de_necesidades_de_atencion_bucodental_en_ancianos_mediante_la_autopercepcion_de_la_salud_oral/links/5444e5b60cf2a76a3ccdbf8a/Deteccion-de-necesidades-de-atencion
8. Porto Puerta I, Díaz Cárdenas S. Repercusiones de la salud bucal sobre

- calidad de vida por ciclo vital individual. *Investig Orig* [Internet]. 2017;7(2):49–64. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/66369>
9. Abd Allah E, Mohammed Rehab A, Abo El seoud A. Educational program to improve quality of life among elderly regarding oral health. *Futur Dent J*. 2018;4(2):211–5.
 10. Organización Mundial para la Salud. Salud bucodental [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
 11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Programas de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2019. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1734/cap01.pdf.
 12. Padilla Sánchez M, Saucedo Campos G, Ponce Rosas E, González Pedraza A. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. *CES Odont*. 2017;30(2):16–22.
 13. Roma M, Sen M, Mala K, Sujir N, Poojary D, Shetty N, et al. Critical Assessment on Unmet Oral Health Needs and Oral Health-related Quality of Life Among Old Age Home Inhabitants in Karnataka, India. *Clin Cosmet Investig Dent* [Internet]. 2021;13:181–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8139721/>
 14. Jiménez Quintana Z, Justo Díaz M, Peña Quesada S, Palacios Ortiz Y. Influencia del edentulismo en la calidad de vida del adulto mayor. *Cuba Salud* [Internet]. 2018;1(1):1–7. Available from: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/528>
 15. Martínez Gutiérrez TA. Calidad de Vida en el Edentulismo Total [Internet]. Universidad Central del Ecuador; 2017. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9485/1/T-UCE-0015-578.pdf>

16. Medrano Núñez N, Ruiz Calixto M, Gutiérrez Padilla F. Impacto en la calidad de vida relacionada con salud bucal de la rehabilitación protésica convencional en pacientes desdentados completos, atendidos en el servicio público chileno. *Rev Científica Mundo la Investig y el Conoc* [Internet]. 2017;1(4):960–82. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732729>
17. Padilla Sánchez M, Saucedo Campos G, Ponce Rosas E, González Pedraza A. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. *CES odontol* [Internet]. 2017;30(2). Available from: <https://doi.org/10.21615/cesodon.30.2.2>
18. Peralta de la Peña M. Relación entre la salud bucal y su autopercepción, en adultos mayores de una clínica geriátrica de Huancayo - 2018 [Internet]. Universidad Peruana los Andes; 2020. Available from: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2033/T037_40804964_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Pretel Delgado I. Calidad de vida y salud bucodental en el adulto mayor de PJ, San Antonio [Internet]. Universidad Señor de Sipán; 2019. Available from: [https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6501/Pretel Delgado%2C Isamary Nohemí.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6501/Pretel%20Delgado%20Isamary%20Nohem%C3%AD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Fisher, J., Selikowitz H, Mathur M, Varenne B. Strengthening oral health for universal health coverage. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10151):899–901. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31707-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31707-0)
21. Levano Villanueva C. Relación de calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores de los albergues de la ciudad de Tacna 2018 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna; 2019. Available from: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3673/199_2019_levano_villanueva_cju_espg_maestria_salud_publica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Zamora Gutiérrez J. Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en los adultos mayores atendido en el “Centro Integral del Adulto

- Mayor(CIAM) del distrito Independencia Lima- Perú 2016 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo.; 2017. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8868/Zamora_GJE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Federación Dental Internacional. Nueva definición de salud bucodental de la FDI [Internet]. Gaceta Dental. 2016. Available from: <https://gacetadental.com/2016/10/nueva-definicion-de-salud-bucodental-de-la-fdi-61444/>
 24. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. 2017;11(6):ZE21–ZE26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535498/>
 25. Cheema, S., Maisonneuve P, Al-Thani M, Al-Thani A, Abraham A, Al-Mannai G, et al. Oral health behavior and factors associated with poor oral status in Qatar: results from a national health survey. J Public Health Dent [Internet]. 2017;77(4):308–16. Available from: <https://doi.org/10.1111/jphd.12209>
 26. Naseem, M., Khurshid Z, Khan H, Niazi F, Zohaib S, Zafar M. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. Saudi J Dent Res [Internet]. 2016;7(2):138–46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sjdr.2015.11.002>
 27. Kane S. The effects of oral health on systemic health. Gen Dent [Internet]. 2017;65(6):30–4. Available from: [https://www.agd.org/docs/default-source/self-instruction-\(gendent\)/gendent_nd17_aafp_kane.pdf](https://www.agd.org/docs/default-source/self-instruction-(gendent)/gendent_nd17_aafp_kane.pdf)
 28. Razak P, Richard K, Thankachan R, Hafiz K, Kumar K, Sameer K. Geriatric oral health: a review article. J Int oral Heal JIOH [Internet]. 2014;6(6):110. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295446/>
 29. Gil J, de Mello A, Barrios R, Gonzalez M, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. Clin Interv Aging [Internet]. 2015;10:461. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4334280/>

30. McQuistan M, Qasim A, Shao C, Straub C, Macek M. Oral health knowledge among elderly patients. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2015;146(1):17–26. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002817714000038#:~:text=https%3A//doi.org/10.1016/j.adaj.2014.10.002>
31. Lewkowicz B. Vínculo entre la salud oral y envejecimiento saludable. Aporte de la ortodoncia-ortopedia a la salud bucal del adulto mayor. *RAAO* [Internet]. 2019;LX(1):23–32. Available from: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lx01/articulo3.pdf>
32. Pérez L, Quenta S, Cabrera M, Cárdenas C, Lazo N, Lagravère V. Caries dental en dientes deciduos y permanentes jóvenes, diagnóstico y tratamiento conservador. Universidad Peruana Cayetano Heredia, editor. Lima, Perú; 2004.
33. Alshahrani I, Tikare S, Meer Z, Mustafa A, Abdulwahab M, Sadatullah S. Prevalence of dental caries among male students aged 15-17 years in southern Asir, Saudi Arabia. *Saudi Dent J* [Internet]. 2018;30(3):214–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29942105/>
34. Amarista Rojas FJ, Sapene F, Sánchez A. Estudio epidemiológico de necesidades protésicas de los pacientes que asisten al Centro de Especialidades Médico Odontológicas (CEMO), Petare abril-mayo 2011. *Acta Odontológica Venez* [Internet]. 2012;50(4). Available from: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art-6/>
35. Rojas Gómez P, Mazzini Torres M, Romero Rojas K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Dominio las Ciencias* [Internet]. 2017;3(2). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325884>
36. Sanz Fernández G, Llanes Molleda C, Gretel Chibás L, Valdés Valdés Y. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. *GerolInfo* [Internet]. 2018;13(3). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2018/ger183a.pdf>

37. Pardo Romero F, Hernández J. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. *Rev Salud Pública*. 2018;20(2).
38. Organización Mundial para la Salud. Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro Mund Salud* [Internet]. 1996;17(4):385–7. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264?locale-attribute=en>
39. Duque Duque V, Tamayo Castrillón J, Echeverri Cadavid P, Gutiérrez Osorio A, Sepúlveda Correa D, Giraldo Ramírez O, et al. Oral health related quality of life in older adults assisting “IPS Universitaria” of Medellín and associated factors. *Rev CES Odontol* [Internet]. 2013;26(1). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4776848>
40. Zucoloto M, Maroco J, Campos J. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2016;16(1):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0211-2>
41. Paraguassu É, dos Passos J. Oral health of the elderly in Brazil: Systematic review. *Brazilian J Implantol Heal Sci* [Internet]. 2019;1(2):25–33. Available from: <https://bjjhs.emnuvens.com.br/bjjhs/article/view/7/22>
42. Montes Cruz C, Juárez Cedillo J, Cárdenas Bahena Á, Rabay Gánem C, Heredia Ponce E, García Peña C, et al. Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Rev Odontológica Mex* [Internet]. 2014;18(2):111–9. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1870-199X\(14\)72060-9](https://doi.org/10.1016/S1870-199X(14)72060-9)
43. John M, Renner K, Baba K, Čelebić A, Larsson P, Szabo G, et al. Patterns of impaired oral health-related quality of life dimensions. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2016;43(7):519–527. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.06.006>
44. John M. Foundations of oral health-related quality of life. *J Oral Rehabil*

- [Internet]. 2021;48(3):355–9. Available from: <https://doi.org/10.1111/joor.13040>
45. Kundapur, V., Hegde R, Shetty M, Mankar S, Hilal M. Effect of loss of teeth and its association with general quality of life using geriatric Oral health assessment index (Gohai) among older individuals residing in rural areas. *Int J Biomed Sci IJBS* [Internet]. 2017;13(1):6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5422645/>
 46. Carvalho C, Manso A, Escoval A, Salvado A, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2013;31(2):153–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.10.002>
 47. Bettie N, Ramachandiran H, Anand V, Sathiamurthy A, Sekaran P. Tools for evaluating oral health and quality of life. *J Pharm Bioallied Sci* [Internet]. 2015;7(Suppl 2):S414–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606631/>
 48. Niesten D, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Validation of a Dutch version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-NL) in care-dependent and care-independent older people. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016;16(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0227-0>
 49. Tantas S. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6210>
 50. Ashkenazy, S., Ganz F. The differentiation between pain and discomfort: a concept analysis of discomfort. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2019;20(6):556–62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.05.003>
 51. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima, Perú; 2020. Available from:

<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>

52. Manrique Bravo M, Taípe V, Rosby P. Edentulismo y calidad de vida en adultos mayores del programa pensión 65 del Centro De Salud Julio César Tello Lurín 2018 [Internet]. Universidad Privada Telesup; 2018. Available from: https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/838/1/MANRIQUE BRAVO MAIRA IBET_VILCAPOMA TAIPE PAMELA ROSBY.pdf
53. Pezo L, Eggers S. The Usefulness of Caries Frequency, Depth, and Location in Determining Cariogenicity and Past Subsistence: A Test on Early and Later Agriculturalists From the Peruvian Coast. *Am J Phys Anthr.* 2010;143(1):75–91.
54. Sáez Carriera R, Carmona M, Jiménez Quintana Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2007;44(4):1–14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011
55. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ªed. McGraw-Hill., editor. México; 2014.
56. Bernal C. Metodología de la investigación. Pearson Educación, editor. Colombia; 2016.
57. Arias J, Villasís M, Miranda M. El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Rev Alerg Méxic* [Internet]. 2016;63(2):201–6. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
58. Arias F. El proyecto de investigación. Episteme., editor. Caracas; 2012.
59. Campos G, Lule N. La observación, un método para el estudio de la realidad. *Xihmai* [Internet]. 2012;VII(13):45-60. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3979972>
60. Bello F, Guerra F. La encuesta como instrumento de construcción teórico-metodológico. *Rev Mañongo* [Internet]. 2014;42(XXII):241–59. Available from: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo42/art09.pdf>

61. Sánchez Cruz Y, Maya Sánchez A. Índice CPO-D en adultos mayores de un centro gerontológico de Tula de Allende. IKUA Boletín Científico la Esc Super Tlahuelilpan [Internet]. 2020;8(15):8–15. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/5259/6857>
62. Pinzón Pulido SA, Gil Montoya JA. Validación del Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 1999;34(5):273–82. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-validacion-del-ndice-valoracion-salud-13006100>
63. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. Rev Enfermería del Trab [Internet]. 2016;6(3):105–14. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5633043.pdf>
64. Carrasco S. Metodología de la investigación científica. Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. San Marcos, editor. Lima, Perú; 2017.

ANEXOS

Anexo N.º 1: Consentimiento informado



Yoidentificado con

DNIFecha:

Mediante este documento, certifico que he sido informado (a) sobre el objetivo del estudio por el Bachiller Jesús Rosael Medina Loza de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, de la Universidad Alas Peruanas “**salud bucal y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el hospital san juan de dios, pisco-2021**” y además me ha informado sobre la importancia de la veracidad de mis respuestas para su estudio. Así mismo que la utilización de la información obtenida tiene La **confidencialidad** de mi información y su no uso para ningún fin distinto de este estudio sin mi expreso aprobación, así como el derecho que tengo a revocar la cooperación si lo prefiera

.....
Firma:

Anexo N.º 2: Instrumentos de recolección de datos

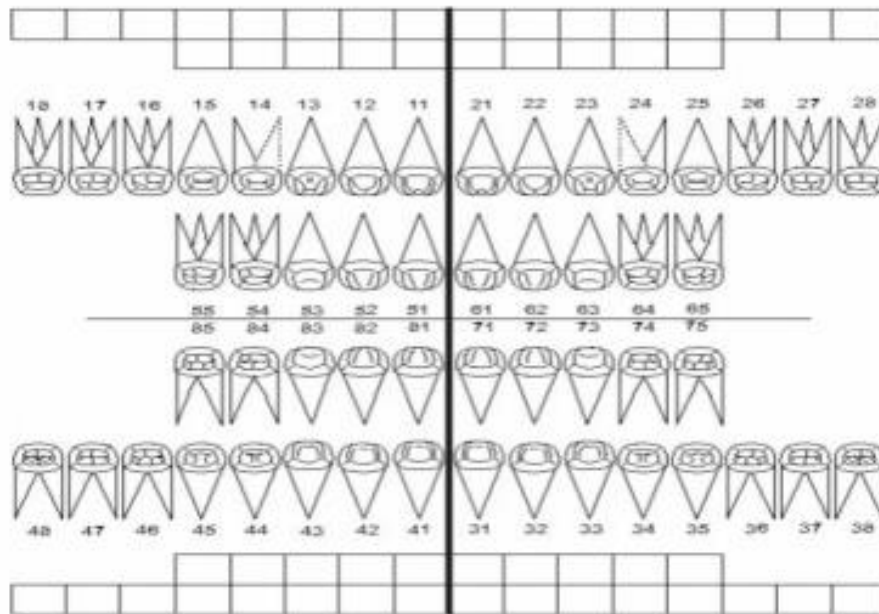
Ficha clínica odontológica (índice de CPOD)

LUGAR DE PERTENENCIA.....

NOMBRE.....

EDAD..... SEXO..... FECHA.....

ODONTOGRAMA



Cariados

Perdidos

Obturados

Índice COP individual = C + O + P

Cuestionario del Índice de Salud Oral en Odontología (GOHAI)

Estimado participante.

El presente Instrumento es de carácter confidencial, de uso académico, como parte de la investigación cuyo objetivo determinar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Plisco- 2021.



Indicaciones: Leer con atención cada uno de los planteamientos. Marque con una (x) solo una alternativa de respuesta para cada ítem, por favor no dejar ninguna respuesta sin marcar. La escala empleada es la siguiente:

S= siempre (1); F= frecuentemente (2); AV= algunas veces (3);

RV= rara vez (4); N= nunca (5).

Ítems	S	F	AV	RV	N
1.- ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?					
2.- ¿No pudo tragar cómodamente?					
3.- ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?					
4.- ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?					
5.- ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?					
6.- ¿Se sintió insatisfecho o descontento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?					
7.- ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
8.- ¿Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
9.- ¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
10.- ¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antestéticas?					
11.- ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?					
12.- ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?					

Anexo N.º 3: Constancia de la investigación realizada



Pisco, 25 de Octubre del 2021

CARTA N° 036- 2021- GORE ICA- DIRESA-UADEI

Señor : Jesús Rosael Medina Loza
Bachiller de Cirujano Dentista Universidad Alas Peruanas- Ica


Asunto : Aprobación a solicitud de recabar información para elaborar Tesis


Referencia : Proveído N° 40368

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente al mismo tiempo darle a conocer que la Dirección a mi cargo aprueba Vuestra solicitud brindándole las facilidades, para que recabe la información que sea necesarias para la elaboración de su Tesis titulada "Salud Bucal y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Pisco – 2021" trabajo que será utilizado para optar el Título de Cirujano Dentista.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,




M.C. VÍCTOR LUIS DONAYRE MORÓN
C.M.P. SALUD AM A05527
DIRECTOR EJECUTIVO

VLDM – D-HS/DP
AGGC-J-UADEI
C.C.
Archí

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
Hospital San Juan de Dios
Unidad Apoyo Docencia e Investigación
Fundo Alto la Luna Mz-B Lt-5
Ica – Pisco

Anexo N.º 4: Base de datos

NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	AÑOS
1 Aquije de Ramos Juana	F	78
2 Camasca de Bravo Carmen Rosa	F	66
3 Espinoza Navarro maría elena	F	75
4 Meza Yupanqui Jacinta	F	75
5 Guzmán Hernández Fernando Alejandro	M	68
6 Munayco Ormeño Dorina azucena	F	62
7 Panay flores Juan Antonio	M	62
8 Borja Figueroa María Jesús	F	63
9 Lisma Lévano Rosa Alejandrina	F	70
10 Flores pillaca Renee Luzmila	F	60
11 Cerón Cruces Zoila luz	F	67
12 Pasache Tipian Demetrio Manuel	M	66
13 Villa garay Yupanqui Julia lucia	F	75
14 Morales Pacheco Carmen Eufemia	F	60
15 Herrera muñante rosa luz	F	60
16 Sayritupac Gutiérrez lucia	F	71
17 Peve Lorena Hilario basilio	M	70
18 Pozo fuentes José Félix	M	60
19 Espíritu huamanciza Alberto Enrique	M	64
20 Guerra yauri Alejandro	M	75
21 Carcelén araos José Antonio	M	64
22 Zúñiga Rivas Luis demetrio	M	71
23 Tovar Ruiz lucia	F	63
24 Maurtua avalos Víctor Manuel	M	62
25 Manrique alanguren maría luisa	F	75
26 Torres López Félix Daniel	M	60
27 Sigvas del solar Mario Fabián	M	68
28 Martines soto Elisabeth	F	74
29 Espino rojas gilberto	M	79
30 Allcca chocna victoria	F	76
31 Ramos chaca liaza rosa josefina	F	66
32 Ramos ormeño José Félix	M	69
33 Doloriert Chávez fausto avelino	M	61
34 Bravo Palomino Daniel Florencio	M	61
35 Baldeon Palacios Valerio	M	69
36 Fajardo Peña Teodora Jesús	F	70
37 Mendoza Castañeda leonardo	M	67
38 Muñante Ormeño Boris German	M	68
39 Martínez Avalos Margarita elena	F	61
40 Gómez Peña Humberto	M	68
41 Acasierte Hernández Juana esperanza	F	71
42 Rivera Ramírez Santosa	F	77
43 Ormeño Mallma María	F	73
44 Sigvas del Solar Mario Fabián	M	70
45 Cavero Fajardo Zoila Luisa	F	82
46 Ormeño Morales Gloria	F	84
47 Avilés Lurita Dora Luisa	F	68
48 Rodríguez Rojas Ismael	M	68
49 Cordero Hernández Bertha alejandrina	F	71

50 Sánchez Arias Luis Enrique	M	65
51 Silva García Miguel ángel	M	66
52 Hernández Valle Juan agosto	M	72
53 Muños Ruiz Juana rosa	F	61
54 Felipa Morales Blanca luz	F	62
55 Flores pillaca René Luzmila	F	60
56 Vargalla ñaupa margarita	F	74
57 García Revocio Jorge rey	M	62
58 Chávez Parra Víctor Jorge	M	69
59 Antonio Hernández Víctor Raúl	M	65
60 Cahua Meza Marco Antonio	M	63
61 Morón ñañes Rosa Mariluz	M	63
62 Tataje Ormeño Luis Félix	M	76
63 Amaya Bastidas Liana Jesús	F	61
64 Herrera Muñante Rosa Luz	F	63
65 Tasayco Alvares Ana Beatriz	F	60