



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**“RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL CON
LA CALIDAD DE VIDA ORAL EN EL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN JUAN BAUTISTA
AYACUCHO - 2017”**

TESIS:

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Presentado por:

Bach. **Graciela, CHÁVEZ VARGAS**

Director Asesor:

C.D. Gabriel Arturo, GUERRA ARCE

Ayacucho – Perú

2017

DEDICATORIA

A DIOS TODO PODEROSO:

Por brindarme el regalo máspreciado, la vida; por guiar siempre mis pasos;

Por habernos dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible este
trunfo.

A MI ESPOSO E HIJOS:

Por guiar siempre mis pasos; por ser motivo de mi esfuerzo día a día; por su
cariño, su apoyo incondicional, su dedicación y empeño, por ayudarnos a ser
mejores personas cada día.

A mis padres por su motivación.

AGRADECIMIENTOS

A mi Asesor C.D Gabriel A. Guerra Arce.

Por su paciencia y apoyo incondicional en la elaboración de esta tesis, por su tiempo y amabilidad en todo momento.

A la Universidad Alas Peruanas; Escuela de Formación Profesional de Estomatología. Por abrirme sus puertas. Por acogernos y encaminarnos a nuestra formación profesional.

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1

Frecuencia de distribución de los Pacientes Adulto Mayor por edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 2

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por género del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho.

TABLA N° 3

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 4

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por hábitos de higiene bucal del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 5

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por Calidad de vida oral del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 6

Calidad de vida oral según edad de Pacientes Adulto Mayor por del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 7

Calidad de vida oral según género de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 8

Calidad de vida oral según grado de instrucción de los Pacientes Adulto Mayor del

Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 9

Hábitos de higiene oral según edad de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 10

Hábitos de higiene oral según género de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 11

Hábitos de higiene oral según grado de instrucción de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 12

Relación de los hábitos de higiene con la calidad de vida oral de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

TABLA N° 13

Contrastación de los Hábitos de higiene oral con la calidad de vida oral en Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1

Frecuencia de distribución de los Pacientes Adulto Mayor por edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 2

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por género del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho.

GRÁFICO N° 3

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 4

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por hábitos de higiene bucal del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 5

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por Calidad de vida oral del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 6

Calidad de vida oral según edad de Pacientes Adulto Mayor por del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 7

Calidad de vida oral según género de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 8

Calidad de vida oral según grado de instrucción de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista

Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 9

Hábitos de higiene oral según edad de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 10

Hábitos de higiene oral según género de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 11

Hábitos de higiene oral según grado de instrucción de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

GRÁFICO N° 12

Relación de los hábitos de higiene con la calidad de vida oral de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS

- GOHAI** : Índice de evaluación de calidad de vida oral en geriatría.
- OMS** : Organización Mundial de La Salud.
- PAM** : Población del Adulto Mayor.
- CAI - MDSJB**: Centro de Atención integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista.
- SPSS 20** : Programa Estadístico en Salud
- ENAH** : Encuesta Nacional de Hogares.
- INEI** : Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- COPD** : Cariados, Perdidos y Obturados dentales.
- OHIP** : Oral Health Impact Profile.
- OIDP** : Oral Impacts on Daily Performances.
- CVRSB** : Calidad de vida relacionada con la salud bucal.

RESUMEN

Este estudio fue de tipo aplicada, nivel correlacional, método observacional e interrogatorio y diseño no experimental transversal, de los 75 Adultos Mayores encuestados del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017, se encontró con mayor frecuencia del grupo etáreo de 66 a 75 años (61.3%), del género femenino (66.7%), grado de instrucción analfabeta (61.3%), hábito de higiene bucal no saludable (94.7%) y calidad de vida oral bajo (96.0%).

La calidad de vida oral fue baja fue en todo los grupo etareos, mas ente 66 a 75 años (57%), seguido de 66 a 75 años (19%), en ambos géneros, siendo mayor en el género femenino (65%) y masculino (32%), en todos los grados de instrucción, siendo mayor en analfabetos (65%) seguido con primaria incompleto (22%)

El hábito bucal no saludable fue en todos los grupos de edad siendo mayor en el grupo etáreo de 66 a 75 años (58.7%), seguido en 76 a 85 años (18.7%), fue en ambos géneros siendo mayor en el género femenino (57%) y en masculino (23%) y fue en todos los grados de instrucción con mayor frecuencia en analfabetos (61%), seguido con primaria incompleta (23%)

Concluyendo que no existe relación entre el hábitos de higiene bucal con la calidad de vida oral de los Adultos Mayores del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2016. $X^2_{0.05} \text{ gl } 2$ ($p=0.176$).

Sugiriendo de acuerdo a estos resultados por grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida oral y de su hábitos de higiene bucal no saludables, a las entidades prestadoras de salud y universidades realizar actividades de proyección social y servicio odontostomatológica básico y especializada en rehabilitación oral con participación de la autoridad edil implementando estrategias con un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya otros factores capaces de

comprometer el bienestar de las personas de tercera edad, proponiendo y generando políticas públicas en salud bucal en beneficio de esta población muy vulnerable.

Palabras clave: Hábitos de higiene bucal, calidad de vida oral y Adulto Mayor.

ABSTRACT

This study was applied, correlational level, observational method and non-experimental cross-sectional design, of the 75 older adults surveyed at the Comprehensive Care Center of the Municipality of San Juan Bautista Ayacucho 2017, was found more frequently Age group of 66 to 75 years of age (61.3%), female gender (66.7%), illiterate education level (61.3%), unhealthy oral hygiene habits (94.7%) and low oral quality of life.

The oral quality of life was low in all age groups, ranging from 66 to 75 years (57%), followed by 66 to 75 years (19%), in both genders, being higher in the female gender (65%) And male (32%), in all educational levels, being higher in illiterates (65%) followed by incomplete primary education (22%).

Unhealthy oral habits were found in all age groups, being older in the age group of 66 to 75 years (58.7%), followed in 76 to 85 years (18.7%), was in both genders being higher in the female gender (57%) and in male (23%) and was in all educational levels with the highest frequency of illiterate (61%), followed by incomplete primary education (23%)

Concluding that there is no relationship between oral hygiene habits and oral quality of life of the elderly in the Comprehensive Care Center of the Municipality of San Juan Bautista Ayacucho 2016. $X^2_{0.05} \text{ gl } 2 (p = 0.176)$.

Suggested according to these results by group of special interest for public health due to poor perception of their oral quality of life and their unhealthy oral hygiene habits, health care providers and universities carry out activities of social projection and Basic odontoestomatological service specialized in oral rehabilitation with the participation of the edil authority implementing strategies with a psychosocial approach to oral health that includes other factors capable of compromising the welfare of the elderly, proposing and generating public policies in oral health to benefit Of this very vulnerable population

Key words: Oral hygiene habits, oral and elderly quality of life

INDICE

CARATULA	
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RELACIÓN DE CUADROS.....	iv
RELACIÓN DE GRÁFICOS.....	vi
ABREVIATURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	xi
INDICE.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xvi

CAPITULO I

1.PLANTEAMIENTO METODOLOGICO.....	18
1.1.DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	18
1.2.DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.2.1 Delimitación Espacial.....	19
1.2.2 Delimitación Social.....	19
1.2.3 Delimitación Temporal.....	19
1.2.4 Delimitación Conceptual.....	19
1.3.PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.3.1 Problema Principal.....	20
1.3.2 Problemas Secundarios.....	20
1.4.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.4.1.Objetivo General.....	21
1.4.2.Objetivos Específicos.....	21
1.5.HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.5.1.Hipótesis Nula.....	22
1.5.2.Hipótesis Alterna.....	22
1.6.VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.6.1.Variable Independiente.....	22
1.6.2.Variables Dependiente.....	22
1.6.3.Variables Intervinientes.....	22
1.6.4.Definición Conceptual y Operacional de variables.....	23
1.7 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	25

1.7.1 Tipo y Nivel de Investigación.....	25
1.7.2 Métodos y Diseño de Investigación.....	25
1.7.3 Universo, Población y Muestra.....	25
1.7.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	27
1.7.5. Plan de análisis de datos.....	29
1.8. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACION DE LA INVESTIGACION.....	30
1.8.1 Justificación de la Investigación.....	30
1.8.2 Importancia de la Investigación.....	31
1.8.3 Limitación de la investigación.....	32
1.9. Implicancia Éticas.....	33

CAPITULO II

2.MARCO TEÓRICO.....	34
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	34
2.2 Bases Teóricas:.....	45
2.2.1. Habito.....	46
2.2.1.1. ¿cómo se forman los hábitos.....	46
2.2.2. Habito en higiene oral.....	47
2.2.2.1. cepillado.....	47.
2.2.2.2. técnica correcta del cepillado.....	49
2.2.2.3.limpieza con hilo dental.....	49
2.2.2.4. Enjuague oral.....	50
2.2.3. Calidad de vida.....	50
2.2.4 Calidad de vida en el Adulto Mayor.....	51
2.2.5 Calidad de vida relacionada con la salud oral.....	52
2.2.6. Instrumento para la evaluación de la (CVRSO) en adulto mayor.....	53
2.2.7 Oral Healt impact profile (OHIP).....	54
2.2.8 Oral impacts on daly performances (OIDP).....	56
2.2.9. Geriatric/ general oral health assessment index (GOHAI).....	57
2.2.10 Estudios de ccomparación entre estos instrumentos.....	58

2.3 Definición de Términos Básicos.....	59
2.3.1. Hábito.....	59
2.3.2. Hábitos de higiene oral.....	59
2.3.3. Calidad de vida.....	59
2.3.4. Calidad de vida oral.....	59
2.3.5. Adulto mayor.....	59

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	61
DISCUSIONES.....	75
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	88

INTRODUCCIÓN.

Según Marin D. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la “tercera edad”, vejez o ancianidad empieza a los 60 años de edad, etapa en la cual este grupo humano es denominado “población Adulto Mayor” (PAM). Este parámetro tiene que ver con la expectativa de vida (promedio del varón 70-78 años para la mujer; sin embargo, esta cifra tiende a ser mayor en los países desarrollados (75 años) que en los países en desarrollo (45-60 años). Según Berkey D, Berg R. Proyecciones de la OMS, la población global está aumentando a una tasa anual de 1,7%, mientras que la población mayor de 65 años aumenta a una tasa de 2,5%. Estas cifras presentarán variaciones significativas hacia el año 2050, principalmente en el grupo de mayores de 80 años.

Este grupo generalmente abarca el 11% de la población mayor de 60 años; para el 2050 las Naciones Unidas estiman que la población mayor de 80 años abarcará cerca del 60% de la población mayor de 60 años del mundo. Según Marín D. Este proceso también se manifiesta en nuestro país. En los últimos 35 años la población de 60 y más años de edad se ha triplicado, aumentando en 1 millón 700 mil personas, y el ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años es cerca de dos veces que la del conjunto de la población Peruana.

Según Marín D. y el Instituto Nacional de Estadística. Hablan respecto al proceso de envejecimiento, hacia 1970 la PAM constituía el 5,54% del total nacional; en el censo de 1993 alcanzó el 6,34%; por tanto, en 23 años la PAM creció en casi 1%. El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década. Esto significa que en los próximos 20 años la PAM llegará casi a duplicarse. Al respecto, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) en su informe trimestral abril-mayo-junio 2011 ha reportado que la PAM representa el 8,9% del total de población, aumentando tres décimas porcentuales en comparación con el año anterior, cifras que confirman la tendencia creciente de este grupo etario. Según World Health Organization. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades”, según World Health Organization.y Montero J. definen a la

calidad de vida como: “La percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”.

Según Atchinson KA, Dolan TA. La investigación de la calidad de vida implica un enfoque multifactorial que también se ve reflejado en el campo odontológico. La PAM suele presentar una condición oral deficiente, considerando que las enfermedades orales tienden a agravarse con el paso del tiempo si no reciben tratamiento, y a la filosofía asistencial que imperaba hasta hace poco basada en las extracciones dentarias. Uno de los primeros instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral desde un punto de vista funcional fue el índice de salud oral geriátrico (Geriatric Oral Health Assessment Index o GOHAI), desarrollado por Kathryn A. Atchinson y Teresa A. Dolan de las Universidades de California y Florida, en 1990. Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de 12 preguntas, lo que facilita su uso y aumenta las probabilidades de que sea contestado en forma completa.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

“En el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, en la percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos. A nivel de salud bucal también se presentan cambios sobre los tejidos orales y funciones, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral, la calidad de vida relacionada con la salud oral ha sido estudiada principalmente en los Adultos Mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad, el cual han presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países”.(7)

“En los centros de atención geriátrica encontramos Adultos Mayores muchos de ellos sin la atención odontológica adecuada, con ausencia de prótesis dentales o con el uso de prótesis en mal estado. Se debe entender que los pacientes geriátricos presentan alteraciones por involución del cuerpo que es propia de la edad y que afectaría a los diferentes sistemas, o que provocaría una alteración en su calidad de

vida oral, sumado a las características psicológicas que los llevan a depresiones continuas”.(7)

“La enfermedad periodontal es una enfermedad altamente prevalente en Adultos Mayores, causando no solo problemas de índole estructural, sino también limitando la función normal de nutrición, fonética, estética, e incluso causando problemas para la relación interpersonal, entre otras razones, por la pérdida de piezas dentales o la presencia de halitosis.”(12)

Esto podría conllevar a una afectación de la calidad de vida, sumado a hábitos inadecuados e higiene y las propias características sociodemográficas que presentan los Adultos Mayores de la región de Ayacucho. Siendo esta una región de extrema pobreza y teniendo en cuenta que los Adultos Mayores no son considerados como población priorizada. Siendo olvidados por la sociedad y las autoridades para mejorar su calidad de vida en los estratos sociales como los servicios básicos de vida, alimentación adecuada por la pérdida dentaria consiguiente a una desnutrición severa y enfermedades sistémicas de estos Adultos Mayores del Distrito de San Juan Bautista.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1. Espacial: El presente investigación se realizó en el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista provincia de Huamanga departamento de Ayacucho.

1.2.2. Social: El grupo social objeto de estudio son los pacientes Adulto Mayor, de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho.

1.2.3 Temporal: El desarrollo de la investigación se realizó entre los meses de Febrero – Abril 2017.

1.2.4. Conceptual: La realización de la presente investigación busca entender los hábitos de higiene bucal y la calidad de vida oral en el Adulto Mayor.

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.

1.3.1. Problema Principal.

¿Cuál es la relación de los hábitos de higiene oral con la calidad de vida oral en el Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?

1.3.2. Problemas Secundarios:

PS1. ¿Cómo es la calidad de vida oral en el Adulto Mayor según género del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?

PS2. ¿Cómo es la calidad de vida oral en el Adulto Mayor según edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?

PS3. ¿Cómo es la calidad de vida oral en el Adulto Mayor según grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?

PS4. ¿Cómo son los hábitos de higiene oral en el Adulto Mayor según género del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?

PS5: ¿Cómo son los hábitos de higiene oral en el Adulto Mayor según edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?

PS6: ¿Cómo son los hábitos de higiene oral en el Adulto Mayor según grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?

1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

1.4.1. Objetivo General:

Determinar la relación de los hábitos de higiene oral con la calidad de vida oral en el Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?

1.4.2 Objetivo Específico:

OS1. Conocer la calidad de vida oral en el Adulto Mayor según el género, del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.

OS2. Conocer la calidad de vida oral del Adulto Mayor según edad, en el Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.

OS3. Conocer la calidad de vida oral del Adulto Mayor según grado de instrucción, del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.

OS4. Conocer los hábitos de higiene oral en el Adulto Mayor según género, del Centro de Atención integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.

OS5. Conocer los hábitos de higiene oral del Adulto Mayor según edad, del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.

OS6. Conocer los hábitos de higiene oral del Adulto Mayor según el grado de instrucción, del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

Hi: Si existe relación entre los hábitos de higiene oral y la calidad de vida oral en el Adulto Mayor atendido en el centro de atención de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Ho: No existe relación entre los hábitos de higiene oral y la calidad de vida oral en el Adulto Mayor atendido en el centro de atención de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

1.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.6.1 Variable Independiente.

1.- Hábitos higiene oral.

1.6.2 Variable Dependiente.

1.- Calidad vida oral.

1.6.3 Variable Intervenientes.

1.- Edad

2.- Género

3.- Grado de instrucción

1.6.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

“ RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL CON LA CALIDAD DE VIDA ORAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN JUAN BAUTISTA AYACUCHO - 2017”

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES O CATEGORIAS
Calidad de vida oral	“Es el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición. Así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”. Estas Influyen en la calidad de vida y afectan diversos aspectos del diario vivir, como la función masticatoria, la apariencia física y las relaciones interpersonales.	- Función física -Función psicosocial -Dolor e incomodidad	GOHAI	- ordinal	- Bajo < 51 -Moderado 51-56 -Alto 57-60
Hábitos de higiene bucal	Esta es parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades en un hábito muy importante para la salud los dientes de la boca y del organismo en general.	Cuestionario de hábitos de higiene bucal	Pregunta directa	Nominal Dicotómica	-Saludable 3 -No saludable<3
Género	Características biológicas que	Pregunta	DNI	Nominal	Masculino

	distinguen al hombre de la mujer	directa.		dicotómica	Femenino
Edad	tiempo cronológico de la persona desde su nacimiento a la actualidad	Pregunta directa	DNI	ordinal	60-65 66-75 76-85 86 - +
Grado de instrucción	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal).	Pregunta directa.	Pregunta directa	Ordinal	1.- Analfabeto 2.-Primaria.Incompleto 3.-Primaria Completo 4.Secundaria.Incompleto 5.Secundaria.Completo 6.- Superior técnico 7..-Superior universitario

1.7 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.7.1 Tipo y Nivel de la Investigación.

La investigación es de tipo **aplicada** porque busca la aplicación de los conocimientos que se adquieren y nivel de investigación **correlacional** porque el propósito de la investigación es relacionar entre las variables como es la calidad de vida oral y hábitos de higiene oral.

1.7.2 Método y diseño de la investigación.

El método empleado es **interrogatorio** por que se preguntará mediante dos cuestionarios para cada variable y el diseño es **no experimental** porque no se manipuló ninguna variable de la muestra y **transversal** porque se recoge la información de la misma muestra en un momento determinado, una sola vez con dos instrumentos de ambos variables.

1.7.3 Universo, Población y Muestra

Universo.-

Son todos los Adultos Mayores del Distrito de San Juan Bautista. Según el último censo Nacional XI de población y VI de vivienda 2007 (INEI), cuenta con 2129 entre las edades de 60 a más años censados a nivel del distrito de San Juan Bautista.

Población.

La población en el presente estudio estuvo conformada por los Adultos Mayores del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho, que son 250 Adultos Mayores.

Criterios de Inclusión:

En el presente estudio se consideraron:

- Sujetos con edad mayor de 60 años de edad a más.
- Adultos que pertenezcan al Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho.
- Adultos atendidos en el CAIAM de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho en el año– 2017.
- Adultos que sean dentados totales o desdentados parciales, que permitan realizar el Índice de evaluación de calidad de vida oral en geriatría (GOHAI).
- Adultos que no sufran de alteraciones mentales.
- Adultos que puedan comunicarse fluidamente.
- Adultos que consientan ser parte del estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Adultos que sufran de alteraciones mentales
- Adultos que no puedan comunicarse por sí solos y requieren asistencia de otra persona.
- Adultos que no consientan ser parte del estudio y firmen el consentimiento informado.

Muestra

El tamaño de la muestra de estudio fue constituido por un grupo representativo de la población. El cálculo se realizó empleando la siguiente fórmula según Roberto Hernández Sampieri, cuando se conoce el tamaño de la población:

$$n^{\circ} = \frac{Z^2 * pq}{e^2} \qquad n' = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{(n^{\circ} - 1)}{N}} \quad N$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población.

Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%).

e= Límite de error = 0.05.

p = Proporción esperada (en este caso 5% = 0.05).

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.5).

Desarrollo de la fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025} = 384$$

$$n' = \frac{384}{1 + (384 - 1)} = \frac{384}{1 + 383} = \frac{384}{384} = 1$$

75

Luego de aplicar la fórmula señalada, se determinó un número muestral de 75 Adultos Mayores.

Tipo de muestra fue de aleatorio simple.

1.7.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas: la técnica empleada fue encuesta oral guiada con el cuestionario de procedimientos.

- 1.- Se solicitó la autorización para la ejecución de la muestra a la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista
- 2.- Se coordinó con la responsable del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista. Para determinar la fecha y hora para la recolección de información.
- 3.- Se identificaron a los Adultos Mayores que pertenecen al Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista.

4.-Citación a los Adultos Mayores a al Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista. En la fecha y hora coordinado con la responsable.

5.-Recojo de información detallada de cada Adulto Mayor citado.

Instrumentos:

Los instrumentos empleados fueron para cada variable:

1.-Índice de evaluación de Calidad de Vida Oral en Geriatría (GOHAI): Utilizado de forma confiable en individuos mayores. Fue diseñado con la intención de proporcionar una evaluación amplia de las condiciones de salud bucal de personas ancianas, en un formato que permite su uso en estudios epidemiológicos como en la práctica diaria.

El GOHAI está compuesto por 12 ítems o preguntas y evalúa tres dimensiones:

Función física, que comprende aspectos como comer, hablar, y tragar.

Función psicosocial, comprende aspectos de preocupación acerca de la salud oral, autoimagen, conciencia de la salud y limitación de los contactos sociales por causa de problemas orales.

Dolor o incomodidad asociados al estado bucodental.

La respuesta a las variables o ítems, es obtenido con una escala de Likert con 5 niveles de respuesta:

S= siempre (1); F= frecuentemente (2); AV= algunas veces (3); RV= rara vez (4); N= nunca (5).

Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto: donde, siempre=5; frecuentemente=4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca=1. Conversión que se realiza al momento del análisis.

El valor total del GOHAI, se establece sumando las respuestas de los 12 ítems, pudiendo variar de cero a sesenta.

Las escalas del GOHAI fueron divididas en tres categorías: alto, moderado y bajo nivel de salud. Una escala de GOHAI de 57 a 60 es considerada como nivel alto, de 51 a 56 como moderado, y 50 o menor valor es considerado como nivel bajo.

Este instrumento fue validado mediante la prueba estadística de Alfa Cronbach (ver Anexo).

2.- Hábitos de Higiene Oral: es un instrumento para determinar el estado de higiene bucal de cada paciente consta de cuatro preguntas con cinco alternativas en la escala de Likert. De menos (1) a mas (5) con las calificaciones de higiene bucal no saludable cuando las respuestas son <3 e higiene bucal saludable las respuesta es > o = a 3 en más de tres preguntas.

Higiene Bucal	Calificación
No saludable	< 3
saludable	3

Información extraída de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Este instrumento fue validado mediante la estadística de Alfa de Crombach (Ver anexo).

1.7.5. Plan de Análisis de Datos.

Una vez obtenidos los datos se tabularon en una hoja de cálculo (Microsoft Excel 2010) de acuerdo a los. Objetivos e hipótesis planeada por cada individuo de estudio e ítems estudiados, y luego se exporto a un software estadístico (SPSS 24.0) para el análisis descriptivo, donde se elaboraron tablas de frecuencia y gráficos, de acuerdo a la naturaleza de las variables. Además, se realizó la estadística inferencial con un nivel de significancia de

0,05. Para la contratación de la hipótesis se utilizó el método de prueba chi cuadrado cuya fórmula es empleada:(27)

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Fo = valor de frecuencia observada.

Fe = valor de frecuencia esperada.

1.8. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.8.1. Justificación de la Investigación.

El presente trabajo se justifica porque presenta información necesaria que permitió conocer los hábitos de higiene oral y la calidad de vida oral en los Adultos Mayores. Que es una involución natural de todos sus sistemas, producida por una degeneración tisular de las estructuras anatómicas de su organismo. Cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al Adulto Mayor, es usual mencionar una serie de sistemas que pueden estar comprometidos, como el sistema estomatognático, importante en varias de las funciones biológicas del individuo.

También se justifica investigación para poner en práctica los resultados de esta investigación, mejorar los hábitos de higiene oral y calidad de vida oral en el Adulto Mayor, que presentó al verse afectado en varias de estas funciones, además de la falta de actividad que genera ansiedad, y hasta depresión, que su calidad de vida puede afectarse como una suma de todas las anteriores alteraciones, esto es visible en el mal hábito de higiene oral en relación a la salud oral. Como también esta investigación

tiene su justificación en enfocarse en los hábitos de higiene oral y la calidad de vida oral del Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Provincia de Huamanga, Departamento de Ayacucho.

“Siendo este Distrito localizado en la sierra central del Perú al sur este de la ciudad de Ayacucho en la provincia de Huamanga, Departamento de Ayacucho a un altitud promedio 2800msnm, según el último censo nacional XI de población y VI de vivienda 2007, tiene una población de total de 38,457 de los cuales como los adultos mayores censados son 2129 entre las edades de 60 a 95 años población vulnerable a afectar su calidad de vida oral deteriorada por falta de buenos hábitos de higiene oral sumada por su dificultad de accesibilidad a los Establecimientos de Salud y servicios de saneamiento básicos y la falta de información por lo que este trabajo de investigación se justifica teniendo una relevancia social por que contribuirá a la sociedad de este grupo humano que a través de este trabajo de investigación de hábitos de higiene oral y su relación con la calidad de vida oral la que servirá a estudios posteriores y mejorar las estrategias con las políticas de salud bucal y plantear acciones para mejorar la calidad de vida oral del Adulto Mayor.”(28)

1.8.2. Importancia de la Investigación.

La presente investigación es importante por las siguientes razones:

- Se identificó la relación de los hábitos de higiene oral con las condiciones de la de vida oral en los Adultos Mayores del centro de atención integral del Distrito de San Juan Bautista Ayacucho.

También se identifica los factores restrictivos de una buena higiene oral que dificulta que dificulta mejorar el conocimiento y la

importancia de brindar una mejor calidad de vida oral, limitando el desarrollo social del Adulto Mayor dándole a si una importancia en el cuidado de su salud oral, para garantizar una buena calidad de vida oral.

- Promoverá al conocimiento de hábitos de higiene oral y la calidad de vida oral adecuado, para mejorar el estado bucodental del adulto mayor.

- Desarrollará estrategias básicas para comprender la relación de los hábitos de higiene oral con la calidad de vida oral. Propicio como constructo una buena calidad de salud bucodental apropiada tanto para los Adultos Mayores como la comunidad en general del Distrito de San Juan Bautista Ayacucho.

- Impulsará el desarrollo social de salud de la región de Ayacucho, en vista que plantearemos procedimientos estratégicos de práctica de los hábitos de higiene oral con la calidad de vida oral. A pesar de que la salud bucal del paciente Adulto Mayor está determinada por diversos factores locales y como ambientales, cuyo indicador son de cuidado odontológico. La patología que se encuentra en la boca del Adulto Mayor es variada, pero claramente existen cuadros más frecuentes, que debieran orientar en cuanto al énfasis preventivo y al tratamiento de elección.

- Es importante también por que el Cirujano Dentista clínico evalúe también la calidad de vida, más aun teniendo instrumentos que la miden ésta en relación particular con los hábitos de higiene oral.

1.8.3 Limitación de la Investigación

En el desarrollo de la presente investigación afrontamos las siguientes limitaciones de tipo:

- Escasez de material bibliográfico relacionado a las variables de investigación.
- Carencia de investigaciones a nivel de pre y posgrado similares al tema de investigación a nivel nacional
- Falta de bibliotecas especializadas en la región que cuenten con material bibliográfico actualizado.

1.9. IMPLICANCIAS ÉTICAS

El presente estudio obedece a los principios de acuerdo a la Declaración de Helsinki, la que promueve el respeto, la justicia y la beneficencia por parte de la investigadora hacia la población de estudio. El respeto se vio reflejado en el Consentimiento Informado, el que expresa la voluntad de la población en participar en el estudio. La justicia se verá representada por la aleatoriedad en la selección de la muestra poblacional. La beneficencia se dio por la ausencia de maltrato o de cualquier procedimiento que no causo daño a la población de estudio.

Además, la investigadora no tuvo ningún conflicto de interés con los resultados de la presente investigación.

CAPITULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

Internacionales:

ABARCA Y Colaboradores (2015) en Chile, realizaron un estudio con el **propósito** de establecer la relación entre calidad de vida relacionada a la salud bucal y el Índice COPD en Adultos Mayores de ELEM de Viña del Mar y Valparaíso autorizados. El **tamaño** muestral fue determinado por fórmula del EPIDAT 4.0 asumiendo un muestreo por conglomerado. Se tomaron 56 centros de Viña del Mar y Valparaíso obtenidos de catastro nacional año 2012, requiriéndose 8 establecimientos para muestra representativa. Se **realizó** examen oral para evaluar el índice COPD y además se aplicó encuestas para obtener el Índice GOHAI. Se examinaron 32 pacientes. 71,88% mujeres y 28,13% hombres, de edad promedio de 79,8 años. El COPD registrado obtuvo un promedio de 23,5. Los valores GOHAI obtuvieron un promedio de 42,34. Se **comparó** el Índice COPD por ciudad ($p=0,34$), ELEM ($p=0,72$), sector ($p=0,57$), edad ($p=0,22$) no presentando diferencias estadísticamente significativas. Se **comparó** el Índice GOHAI con ciudad ($p=0,58$), ELEM ($p=0,67$), Sector ($p=0,81$) y edad ($p=0,41$), no

presentando diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, el grado de correlación de las variables principales se obtuvo un valor de correlación de 0,312. **Se concluyó** que existe una estrecha relación entre la Calidad de vida relacionada a la Salud bucal y el Índice COPD con una correlación negativa (-0,312) en pacientes adultos mayores que residen en ELEAM en las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso. Esto conlleva a una proporcionalidad inversa. **Se establece** que el sexo femenino son de mayor edad y cantidad en comparación al masculino. Valores de COPD y GOHAI son similares tanto por ELEAM, ciudad, sector y grupo etario. Se observarían valores de GOHAI fueron bajos en cuanto a la clasificación de calidad de vida que se establece (Puntaje<57), lo que se traduce en que un 100% de la gente encuestada posee una mala calidad de vida en relación a su salud bucal, dato realmente alarmante, para los futuros objetivos de salud pública. (1)

DOS SANTOS (2014) en España, realizó un estudio con el principal **objetivo** de valorar la relación entre ciertos factores causales (datos sociodemográficos, conductuales, salud general, salud oral) con ciertas consecuencias funcionales (nivel de autonomía, calidad de vida oral, habilidad masticatoria) de los ancianos institucionalizados de la región de Viseu, recogiendo el impacto en calidad de vida oral mediante el cuestionario OHIP -14. Para ello se **evaluaron** 202 ancianos presentes en los centros de día y residencias de ancianos en el municipio de Viseu durante el período 2012-2014. 26,3% eran analfabetos, 42,4% tenían estudios primarios, 9,9% estudios secundarios y 5,5% estudios superiores. Solo 1,4% de los anciano tenían un nivel socioeconómico alto, mientras que 64,3% un nivel bajo y medio. 10,9% presentaron periodontopatías, donde no había diferencia significativa entre género ni edad. Los ítems que se presentan con **mayor impacto** son el OHIP 7 (47.3%) (“¿Su dieta ha sido insatisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?”), el OHIP 8 (45.1%) (“¿Tuvo que interrumpir su alimentación debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?”), el OHIP 4 (41.7%) (“¿Ha sentido algún malestar al comer

cualquier tipo de alimento debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?”), el OHIP 2 (32.5%) (“¿Ha sentido alterado su paladar debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?”) y el OHIP 1 (29.0%) (“¿Ha tenido dificultades en pronunciar cualquier palabra debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?”). (2)

CORNEJO Y Colaboradores (2013) en España, realizaron un estudio con el **objetivo** de describir el estado de salud oral y los factores asociados con la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en Adultos Mayores de 65 años institucionalizados en Barcelona. Mediante una **investigación transversal** se evaluaron 194 Adultos Mayores. La variable dependiente fue la CVRSB de acuerdo al índice GOHAI. Las variables independientes fueron el nivel socioeconómico, la última visita dental, el estado de salud subjetivo y objetivo. El análisis de regresión robusta de Poisson fue utilizado para determinar los factores asociados con la CVRSB además de la fuerza de asociación. Los resultados mostraron que, de acuerdo al GOHAI, 94 mujeres (68,1%) y 36 hombres (64,3%) tuvo una pobre CVRSB. El índice CPO promedio fue de 22,8, con una media de 10,2 de piezas remanentes. De acuerdo al Índice Periodontal Comunitario, solo 1,9% no presentaron periodontopatías. 33,8% de la muestra presentó edentulismo, 54,2% necesitaba prótesis superior y 64,7% inferior. Solo 7,2% realizaron una visita dental en el último año. Se observó una asociación entre la pobre CVRSB y problemas autoreportados dentales y periodontales. Además también se mostró asociación con el edentulismo y necesidad protésica, pero no con factores socioeconómicos o la última visita dental. **Se concluyó** que la población de estudios tiene una salud oral pobre, asociada a ciertos factores dentales y periodontales. (3)

TAPIAS Y FORTICH (2013) en Colombia, determinaron el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos atendidos en la clínica de odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez. Se **realizó** un estudio observacional descriptivo de corte transversal en la ciudad de Cartagena de Indias,

Colombia; en donde la población estuvo conformada por todos los adultos que asisten a la clínicas odontológicas de la Corporación Universitaria Rafael Núñez, **se excluyeron** a todos los pacientes con discapacidad mental y física. **Se diseñó** un instrumento de recolección de la información en forma de encuesta que responda a cada una de las variables: sociodemográficas, familiares, antecedentes personales, antecedentes sistémicos familiares, examen clínico intraoral, y para **evaluar** la percepción de la calidad de vida se aplicó la versión en español del instrumento GOHAI. Los datos fueron depurados y organizados en el programa de Excel, se procedió a la matriz trasportándose al programa estadístico STATA. El promedio de edad de los participantes fue de 47,9 años (DE 14). El 64.5% de la población eran de género femenino, en cuanto al estado civil, 29,5% casados, el nivel académico alcanzado es 24,5% técnico; la religión el 73% son católicos, el 73,5% su procedencia es urbana, el 60,5% pertenecen a estrato socioeconómico. El 31% tienen hasta 4 miembros en su familia. Se encontró que el 68% refiere consulta por estética. A través del Apgar Familiar, se encontró disfuncionalidad severa familiar en un 63%. Al analizar el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), que relacionan la salud bucal con la calidad de vida, se encontró que la función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, el (30%) respondió que a veces. Con respecto al diagnóstico de salud bucal, el 53,85% de los participantes presentaban menos de 19 dientes. **Finalmente** es bueno tener en cuenta que la salud oral de un adulto mayor va a estar afectada en un porcentaje alto, por falta de estética y funcionalidad, la cual le limitara las relaciones con su entorno. (4)

DUQUE Y Colaboradores (2013) en Colombia, realizaron un **estudio transversal** con el fin de analizar la relación existente entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) con indicadores de salud general y salud bucal autopercebida en la población Adulta Mayor que consulta a la IPS Universitaria y explorar los factores sociodemográficos asociados. El estudio evaluó 100 Adultos Mayores que consultaron

servicios de salud en la IPS (2012) mediante encuesta con información sociodemográfica, salud general y bucal; la aplicación del instrumento OHIP-14 (Perfil de Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida), la descripción del OHIP-14 general y según diferentes variables sociodemográficas y de salud y el cálculo de Razones de Prevalencia crudas y ajustadas mediante modelos multivariados. **Los resultados** demostraron que las mayores respuestas se concentraron en las opciones nunca o casi nunca, ocupando porcentajes superiores al 70%. Los peores indicadores de prevalencia se presentaron en mujeres, mayores de 75 años, bajo nivel educativo, estratos socioeconómicos bajos y en la población soltera. En general un poco más de la tercera parte reportaron 1 o más impactos en las dimensiones de la calidad de vida, con un promedio de 0,86 (IC95% 0,53- 1,19) y un puntaje total de severidad de 7,61 (IC95% 5,98- 9,24). **Se concluyó** que, aunque en la mayoría de la población encuestada, su condición bucal no ejercía una influencia negativa en su calidad de vida, al analizar en profundidad se encontraron gradientes de desigualdad según factores sociodemográficos. (5)

DÍAZ y Colaboradores (2012) en España, realizaron un estudio de corte transversal con **el propósito** de asociar la salud bucal y calidad de vida en Adultos Mayores atendidos en la Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Para ello, evaluaron a 120 Adultos Mayores durante el primer semestre de 2011. Se evaluaron variables sociodemográficas, familiares, índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) y diagnóstico de salud bucal. Los datos fueron analizados a partir de proporciones, prueba χ^2 para la comprobación de asociaciones estadísticamente significativas y razones de disparidad (OR). Los resultados mostraron que, al realizar la prueba χ^2 , se encontró significación estadística entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida, según GOHAI ($p = 0,01$) y al asociar este último y los problemas de origen endodóntico (OR: 3,5; IC 95%: 1,4-8,4; $p = 0,004$), hipertensión arterial (OR: 4,44; IC 95%:1,5-12; $p = 0,005$)

y vivir con más de 5 miembros en la familia (OR: 3,38; IC 95%: 1,34-8,49; $p=0,009$). En la regresión logística estos factores constituyeron el modelo que mejor explicaba el detrimento en la calidad de vida relacionada con la salud bucal ($p= 0,0001$; $X^2= 21,31$). Los autores **concluyeron** que los problemas endodónticos comprometen la calidad de vida en los adultos mayores. Es necesario un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya otros factores capaces de comprometer el bienestar. (6)

MOYA y Colaboradores (2012) en Chile, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con el fin de **conocer** la situación de salud oral y calidad de vida del Adulto Mayor que asiste a centros de salud pública del área oriente de Santiago de Chile durante los años 2011-2012, utilizando una muestra probabilística de 380 adultos mayores. Se evaluó historia de caries, estado periodontal y situación protésica. La percepción de calidad de vida se midió con el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Se establecieron dos categorías: “mala calidad de vida” (puntuación ≤ 57) y “buena calidad de vida” (puntuación >57). Los resultados mostraron que la edad media fue de 71,33 años (D.E. $\pm 7,26$); 66,1% son mujeres; 51,6% casado y 78,9% pensionado. Un 32,4% tiene educación media completa. El COPD fue de 22,16 (IC: 95% 21,72-22,60) mayor en mujeres ($p>0,05$) y aumenta con la edad ($p< 0,05$). Un 44% tiene entre 1 y 4 piezas dentarias con lesiones de caries dental. El edentulismo fue de 7,1%. Un 40% presentó bolsas periodontales, de los cuales 20% presentó bolsas mayores a 5,5 mm, sin haber diferencia estadísticamente significativa por género ni edad. Un 43% presenta higiene oral regular. Un 59,5% usa prótesis removible en el maxilar superior y 40,3% en el inferior. Un 76,6% percibe como mala su calidad de vida. Los autores **observaron** que los adultos mayores son un grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida y vulnerabilidad de su salud bucal. (7)

SÁNCHEZ y Colaboradores (2011) en España, realizaron un estudio con el **objetivo** de conocer el estado de salud bucal y el grado de edentulismo de pacientes Adultos Mayores –medidos a través del índice CPOD (dientes cariados, obturados y perdidos) y la clasificación de Kennedy– y asociarlos con la calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional, estado periodontal, algunas enfermedades crónicas y variables sociodemográficas. Para ello se **realizó** un estudio en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia de 102 pacientes mayores de 60 años con algún grado de edentulismo. Se aplicó ficha de identificación para datos personales e información referente a enfermedades, y se hizo una revisión de la cavidad oral para detectar problemas odontológicos. Se utilizaron las pruebas t de Student y ANOVA de un factor, así como el coeficiente de correlación de Spearman, todas con nivel de significado de 0.05. Se eligió el programa SPSS versión 15. Los resultados mostraron un índice CPOD de 16,1, con un promedio de 1,76 de dientes cariados y 10,68 de dientes perdidos. Con respecto a la clasificación de Kennedy, la mayor prevalencia se observó en las clases III (34,3%) y I (43,1%) para el maxilar superior e inferior, respectivamente. Además 72,5% sufrían algún tipo de afección periodontal. Se **encontró** relación significativa entre los dientes perdidos y la edad, hipertensión arterial y la capacidad de hablar y pronunciar correctamente, y entre los dientes cariados y el estado nutricional. No se encontró relación entre el estado periodontal y la calidad de vida. Se **concluyó** que la población de estudio tenía salud bucal deficiente. La única dimensión de calidad de vida relacionada con la salud bucal que se asoció con edentulismo fue la capacidad de hablar y pronunciar correctamente. (8)

DE LA FUENTE y Colaboradores (2010) en México, realizaron una investigación de corte transversal donde estimaron el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de 150 Adultos Mayores entre los 60 y 85 años de edad, quienes asistían a consulta dental en una Delegación Política de la Ciudad de México. La información se obtuvo mediante el

registro de los impactos bucodentales durante los últimos seis meses, a través del Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14, por su sigla en inglés), y la salud bucodental, con el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD). Se **identificó** un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca (87,3%), molestias al comer (64%), dolor bucal (60,7%) e interrupción de la alimentación (56%). Menor impacto tuvieron las preguntas sobre incapacidad total para realizar actividades diarias (14,7%) y dificultad para realizar actividades diarias (13,3%). El CPOD fue de 14,1; el componenteariado, 3,96; los dientes perdidos, 5,95; y los dientes obturados, 4,19. La correlación entre el índice OHIP-14 y el CPOD fue positiva aunque débil ($r=0,26$; $p=0,001$). La prevalencia de periodontopatías fue de 63,75%. La correlación entre la frecuencia de periodontopatías y OHIP-14 fue positiva pero muy débil ($r=0,12$; $p=0,045$). Los autores **concluyeron** que el estado bucodental influye en la calidad de vida de los Adultos Mayores y afecta particularmente la realización de sus actividades cotidianas. (9)

ESQUIVEL Y JIMÉNEZ (2010) en México, determinaron la relación entre la autopercepción de los problemas bucales y la evaluación clínica de un grupo de adultos mayores, por medio de la aplicación del GOHAI. Para ello **realizaron** un estudio transversal, prospectivo y asociativo en un grupo de 96 adultos mayores voluntarios, asistentes a una Casa de Descanso en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Se aplicaron dos instrumentos, el GOHAI y la Encuesta de Salud Bucodental de la OMS. La edad promedio del grupo es 67 años, 84.4% son mujeres. El índice CPOD es de 20.2 (mayor en las mujeres), y aumenta con la edad ($p<0.05$). La prevalencia de enfermedad periodontal fue de 71,4%. A la edad de 65 años tienen un promedio de 20 dientes. El edentulismo fue de 18.75%. Debido a la presencia de caries, 37.5% requiere atención odontológica, mientras que 79.2% requiere reparación o nuevas prótesis, ya sean parciales o totales. El 92.7% obtuvo valores por debajo del punto de corte establecido que es

de 57 en el GOHAI, sin embargo, quienes recibieron consulta dental dentro de los últimos 12 meses o tenían mayor nivel educativo obtuvieron mayor puntuación. Quienes tuvieron menor índice CPOD y mayor número de dientes presentes en la boca **obtuvieron** un puntaje del GOHAI significativamente mayor, mientras que no hubo correlación entre la enfermedad periodontal y el puntaje del GOHAI. (10)

ALCARDE Y Colaboradores (2010) en Brasil, realizaron un trabajo con el fin de **medir** la autopercepción en las condiciones de salud bucal de 137 Adultos Mayores del Municipio de Piracicaba, Sao Paulo; considerando la influencia e variables sociodemográficas, situación de institucionalización, y acceso a los servicios de salud bucal sobre la puntuación final del índice GOHAI. La muestra de este estudio fue compuesta por adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, con edad que variaba en 60 a 92 años de edad, socialmente independiente o parcialmente dependiente, sin alteraciones cognitivas significativas, con diferentes niveles de instrucción y renta mensual. El examen oral y dos cuestionarios fueron utilizados para recolectar informaciones necesarias sobre los sujetos del estudio: el primero compuesto por los 12 ítems del índice GOHAI, y el segundo para el análisis de las variables sociodemográficas. Los datos fueron tratados con la prueba Chi cuadrado y regresión logística, con un nivel de confianza de $p=0,05$. Los resultados mostraron una media final del índice GOHAI de 27,49, denotando un bajo nivel de autopercepción, y una asociación estadísticamente significativa para las variables estilo de vida e institucionalización. Fue considerado el factor de riesgo para baja autopercepción de la salud bucal a demanda urgente por asistencia odontológica y a la necesidad sentido por el paciente para asistencia odontológica, resultado en un bajo índice GOHAI, con diferencia estadísticamente significativa ($p<0,0001$), **probando** que una baja autopercepción de la salud bucal tiene correlación directa con una peor condición clínica de salud bucal, pudiendo ser utilizado para a planificación de la salud pública. La puntuación final del índice GOHAI en

este estudio es considerada baja. La automotivación y autopercepción para la necesidad de asistencia odontológica fueron considerados indicadores para una baja puntuación del índice GOHAI. (11).

NACIONALES:

CHAVEZ (2015) en Trujillo Perú, se realizó un proyecto de investigación tal estudio tuvo como **objetivo** determinar la relación entre el estado de salud bucal y nutricional del adulto mayor que acude al Hospital Provincial de Virú, La Libertad en el periodo setiembre - octubre 2015. El estudio fue prospectivo, transversal, descriptivo y observacional e incluyó un total de 166 adultos mayores que acudieron al Hospital Provincial de Virú. Se **utilizó** una ficha de recolección de datos como instrumento de evaluación, en la cual se recopiló la información del examen bucal (según índice CPOD) y estado nutricional (IMC).

Los **resultados** obtenidos de la población examinada fue de que no se encontró diferencia significativa ($p > 0.05$) entre el estado de salud bucal en relación el estado nutricional. Se encontró que en la mayoría de la población la salud bucal del 43% fue severa y en el estado nutricional el 45% tenía sobrepeso. Existió diferencia significativa tanto en el estado de salud bucal y nutricional con respecto a la edad. ($p < 0.05$), pero no según el género.

Se concluyó que la salud bucal en relación al estado nutricional en adultos mayores que acudieron al Hospital Provincial de Virú, La Libertad no tuvo relación directa, por lo que se recomienda planificar alternativas de tratamiento en mejora de la salud oral de esta población.(12)

GALLARDO Y Colaboradores (2013) Perú, se realizaron un **estudio** con el propósito de determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos en Lima, Perú. El estudio fue de tipo **descriptivo**. La muestra estuvo conformada por 164 Adultos

Mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La **información** se obtuvo mediante una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Se realizó el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para **evaluar** la relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, nivel educativo y presencia de enfermedades sistémicas se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. La mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ($p= 0,239$), con el nivel educativo ($p= 0,085$), ni con la existencia de enfermedades sistémicas ($p= 0,438$). La mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del estado. Asimismo, el GOHAI constituye un instrumento de sencilla aplicación, que permite evaluar la autopercepción de salud oral y detectar las necesidades de atención del adulto mayor; sin embargo, se requieren estudios adicionales que permitan validar el instrumento y evaluar su aplicación en programas preventivos de salud. (13)

CORONADO y Colaboradores (2009) en Chiclayo – Perú, realizaron un trabajo de investigación de la calidad de vida relacionada con la salud es tal vez una de las formas más objetivas de **medir** la salud. Proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud. **El propósito** del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo, e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello.

La metodología que se realizó fue un muestreo por conglomerados, participando 400 sujetos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos:

una ficha socio epidemiológica y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Survey, cuyas dimensiones evaluadas fueron: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM).

En relación al **resultados** se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ y una media general de $71,29 \pm 7,90$. 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones FS, SM y la VT obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75 % o puntaje, 68,74%, y 64,61% respectivamente; y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a SG, RF y DC con el 50,22, 61,18 y 62,22 respectivamente. Conclusiones: el sexo masculino, grado de instrucción, ingreso > a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. La escala resumen física que compara con población anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de $48,68 \pm 7,56$ y $54,22 \pm 9,56$ respectivamente; y la escala resumen mental fue de $50,94 \pm 12,23$ y $57,43 \pm 11,43$ respectivamente. (14)

REGIONALES

Después de una amplia revisión bibliográfica, no se encontró ningún antecedente sobre el tema de investigación considerando como ningún antecedente.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Hábito

En psicología el hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

“Algunos hábitos (por ejemplo, el emparejar una agujeta constantemente) pueden desperdiciar importantes procesos mentales que bien podrían aprovecharse en tareas más exigentes, pero otros fomentan prejuicios o son perjudiciales.” (15)

En la “Ética a Nicómaco”, Aristóteles define los hábitos como “aquello en virtud de lo cual nos comportamos bien o mal respecto de las pasiones. El hábito predispone a un sujeto para la realización perfecta de una tarea o actividad. En la medida en que la naturaleza predispone también a un sujeto (puesto que le da inclinaciones) la tradición habla de los hábitos como de segundas naturalezas.” (15)

Existen diferentes tipos de hábitos, algunos de estos son:

1. Hábitos físicos
2. Hábitos afectivos
3. Hábitos sociales
4. Hábitos morales
5. Hábitos intelectuales
6. Hábitos mentales
7. Hábitos de higiene
8. Hábitos costumbristas.(15)

¿Cómo se forman los hábitos?

“Nadie nace con ellos, se adquieren, no suceden sin ser ocasionados. Cada persona suele moldear continuamente su forma de ser y de actuar, de acuerdo a las influencias que recibe del medio que la rodea; en la casa, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, con todo esto vamos construyendo nuestra identidad, estilo de vida, y construimos así nuestro sistema de creencias y valores, el cual define la actitud que tendremos ante la vida y el rol que ocuparemos en la sociedad, mismo que estará presente en toda situación o actividad y puede ser modificado por las exigencias del medio.(15)

Los valores, ideas, sentimientos y experiencias significativas definen los hábitos de cada persona. Por tanto los hábitos se crean, no se obtienen por herencia, se pueden volver necesidades y nos llevan a realizar acciones automatizadas.” (15)

2.2.2.-Hábitos de Higiene Oral

“Es un hábito muy importante para la salud los dientes de la boca y del organismo en general. La higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.

Una buena higiene bucal o dental debería establecerse mediante la adopción de cuatro hábitos: El cepillado, la limpieza con hilo dental, el enjuague y la visita periódica al dentista y al higienista dental. También es importante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico, sobre todo los azúcares, como la sacarosa o la glucosa. Los problemas y enfermedades odonto-estomatológicas más frecuentes debidos a una incorrecta o insuficiente higiene bucal o dental son: Desarrollo excesivo de placa bacteriana, formación de sarro, halitosis, caries, gingivitis y periodontitis.”(16)

Otro problema que puede deberse a una deficiente higiene bucodental es la halitosis. El mal olor del aliento puede verse influido por la presencia de caries.

El Cepillado

Una buena higiene bucal comienza por un correcto cepillado, que conviene realizar justo después de cada comida, ingesta de bebidas, especialmente las azucaradas y carbonatadas, de golosinas o aperitivos, o de cualquier alimento. El cepillado más importante, y el que no debe faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. Hay alimentos duros como la

zanahoria cruda que al ser mordidos arrastran la placa bacteriana. Otros alimentos como el queso parecen tener propiedades remineralizantes del esmalte.

Sin embargo, un cepillado excesivo puede incidir en un temprano desgaste del esmalte, en especial si se han ingerido cítricos después de las comidas, por lo que lo ideal está entre dos y tres cepillados diarios. (16)

“También puede ser aconsejable cepillarse antes de la comida para reducir la placa bacteriana. Se recomienda cepillarse los dientes por un tiempo de tres a cinco minutos; es decir, diez cepilladas por cada dos dientes. De preferencia debe ser con un cepillo mediano, de cerdas y mango recto y con una pasta dental. Es importante recalcar que el odontólogo es quien debe valorar cómo debe ser la higiene oral de cada paciente de acuerdo con sus necesidades. El uso de chicles puede ser aconsejable. La acción de masticar estimula la secreción de saliva, que evita que el pH de la boca se vuelva excesivamente ácido. El xilitol inhibe el crecimiento de la bacteria *Streptococcus mutans*, que causa la caries. Estos chicles no sustituyen las ventajas del cepillado.” (16)

El cepillado debe realizarse introduciendo los filamentos del cepillo en el espacio que se forma entre las piezas dentales. Se debe también pasar el cepillo por la cara interna de las mejillas, la lengua, el paladar y las encías, si están sanos. Hay llagas que pueden remediarse realizando enjuagues de agua con sal. En caso de observar alguna anomalía hay que acudir al especialista. (16)

“Las encías sanas no sangran con el cepillado. Si se observa un sangrado evidente con un cepillado normal, lo probable es que se esté ante un caso de gingivitis. La solución es sencilla: acudir a un odontólogo o estomatólogo para que evalúe la situación y si es necesario practique una limpieza del espacio gingivo-dentario. Es recomendable que esta limpieza profesional se efectúe

periódicamente. La higiene bucal ha sido esencial para la salud y el bienestar.” (16)

Técnica correcta de cepillado dental

1. Coloque las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.

2. Cepille suavemente la superficie dental externa de dos o tres dientes con un movimiento de barrido de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de dos o tres dientes y repita la operación.

3. Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento de barrido y al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.

4.-Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.

5.-Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. No olvide cepillar también su lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias causantes del mal aliento.

6.-Dos minutos es la cantidad que se necesita para que poder pasarlo por la cara interna, la externa, los molares y la lengua.

El cambio de cepillo dental debe hacerse cada dos o tres meses, dependiendo del estado del cepillo.

La limpieza con hilo dental

Se recomienda también limpiar los espacios interdentarios con seda, al menos una vez al día, usando una parte distinta de la seda

para cada espacio. Es rara la imposibilidad de introducir la seda entre las piezas dentales. Si esto ocurriera, debe consultarse con el odontólogo o estomatólogo.

El enjuague

Tras pasar el cepillo y la seda, puede ser conveniente un enjuague con un colutorio, especialmente en caso de gingivitis. Los colutorios con clorhexidina parecen poseer una importante actividad antibacteriana. (16)

Tampoco se recomienda abusar del colutorio; es decir, está especialmente indicado para la eliminación de la placa bacteriana y un mantenimiento periódico, pero abusar de él puede ser totalmente contraproducente para la protección del esmalte dental. Además los colutorios eliminan todas las bacterias de la boca, tanto las dañinas como las beneficiosas que defienden, por lo que deja vulnerable la boca durante cierto tiempo.

“Siempre fijarse en que los colutorios no contengan alcohol, ya que se ha demostrado que el abuso de dichos productos incide en una mayor probabilidad de contraer cáncer bucal. Se debe usar de 2 a 3 veces por semana.” (16)

2.2.3.-Calidad de Vida

“La calidad vida incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, y situación económica. Por ello, se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida reside en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas, personales del sentirse bien”.(8) La OMS, durante el Foro Mundial de la Salud en Ginebra (1966), definió el concepto de calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a

sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.(25) Este concepto extenso y complejo es el resultado de la combinación de factores objetivos y subjetivos, en los que el aspecto objetivo hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas. El aspecto subjetivo está dado por la mayor satisfacción del individuo, la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios. El concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso. (5)

Calidad de Vida en el Adulto Mayor

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de cualquier población, lo que contribuye de manera significativa en el volumen y la distribución de las enfermedades; de estas, lo que predomina más en la vejez son los padecimientos crónicos degenerativos, los cuales repercuten en la calidad de vida. Existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. El envejecimiento normal es cuando se presentan una serie de deterioros lentos, continuos y graduales a nivel biológico, psicológico y social. En el envejecimiento patológico los cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada. Y en el envejecimiento exitoso no solo se presentan pérdidas o deterioros, sino también ganancias al promover que las personas mayores aprendan a minimizar sus pérdidas y a maximizar sus ganancias. “Este concepto sugiere la compensación de los deterioros para realizar las actividades cotidianas, así como aquellas que les produzcan satisfacción y bienestar.” (9) A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, existen factores que permanecen constantes y son componentes de la calidad de vida en el adulto mayor: el soporte social, los factores socioeconómicos y la escolaridad, así como los aspectos relacionados con el estado de salud. El soporte social es el apoyo que recibe el adulto mayor a través de la red social que consta de

dos componentes: las redes de apoyo primarias y las secundarias. Las primarias están constituidas por la familia.

“Esta relación entre los Adultos Mayores y sus familias se basa en la unidad familiar y en la interdependencia. Las redes secundarias de apoyo social son el grupo de amigos, vecinos, parientes y grupos comunitarios.” (5),(9) “La calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que les permiten mantener su participación en su autocuidado, en la vida familiar y social, reestructurando su vida en torno a sus capacidades y limitaciones propias, aprendiendo a disfrutar de la vejez y viviéndola a plenitud.”(9)

Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral (CVRSO)

En el caso de la calidad de vida relacionada con la salud bucal y tomando en cuenta como antecedente la definición del concepto de salud dada por la OMS, Sánchez García sugiere que la salud bucodental debe definirse como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.(10) “Las enfermedades bucodentales influyen en la calidad de vida y afectan diversos aspectos del diario vivir, como la función masticatoria, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.”(7) En este contexto podríamos definir que la calidad de vida bucodental es la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética. “Queda de manifestó que el estado de salud bucal tiene repercusiones en la salud general del individuo. Se ha demostrado la asociación entre la autovaloración de la salud bucal y la calidad de vida general en adultos y adultos mayores.”(7) “Una de las consecuencias de la deficiente salud bucodental es la

pérdida de los dientes naturales que puede limitar la gama de alimentos consumibles, por lo que los individuos consumen de preferencia alimentos suaves y eliminan de su dieta los que son difíciles de masticar, lo que se traduce en una alimentación deficiente, debido a que los alimentos que se evitan con mayor frecuencia son ricos en proteínas y fibra. Además, esto incide en su autoestima y en su comunicación con las demás personas, esto último por alteraciones de la fonación.” (7) Por eso, los profesionales de la salud bucodental buscan devolver la funcionalidad y la estética a partir de la rehabilitación protésica; sin embargo, si estas tienen un ajuste pobre, son inestables o incómodas, esto también afecta su calidad de vida.

2.2.4. Instrumentos Para la Evaluación de la CVRSO en Adultos Mayores

“En las últimas décadas se han desarrollado numerosos instrumentos (cuestionarios que pueden ser autoaplicados o en forma de entrevista) para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Son cuestionarios cuyas preguntas corresponden a las dimensiones que hayan estimado oportunas los autores según su base teórica y su filosofía analítica para dar suficiente cobertura a la calidad de vida relacionada con la salud bucal. (11) La relevancia de estos instrumentos es aportar información y conocer la salud del individuo a partir de su propia percepción. No son muchos aquellos instrumentos que han sido validados, entendiendo como validación al grado en que un instrumento mide la variable que se busca medir, si los diferentes ítems incluidos representan adecuadamente los dominios de la variable que se pretende medir, si el instrumento funciona de manera similar a otros instrumentos ya validados, si es sensible al cambio y su confiabilidad) para su utilización en adultos mayores latinoamericanos.”

“La formulación de dos de estos instrumentos (OHIP y OIDP) se basa teóricamente en la interpretación que Locker adaptó para “Odontología”, de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de la OMS, trabajo en el que estableció tres niveles jerárquicos de impactos según el grado de afectación al individuo. En el primer nivel se ubican las deficiencias bucales: toda alteración funcional y anatómica del aparato estomatognático. En el segundo nivel están los impactos intermedios, que son causados por el deterioro del estado bucodental, dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia. El tercer nivel o los impactos finales están representados por las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social que un sujeto puede tener debido al deterioro de su salud bucodental. Este nivel es el equivalente al de la discapacidad y minusvalía en la clasificación de la OMS y en la adaptación de Locker. El tercer instrumento (GOHAI) se basó en la revisión de la literatura sobre instrumentos de medición ya existentes acerca del estado funcional bucal, la satisfacción del paciente, los síntomas bucales y la medición de la autoestima y la socialización.” (3)

2.2.5. Oral Health Impact Profile (OHIP)

“El Oral Health Impact Profile (OHIP, traducido como perfil de Impacto en la Salud bucal) fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994 para responder a las siguientes preguntas: ¿Cuánto importan los dientes y la boca en la vida de las personas?, es decir, si la condición bucal es un componente de interés en nuestras vidas, ¿diferentes grupos poblacionales tienen distintas creencias al respecto?, y además, ¿cuál es la relación, si la hay, entre la cultura, el origen étnico y la percepción del valor y el impacto de las estructuras bucales en la vida del individuo?”(4) “La presencia o ausencia de problemas de salud por sí sola no es explicación suficiente para evaluar el estado de salud subjetivo, por lo que el

concepto de impacto de la enfermedad se basa en la teoría de que condiciones similares producirán evaluaciones diferentes en sujetos diferentes y que la salud y los valores sociales influyen en la interpretación de su estado de salud.”

“Por lo anterior, este instrumento busca dar también respuesta a cómo los dientes naturales o las prótesis dentales afectan positiva o negativamente las funciones sociales, psicológicas, biológicas y la calidad de vida de las personas.” (2) “El OHIP evalúa la periodicidad con la que un individuo experimenta problemas para llevar a cabo determinadas acciones de la vida diaria debido a problemas bucales. Consta de 49 ítems. Una puntuación alta se asocia con la percepción de necesidad de atención odontológica y la dificultad del individuo en el cumplimiento de sus actividades diarias.”(4)

El OHIP-49 ya ha sido validado en poblaciones de adultos mayores de Taiwán, Macedonia, Hamburgo y Brasil, entre otros. (3), (1)

“En México, Castrejón-Pérez y colaboradores publicaron la primera validación de este instrumento en Adultos Mayores Latinoamericanos, donde primero se realizó una traducción del instrumento original OHIP-49 del inglés al español, la cual se denominó OHIP-Mx-49 y posteriormente se llevó a cabo su validación, cuyos resultados confirman su competencia para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral en Adultos Mayores Latinoamericanos”. (1)

“Slade creó una versión abreviada del OHIP-49. Su selección la hizo a partir de un análisis estadístico de 14 ítems, OHIP-14, el cual está conformado por las mismas siete dimensiones, con la variante de que cada una de ellas consta de dos ítems. Las respuestas se

cuántifican de igual forma en la escala Likert con los mismos valores.” (1)

“El OHIP-14 ha sido validado para su utilización en Adultos Mayores en países como Hong Kong, Australia y México. (18,17) En el 2012 Castrejón-Pérez y colaboradores también reportaron la validación del OHIP-14 en español. La denominaron OHIP-EE-14. La validación de este instrumento fue realizada en adultos mayores de 60 años o más hispanohablantes.” (17)

En su validación, el OHIP-14 en español también mostró que es apto para su utilización para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral en Adultos Mayores Latinoamericanos.

2.2.6. Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)

El Oral Impacts on Daily Performances (OIDP, que se traduce como Impacto de la salud bucal en las actividades diarias) fue desarrollado por Adulyanon en 1996. En un principio se desplegaron nueve dimensiones a partir de la tabla de comparación de los índices de discapacidad y de varios otros indicadores socio-sanitarios y socio-dentales.” Tras el análisis de la puntuación total, una de las medidas de rendimiento (“hacer actividades físicas ligeras”) se consideró redundante y fue excluida, por lo que la versión final del OIDP consta de ocho dimensiones.” (11) “Cada dimensión del instrumento evalúa la frecuencia y gravedad de los problemas dentales, relacionados con la capacidad del individuo para realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses.

Cuanto más bajo sea el valor obtenido, hay una mejor autopercepción de la salud bucal.” (5), (19) “El OIDP ha sido validado en población adulta mayor en países como Inglaterra, Grecia, Japón y Brasil.” (20), (21).” “En 2007 Sánchez-García y colaboradores llevaron a cabo la validación de esta versión en

adultos mayores hispanohablantes de 60 años o más. Demostraron que este instrumento es apto para reconocer las consecuencias de los padecimientos bucales en la realización de las actividades habituales de los adultos mayores latinoamericanos.” (5)

2.2.7. Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Este instrumento, que se traduce como Índice de evaluación de salud bucal geriátrico/general, que fue desarrollado por Atchison y Dolan en 1990, se basa en la revisión previa de literatura sobre el impacto en la salud de las enfermedades bucales, cuestionarios existentes sobre el estado de salud bucal, la satisfacción del paciente, los síntomas orales y la autoestima, así como la socialización. Se aplicó el instrumento original de 36 ítems en adultos mayores de 65 años de edad y tras evaluar la distribución de frecuencias, las correlaciones entre los ítems y la consistencia interna (con α de Cronbach), se construyó el instrumento final de 12 ítems con respuesta tipo Likert en valores que van del 1 al 5. Se evalúa de manera global a partir de la sumatoria de las respuestas para cada ítem, lo cual da un rango entre 12 y 60 puntos. El valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud bucodental. (22) El GOHAI ha sido validado en población adulta mayor en países como España, Alemania, Japón, China y Turquía. (22) Sánchez-García y colaboradores, en el año 2010, publicaron la validación de este instrumento en Adultos Mayores hispanohablantes. “Para esto utilizaron la versión traducida y validada para población geriátrica institucionalizada de Granada, España. Concluyeron que la versión española es aceptable para su utilización en población Adulta Mayor latinoamericana.” (22)

2.2.8. Estudios de comparación entre estos instrumentos

“El Osta N et al.30 realizaron un estudio para comparar las propiedades psicométricas y las habilidades discriminativas del OHIP-14 y el GOHAI en una población de edad avanzada en el

Líbano. Concluyeron que el GOHAI y el OHIP-14 mostraron buenas propiedades psicométricas; sin embargo, el GOHAI identifica más fácilmente a los Adultos Mayores con necesidades de atención dental y salud bucodental deficiente. Por lo tanto, este instrumento es más discriminante y mejor en la detección de problemas de la función oral. Montes-Cruz et al.” (19) “realizaron un estudio para comparar el comportamiento del GOHAI y el OIDP en Adultos Mayores de 60 años o más de la Ciudad de México. Concluyeron que ambos son instrumentos que se comportan de manera similar; sin embargo, el primero tuvo mayor discriminación en relación con las características de la población en estudio y el OIDP presentó mayor coeficiente de correlación con el estado de la dentición. Ikebe et al.” (23) “llevaron a cabo un estudio para saber, entre el GOHAI y el OHIP-14, cuál es más sensible a la valoración objetiva de las funciones orales en Adultos Mayores Japoneses. Concluyeron que aunque el GOHAI y el OHIP-14 tenían una fuerte correlación, el primero demostró ser más sensible a los valores objetivos de las funciones bucales entre personas Adultos Mayores en Japón.

Las investigaciones orientadas a estudiar la calidad de vida relacionada a la salud bucal en población adulto mayor de Latinoamérica se han enfocado en conocer las necesidades de este grupo etario con el propósito de mejorar su atención. Es importante preparar a los proveedores de atención en salud, proporcionándoles información sobre la atención, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales asociadas a la edad. Asimismo, hay que elaborar políticas de salud sostenible, pero, sobre todo, proporcionar información acerca del impacto funcional, psicológico y social que pueden provocar las enfermedades bucales y, por consiguiente, entender el impacto que representan en la calidad de vida de los Adultos Mayores. En el cuadro V se presentan algunas investigaciones realizadas con los instrumentos descritos anteriormente (OHIP-Mx-49, OHIP-EE-14, OIDP y

GOHAI) en Adultos Mayores Mexicanos y sus principales resultados.” (5), (1), (24), (26).

2.3. Definición de términos básicos:

Hábito: Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas como cualquier comportamiento repetido regularmente. (15)

Hábitos de higiene oral : según la (OMS) es fundamental los hábitos de higiene oral para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. Como Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades en un hábito muy importante para la salud los dientes de la boca y del organismo en general. (16)

Calidad de vida: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define sobre calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. (Es en el que se implican factores físicos, funcionales, emocionales, sociales y espirituales. Incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, y situación económica. (16)

Calidad de vida oral: Es la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética. Queda de manifestó que el estado de salud bucal

tiene repercusiones en la salud general del individuo. Se ha demostrado la asociación entre la autovaloración de la salud bucal y la calidad de vida general en Adultos Mayores. (16)

Adulto Mayor: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la tercera edad”, vejez o ancianidad empieza a los 60 años de edad etapa en el cual este grupo humano es denominado “Población Adulto Mayor” (PAM). Proceso de envejecimiento normal que presentara una serie de deterioros lentos, continuos y graduales a nivel biológico. (20)

En el envejecimiento patológico los cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada. Y en el envejecimiento exitoso no solo se presentan pérdidas o deterioros, sino también ganancias al promover que las personas mayores aprendan a minimizar sus pérdidas y a maximizar sus ganancias. Este concepto sugiere la compensación de los deterioros para realizar las actividades cotidianas, así como aquellas que les produzcan satisfacción y bienestar. (20)

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación es determinar la relación de los hábitos de higiene oral con la calidad de vida oral en el Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017

Estos resultados se presentan mediante cuadros y gráficos estadísticos.

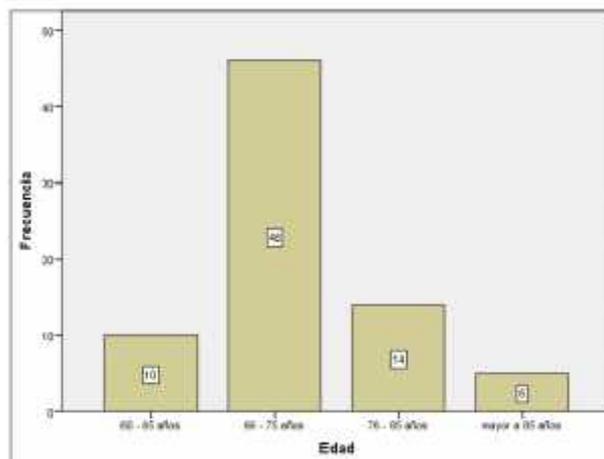
TABLA N° 1

Frecuencia de distribución de los Pacientes Adulto Mayor por edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
60 - 65 años	10	13,3%	10	13,3%
66 - 75 años	46	61,3%	56	74,7%
76 - 85 años	14	18,7%	70	93,3%
mayor de 85 años	5	6,7	75	100,0%
Total	75	100,0%		

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

GRÁFICO N° 1
Frecuencia de distribución de los Pacientes Adulto Mayor por edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

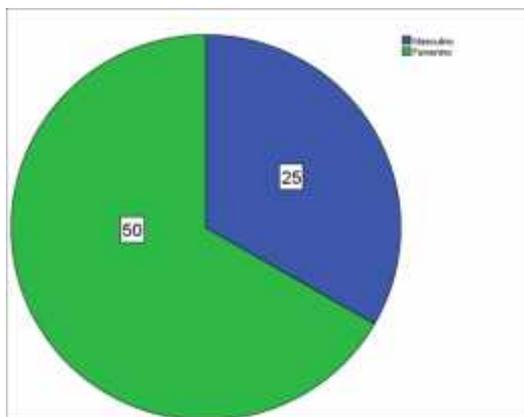
En la **Tabla N° 1 y Gráfico N° 1**. Se presentan los resultados de distribución de los pacientes Adultos Mayores por edad del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose con mayor frecuencia en el grupo etáreo 66 a 75 años con 46 Adultos Mayores que representa el 61.3%, seguido de 76 a 85 años con 14 Adultos Mayores que representa el 18.7% . luego de 60 a 65 años con 10 Adultos Mayores que representa el 13.3% y por ultimo Mayores de 85 años con 5 Adultos Mayores que representa el 6.7%.

TABLA N° 2
Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por Genero del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Género	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
Masculino	25	33,3%	25	33,3%
Femenino	50	66,7%	75	100,0%
Total	75	100,0%	100,0	

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

GRÁFICO N° 2
Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por género del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

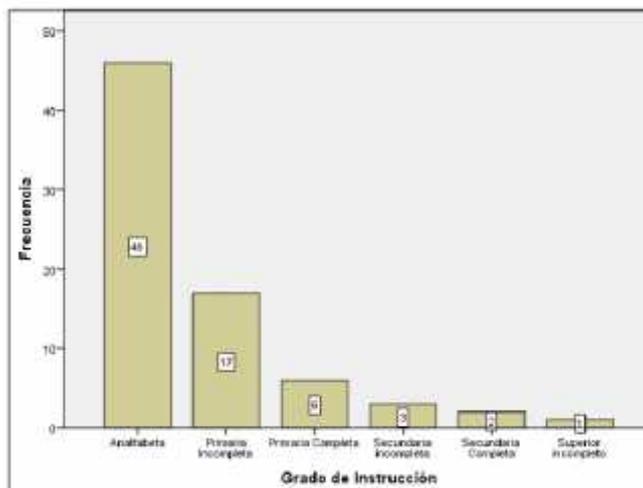
En la **Tabla N° 2 y Gráfico N° 2**. Se presentan los resultados de distribución de los pacientes Adulto Mayores por Género del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose con mayor frecuencia en el género femenino con 50 Adultos Mayores que representa el 66.7%, a comparación del género masculino con 25 Adultos Mayores que representa el 33.3%, existiendo una diferencia de 33.4%, quiere decir que también en este grupo etáreo existen más mujeres que varones.

TABLA N° 3
Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
Analfabeto	46	61,3%	46	61,3%
Primaria Incompleta	17	22,7%	63	84,0%
Primaria Completa	6	8,0%	69	92,0%
Secundaria Incompleta	3	4,0%	72	96,0%
Secundaria Completa	2	2,7%	74	98,7%
Superior Incompleto	1	1,3%	75	100,0%
Superior Completa	0	0,0%	75	100,0%
Total	75	100,0	100,0	

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

GRÁFICO N° 3
Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

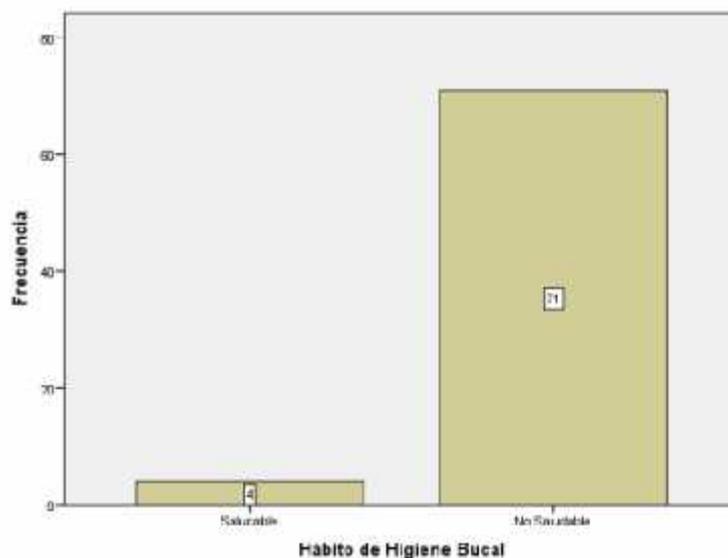
En la **Tabla N° 3 y Gráfico N° 3**. Se presentan los resultados de distribución de los pacientes Adulto Mayores por grado de instrucción del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose con mayor frecuencia con el grado de instrucción analfabeto con 46 Adultos Mayores que representa el 61.3%, seguido con primaria incompleta con 17 Adultos Mayores que representa el 22.7%, luego con primaria completa con 6 Adultos Mayores que representa 8%, secundaria incompleta, secundaria y superior completa en menor cantidad y porcentaje, es decir que la población Adulta Mayor en un 84% son analfabetos y con primaria incompleta, no existiendo ningún Adulto Mayor con grado de instrucción superior completa.

TABLA N° 4
Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por hábitos de higiene bucal del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Hábito de Higiene Bucal	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
Saludable	4	5,3%	4	5,3%
No Saludable	71	94,7%	75	100,0%
Total	75	100,0%	100,0	

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

GRAFICO N° 4
Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por hábitos de higiene bucal del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

En la **Tabla N° 4 y Gráfico N° 4**. Se presentan los resultados de distribución de los pacientes Adulto Mayores por hábitos de higiene bucal del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose con mayor frecuencia el hábito bucal no saludable con 71 Adultos Mayores que representa el 94.7%, a comparación al hábito bucal saludable con solo 4 Adultos Mayores que representa el 5.3%, existiendo una enorme diferencia de 89.4%, quiere decir que casi todos de los Adultos Mayores en este grupo de estudio no practican adecuados de higiene bucal.

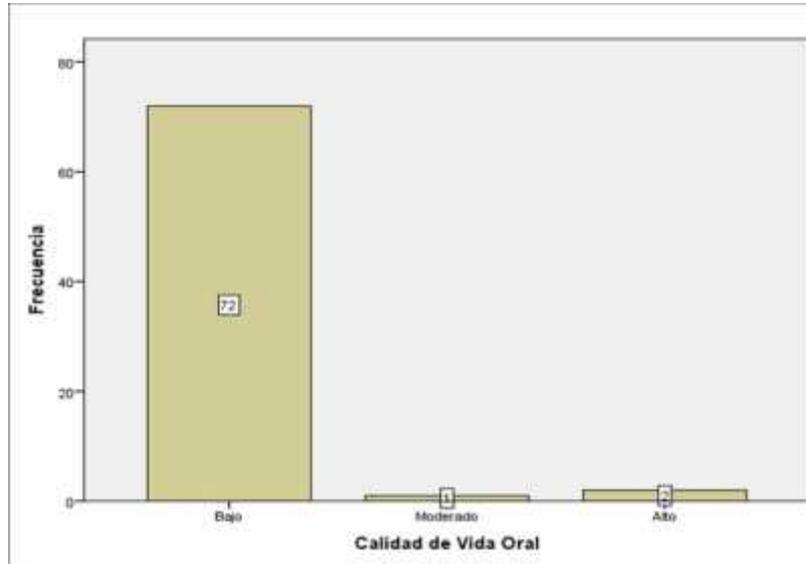
TABLA N° 5
Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por Calidad de vida oral del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Calidad de vida oral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	72	96,0%	72	96,0%
Moderado	1	1,3%	73	97,3%
Alto	2	2,7%	75	100,0%
Total	75	100,0%	100,0	

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

GRAFICO N° 5

Frecuencia de distribución de Pacientes Adulto Mayor por calidad de vida oral del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

En la **Tabla N° 5 y Gráfico N° 5**. Se presentan los resultados de distribución de los pacientes Adulto Mayores por calidad de vida oral del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose con mayor frecuencia calidad de vida oral bajo con 72 Adultos Mayores que representa el 96%, seguido por calidad de vida alto con solo 2 Adultos Mayores que representa el 2.7%, y por último la calidad de vida con un Adulto Mayor que representa 1.3%. Es decir que casi todos los Adultos Mayores presentan calidad de vida oral bajo.

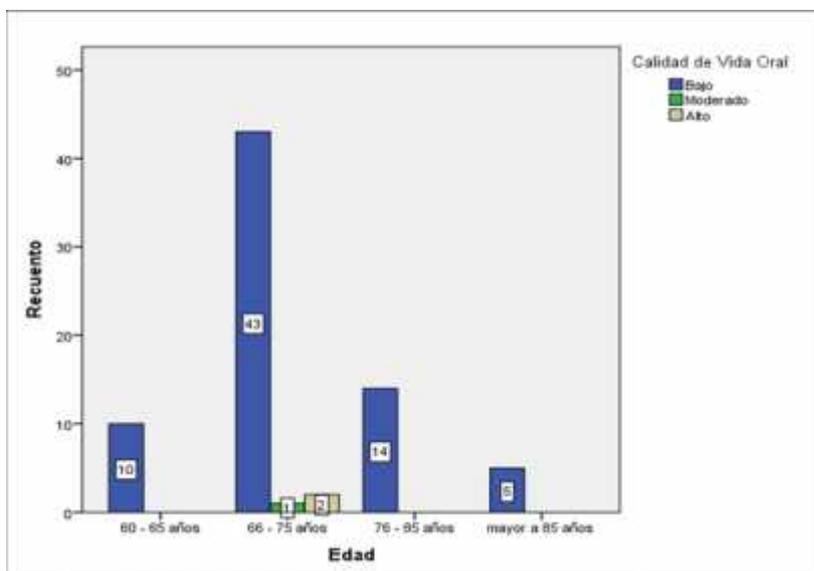
TABLA N° 6

Calidad de vida oral según edad de Pacientes Adulto Mayor por del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Calidad de Vida Oral	Edad								Total	
	60 - 65 años		66 - 75 años		76 - 85 años		mayor de 85 años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	10	13%	43	57%	14	19%	5	7%	72	96%
Moderado	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Alto	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%	2	3%
Total	10	13%	46	61%	14	19%	5	7%	75	100%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

GRÁFICO N° 6
Calidad de vida oral según edad de los Pacientes Adulto Mayor por del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

En la **Tabla N° 6 y Gráfico N° 6**. Se presentan los resultados de la calidad de vida oral según edad de los pacientes Adulto Mayores del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose **baja calidad de vida oral** en 72 Adultos Mayores (96%) en todo los grupo etareos de ellos 43 Adultos Mayores son de 66 a 75 años que representa el 57%, seguido de 14 Adultos Mayores de 76 a 85 años que representa el 19%, existiendo en menor frecuencia y porcentaje en otros grupos etareos, mientras la **alta calidad de vida oral** se encontró en 2 Adultos Mayores que representa el 3% y fueron de 66 a 75 años de edad representando el 3% ,y la **moderada calidad de vida oral** sólo se encontró en un Adulto Mayor que representa el 1% que fue de 66 a 75 años de edad.

Quiere decir que casi todos de los Adultos Mayores en todos grupos etareos presentan baja calidad de vida oral y un número muy reducido de Adultos Mayores que presentan moderada y alta calidad de vida oral entre los 66 a 75 años de edad.

TABLA N° 7

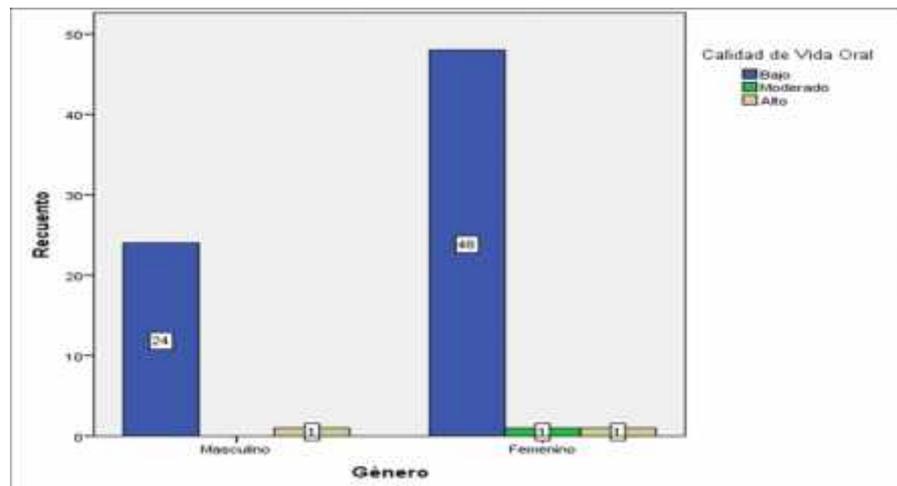
Calidad de vida oral según género de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Calidad de vida oral	Género				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	24	32%	48	65%	72	97%
Moderado	0	0%	1	1%	1	1%
Alto	1	1%	1	1%	2	2%
Total	25	33%	50	67%	75	100.%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

GRÁFICO N° 7

Calidad de vida oral según género de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

En la **Tabla N° 7** y **Gráfico N° 7**. Se presentan los resultados de la calidad de vida oral según género de los pacientes Adulto Mayores del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose **baja calidad de vida oral** en ambos géneros en el género femenino 48 Adultos Mayores (65%) y en el masculino 24 Adultos Mayores (32%), mientras la **alta calidad de vida oral** se encontró en 2 Adultos Mayores en ambos géneros (1%) respectivamente y la **moderada calidad de vida oral** sólo se encontró en un Adulto Mayor en el género femenino (1%).

Quiere decir tanto las mujeres y varones Adultos Mayores presentan baja calidad de vida oral y un número muy reducido de Adultos Mayores que presentan alta calidad de vida oral en ambos géneros y solo en el género femenino se presenta moderada calidad de vida oral.

TABLA N° 8

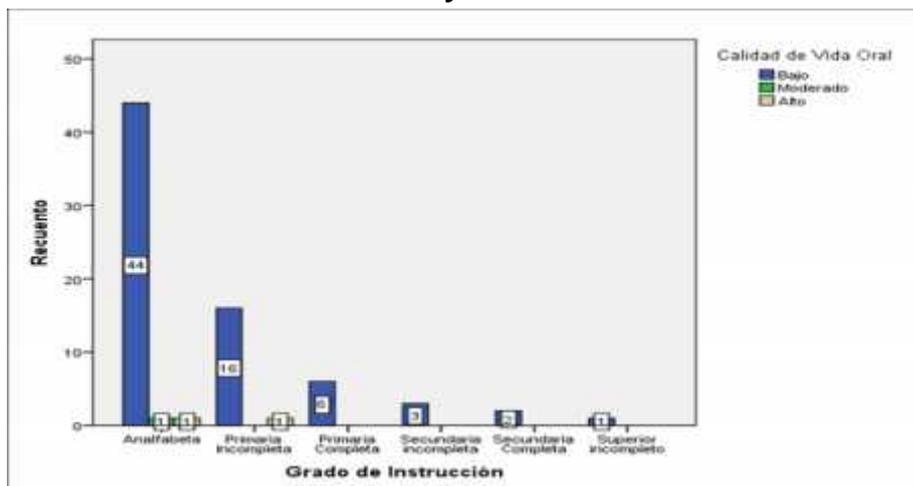
Calidad de vida oral según grado de instrucción de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Calidad de vida oral	Grado de instrucción												Total	Porcentaje acumulado
	Analfabeto		Primaria incompleto		Primaria completo		Secundaria incompleto		Secundaria completo		Superior incompleto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	44	59%	16	22%	6	8%	3	4%	2	3%	1	1%	72	10.9%
Moderado	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	78.2%
Alto	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5.5%
Total	46	61%	17	23%	6	8%	3	4%	2	3%	1	1%	75	100.0%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

GRÁFICO N° 8

Calidad de vida oral según grado de instrucción de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

En la **Tabla N° 8** y **Gráfico N° 8**. Se presentan los resultados de la calidad de vida oral según grado de instrucción de los pacientes Adulto Mayores del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose **baja calidad de vida oral** en todos los grados de instrucción con 44 Adultos Mayores analfabetos (59%) seguido de 16 Adultos Mayores con primaria incompleto (22%) y así en otros grados de instrucción en menor número y porcentaje, mientras la **alta calidad de vida oral** se encontró 2 Adultos Mayores uno analfabeto y otro con primaria incompleto (1%) respectivamente y la **moderada calidad de vida oral** sólo se encontró en un Adulto Mayor analfabeto (1%).

Quiere decir todos los Adultos Mayores presentan baja calidad de vida oral pero con mayor frecuencia fue analfabeto y primaria incompleto, como también los que tuvieron

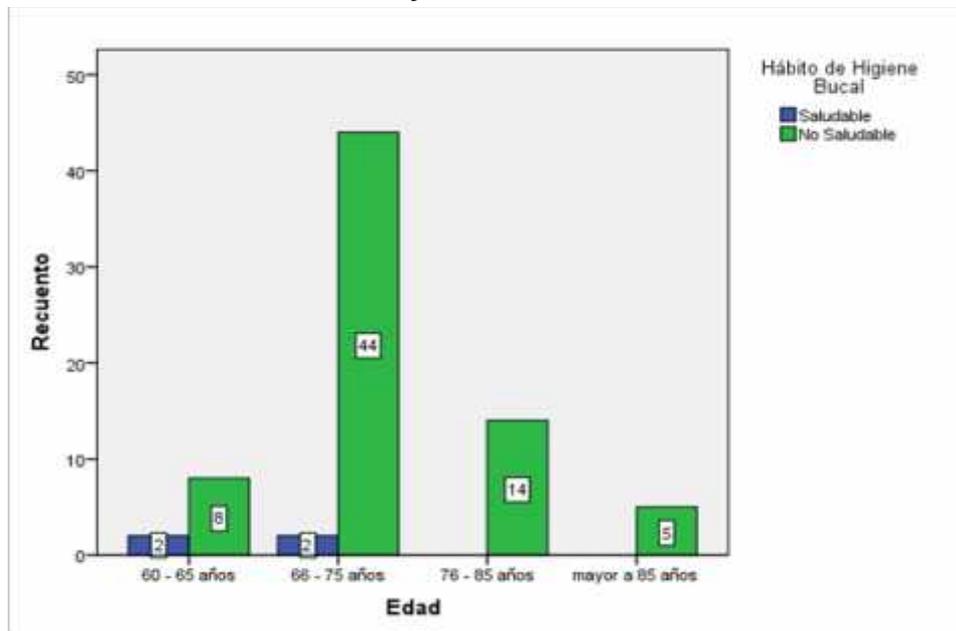
alta calidad de vida oral fue analfabeto y con primaria incompleta y moderada calidad de vida oral fue analfabeto.

TABLA N° 9
Hábitos de higiene oral según edad de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista

Hábitos de higiene oral	Edad								Total	Porcentaje acumulado
	60 -65 años		66 - 75 años		76 - 85 años		mayor de 85 años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
No Saludable	8	10.7%	44	58.7%	14	18.7%	5	6.7%	71	94.7%
Saludable	2	2.7%	2	2.7%	0	0%	0	0%	4	5.3%
Total	10	13.3%	46	61.3%	14	18.7%	5	6.7%	75	100.0%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

GRÁFICO N° 9
Hábitos de higiene oral según edad de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

En la **Tabla N° 9** y **Gráfico N° 9**. Se presentan la relación de hábitos de higiene bucal según edad de los pacientes Adulto Mayores del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose el **hábito bucal no saludable** en todos los grupos de edad con 44 adultos mayores de 66 a 75 años (58.7%), seguido de 14 adultos mayores de 76 a 85

años (18.7%) y el hábito **bucal saludable** solo en 2 Adultos Mayores entre los 60 a 65 años y 66 a 75 años cada uno (2.7%) respectivamente.

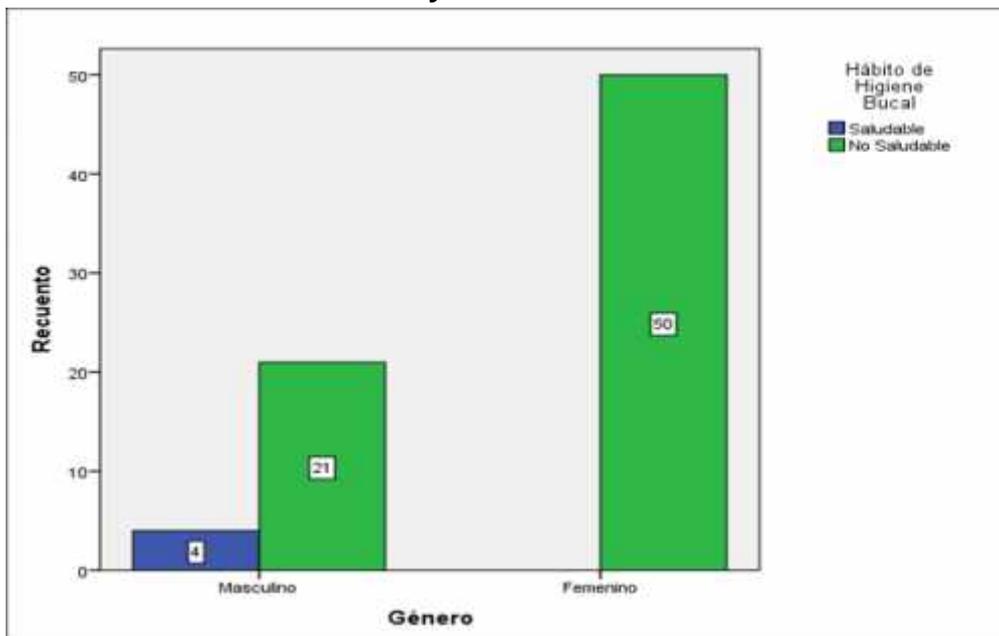
Es decir que todos los grupos de edad existen hábitos bucales no saludables y saludables en grupos etáreos de menos edad (60 a 75 años).

TABLA N° 10
Hábitos de higiene oral según género de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Hábitos de higiene oral	Género				Total	Porcentaje acumulado
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Saludable	21	28%	50	67%	71	95%
Saludable	4	5%	0	0%	4	5%
Total	25	33%	50	67%	75	100%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

GRÁFICO N° 10
Hábitos de higiene oral según género de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

En la **Tabla N° 10 y Gráfico N° 10**. Se presentan la relación de hábitos de higiene bucal según género de los pacientes Adulto Mayores del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose el **hábito bucal no saludable** en ambos géneros siendo mayor en el género femenino con 50 Adulto Mayores (67%), seguido de del género masculino con 21 Adultos Mayores (28%) y el **hábito bucal saludable** sólo en el género masculino con 4 Adultos Mayores (5%).

TABLA N° 11

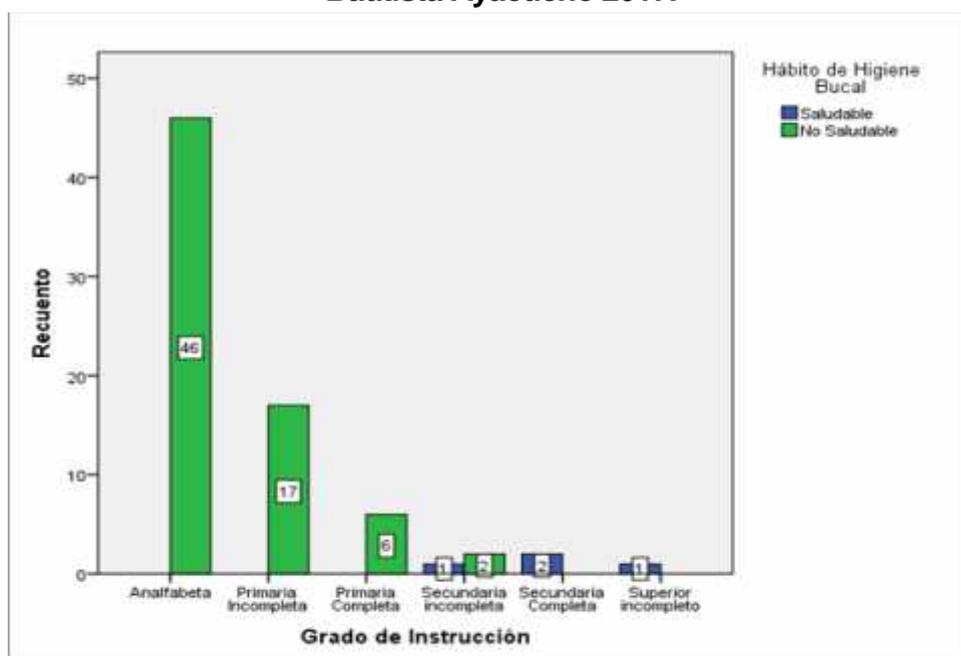
Hábitos de higiene oral según grado de instrucción de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Hábito de higiene oral	Grado de instrucción												Total	Porcentaje acumulado
	Analfabeto		Primaria incompleto		Primaria completo		Secundaria incompleto		Secundaria completo		Superior incompleto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
No saludable	46	61%	17	23%	6	8%	2	3%	0	0%	0	0%	71	95%
Saludable	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	2	3%	1	1%	4	5%
Total	46	61%	17	23%	6	8%	3	4%	2	3%	1	1%	75	100.0%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

GRÁFICO N° 11

Hábitos de higiene oral según grado de instrucción de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

En la **Tabla N° 11 y Gráfico N° 11**. Se presentan la relación de hábitos de higiene bucal según grado de instrucción de los pacientes Adulto Mayores del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose el **hábito bucal no saludable** en todos los grados de instrucción con mayor frecuencia en analfabetos con 46 Adulto Mayores (61%), seguido con primaria incompleta con 17 Adultos Mayores (23%) y otros grados de instrucción con menor frecuencia y el **hábito bucal saludable** en el grado de instrucción secundaria completa con 2 Adultos Mayores (3%). secundaria incompleta y superior incompleta con un Adulto Mayor cada uno (1%) respectivamente.

TABLA N° 12

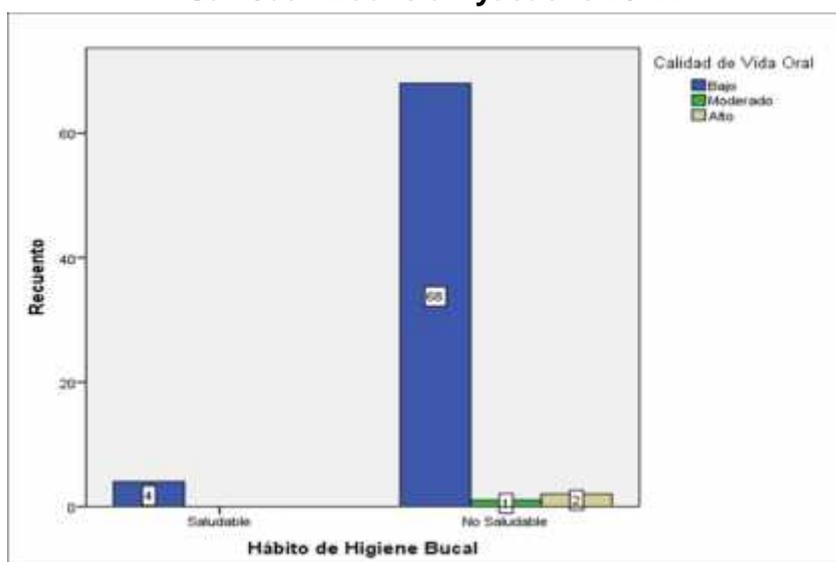
Relación de los hábitos de higiene con la calidad de vida oral de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Hábitos de higiene oral	Calidad de vida oral							
	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No Saludable	68	91%	1	1%	2	3%	71	95
Saludable	4	5%	0	0%	0	0%	4	5%
Total	72	96%	1	1%	2	3%	75	100%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

GRÁFICO N° 12

Relación del hábito de higiene con la calidad de vida oral de los Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.



FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación

En la **Tabla N° 12 y Gráfico N° 12**. Se presentan la relación del hábito de higiene bucal con la calidad de vida de los pacientes Adulto Mayores del CAI- MDSJB Ayacucho 2017, encontrándose el **hábito bucal no saludable** en todos niveles de calidad de vida oral, siendo mayor la calidad de vida oral bajo con 68 Adultos Mayores (91%) seguido de alto con 2 Adultos Mayores (3%) y moderado (1%) y el **hábito bucal saludable** solo con la calidad de vida oral baja en 4 Adultos Mayores (5%)
 Quiere decir que casi todos los Adultos Mayores encuestados presentan el hábito de higiene bucal no saludable con una calidad de vida oral bajo.

TABLA N° 13
Contrastación de los Hábitos de higiene oral con la calidad de vida oral en Pacientes Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017

Hábitos de higiene bucal	Calidad de vida						gl	X 2
	Bajo		Moderado		Alto			
	(Fo-Fe)	X2	(Fo-Fe)	X2	(Fo-Fe)	X2		
No saludable	68 -68.16	0.0005	1-0.95	0.003	2-1.89	0.0064	2	0.176
Saludable	4-3.84	0.0067	0-0.05	0.05	0-0.10	0.10		

En la Tabla 13 se ha Empleando la prueba de Chi cuadrado, con 0.05 margen de error y 2 grados de libertad obteniendo un $X_{2\text{calculado}}$ ($p=0.176$), obteniendo de la tabla $X_{2\text{critico}}$ ($p=5.992$) teniendo como resultado de la contrastación, $X_{2\text{calculado}}$ es menor al $X_{2\text{critico}}$, por ello se rechaza la Hipótesis alterna (H_1) y aceptando la Hipótesis nula (H_0), concluyendo que No hay relación entre el hábitos de higiene bucal con la calidad de vida oral de los Adultos Mayores del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.

DISCUSIONES

Con los resultados obtenidos en este trabajo de investigación podemos discutir con los resultados de otros similares como se detalla a continuación.

Con Abarca y Col en Chile realizaron un estudio con el propósito de establecer la relación entre calidad de vida relacionada a la salud bucal y el Índice COPD. Se examinaron 32 pacientes. 71,88% mujeres y 28,13% hombres, de edad promedio de 79,8 años. Se concluyó que existe una estrecha relación entre la Calidad de vida relacionada a la Salud bucal y el Índice COPD en pacientes Adultos Mayores que residen en ELEAM en las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso. Se establece que el sexo femenino son de mayor edad y cantidad en comparación al masculino. Se encontró que un 100% de la gente encuestada posee una mala calidad de vida en relación a su salud bucal, dato realmente alarmante, para los futuros objetivos de salud pública.

Discrepamos nuestros resultados porque nosotros empleamos la segunda variable no COPD sino hábito de higiene bucal, pero si coincidimos con los resultados, como en frecuencia de predominio en el género femenino (66.7%) a los 66 a 75 años (61.3%), y calidad de vida oral bajo (96.0%).

Con Cornejo y Col. en España realizaron un estudio con el objetivo de describir el estado de salud oral y los factores asociados con la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en Adultos Mayores de 65 años institucionalizados en Barcelona, se evaluaron 194 Adultos Mayores. La variable dependiente fue la CVRSB de acuerdo al índice GOHAI. Las variables independientes fueron el nivel socioeconómico, la última visita dental, el estado de salud subjetivo y objetivo. Los resultados mostraron que, de acuerdo al GOHAI, 94 mujeres (68,1%) y 36 hombres (64,3%) tuvo una pobre CVRSB. El índice CPO promedio fue de 22,8, con una media de 10,2 de piezas remanentes. De acuerdo al Índice Periodontal Comunitario, solo 1,9% no presentaron periodontopatías. 33,8% de la muestra presentó edentulismo, 54,2% necesitaba prótesis superior y 64,7% inferior. Solo 7,2% realizaron una visita dental en el último año. Se observó una asociación entre la pobre

CVRSB y problemas autoreportados dentales y periodontales. Además también se mostró asociación con el edentulismo y necesidad protésica, pero no con factores socioeconómicos o la última visita dental. Se concluyó que la población de estudios tiene una salud oral pobre, asociada a ciertos factores dentales y periodontales.

Discrepamos nuestros resultados porque nosotros empleamos la segunda variable fue hábitos de higiene bucal, pero si coincidimos con el instrumento empleado para evaluar la percepción de la calidad de vida oral, el instrumento fue GOHAI en versión español, teniendo los resultados, predominio en el género femenino (66.7%) a los 66 a 75 años (61.3%), y calidad de vida oral bajo (96.0%).

Con Duque y Col. en Colombia realizaron un estudio transversal con el fin de analizar la relación existente entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) con indicadores de salud general y salud bucal auto percibida en la población Adulta Mayor que consulta a la IPS Universitaria y explorar los factores sociodemográficos asociados. El estudio evaluó 100 Adultos Mayores que consultaron servicios de salud en la IPS (2012) mediante encuesta con información sociodemográfica, salud general y bucal; la aplicación del instrumento OHIP-14 (Perfil de Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida), Los resultados de prevalencia se presentaron en mujeres, mayores de 75 años, bajo nivel educativo, estratos socioeconómicos bajos y en la población soltera. Se concluyó que, aunque en la mayoría de la población encuestada, su condición bucal no ejercía una influencia negativa en su calidad de vida, al analizar en profundidad se encontraron gradientes de desigualdad según factores sociodemográficos.

Discrepamos nuestros resultados porque nosotros empleamos como segunda variable los hábitos de higiene bucal y se empleó para evaluar la percepción de la calidad de vida oral en versión en español el instrumento GOHAI, pero si coincidimos con algunos resultados, teniendo predominio en el género femenino (66.7%) a los 66 a 75 años (61.3%), y calidad de vida oral bajo (96.0%), en

todos los grados de instrucción, siendo mayor en analfabetos (65%) seguido con primaria incompleto (22%)

Con **Díaz y Col.** en España realizaron un estudio de corte transversal con el propósito de asociar la salud bucal y calidad de vida en Adultos Mayores atendidos en la Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Para ello, evaluaron a 120 Adultos Mayores durante el primer semestre de 2011. Se evaluaron variables sociodemográficas, familiares, índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) y diagnóstico de salud bucal. Los datos fueron analizados a partir de proporciones, prueba χ^2 para la comprobación de asociaciones estadísticamente significativas y razones de disparidad (OR). Los resultados mostraron que, al realizar la prueba χ^2 , se encontró significación estadística entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida, según GOHAI y al asociar este último y los problemas de origen endodóntico, hipertensión arterial y vivir con más de 5 miembros en la familia.

Coincidimos con nuestros resultados porque nosotros empleamos como segunda variable los hábitos de higiene bucal y se empleó para evaluar la percepción de la calidad de vida oral en versión en español el instrumento GOHAI y Discrepando con la conclusión de que no existe relación entre el hábitos de higiene bucal con la calidad de vida oral de los Adultos Mayores del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017. $\chi^2_{0.05, 2} (p=0.176)$,

Con **Moya y Col.** en Chile realizaron un estudio con el fin de conocer la situación de salud oral y calidad de vida del Adulto Mayor que asiste a centros de salud pública del área oriente de Santiago de Chile durante los años 2011-2012, utilizando una muestra probabilística de 380 Adultos Mayores. Se evaluó historia de caries, estado periodontal y situación protésica. La percepción de calidad de vida se midió con el GOHAI. Los resultados mostraron que la edad media fue de 71,33 años, 66,1% son mujeres; 51,6% casado y 78,9% pensionado. Un 32,4% tiene educación media completa. El COPD fue de 22,16 mayores en mujeres y aumenta con la edad. Un 44% tiene entre 1 y 4 piezas

dentarias con lesiones de caries dental. El edentulismo fue de 7,1%. Un 40% presentó bolsas periodontales, de los cuales 20% presentó bolsas mayores a 5,5 mm, sin haber diferencia estadísticamente significativa por género ni edad. Un 43% presenta higiene oral regular. Un 59,5% usa prótesis removible en el maxilar superior y 40,3% en el inferior. Un 76,6% percibe como mala su calidad de vida.

Discrepamos nuestros resultados porque nosotros empleamos como segunda variable solo los hábitos de higiene bucal y se empleó para evaluar la percepción de la calidad de vida oral en versión en español el instrumento GOHAI y siendo mayor los Adultos Mayores analfabetos (65%) seguido con primaria incompleto (22%), pero si coincidimos con algunos resultados, teniendo predominio en el género femenino (66.7%) a los 66 a 75 años (61.3%), hábito de higiene bucal no saludable (94.7%) y calidad de vida oral bajo (96.0%),

Con **Gallardo y Col.** en Perú se realizaron un estudio con el propósito de determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos en Lima, Perú. La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. La mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ($p= 0,239$), con el nivel educativo ($p= 0,085$), ni con la existencia de enfermedades sistémicas ($p= 0,438$).

Discrepamos nuestros resultados porque nosotros empleamos como segunda variable solo los hábitos de higiene bucal y no relacionamos para su contrastación los objetivos secundarios, pero coincidimos por el empleo para

evaluar la percepción de la calidad de vida oral el instrumento GOHAI en versión en español y con los procesos metodológicos utilizados coincidiendo con algunos resultados como hábitos de higiene bucal no saludable (94.7%) y calidad de vida oral bajo (96.0%), y coincidiendo con la conclusión de que no existe relación entre el hábitos de higiene bucal con la calidad de vida oral de los Adultos Mayores del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017. $X_{0.05, gl 2} (p=0.176)$.

Con **Coronado y Col.** en Chiclayo Perú, realizaron un trabajo de investigación y el propósito del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas Adultas Mayores de la ciudad de Chiclayo, e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello.

La metodología que se realizó fue un muestreo por conglomerados, participando 400 sujetos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socio epidemiológica y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Survey, cuyas dimensiones evaluadas fueron: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM).

En relación al resultados se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de 70,62 años, 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones FS, SM y la VT obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75 % o puntaje, 68,74%, y 64,61% respectivamente; y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a SG, RF y DC con el 50,22, 61,18 y 62,22 respectivamente. Conclusiones: el sexo masculino, grado de instrucción, ingreso > a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. La escala resumen física que compara con población

anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de $48,68 \pm 7,56$ y $54,22 \pm 9,56$ respectivamente; y la escala resumen mental fue de $50,94 \pm 12,23$ y $57,43 \pm 11,43$ respectivamente.

Discrepamos nuestros resultados porque nosotros empleamos como segunda variable solo los hábitos de higiene bucal y no empleamos otras variables intervinientes, también se empleó para evaluar la percepción de la calidad de vida oral el instrumento GOHAI en versión en español y los procesos metodológicos utilizados son distintos a los empleados pero coincidimos con algunos resultados como predominio en el género femenino (66.7%) a los 66 a 75 años (61.3%), hábito de higiene bucal no saludable (94.7%) y calidad de vida oral bajo (96.0%).

CONCLUSIONES

Llegando a la siguiente conclusión de acuerdo a los objetivos e hipótesis formulada.

La calidad de vida oral fue baja en un 96% en todo los grupo etareos, de ellos los de 66 a 75 años (57%), seguido de 66 a 75 años (19%), existiendo en menor frecuencia y porcentaje en otros grupos etareos, mientras la calidad de vida oral es alta a los 66 a 75 (3%) y la calidad de vida oral es moderada, a los 66 a 75 años de edad, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida oral y edad ($p=0.922$) / ($p>0,05$).

La calidad de vida oral fue baja en ambos géneros, siendo mayor en el género femenino (65%) y masculino (32%), mientras la calidad de vida oral alta se encontró en ambos géneros (1%) respectivamente y la calidad de vida oral moderada sólo en el género femenino (1%), se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida oral y género ($p=0.687$) / ($p>0,05$).

La calidad de vida oral fue baja en todos los grados de instrucción, siendo mayor en analfabetos (65%) seguido con primaria incompleto (22%) y así en otros grados de instrucción en menor número y porcentaje, mientras la calidad de vida oral alta también analfabeto y con primaria incompleto (1%) respectivamente y la calidad de vida oral moderada sólo en analfabeto (1%). se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida oral y grado de instrucción ($p=0.998$) / ($p>0,05$).

El hábito bucal no saludable fue en todos los grupos de edad siendo mayor en el grupo etáreo de 66 a 75 años (58.7%), seguido en 76 a 85 años (18.7%) existiendo en menor frecuencia y porcentaje en otros grupos etareos y el hábito bucal saludable en los grupo etareos de 60 a 65 años y 66 a 75 años (2.7%) respectivamente, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre el hábito de higiene oral y edad ($p=0.144$) / ($p>0,05$).

El hábito bucal no saludable fue en ambos géneros siendo mayor en el género femenino (57%) y en masculino (23%) y el hábito bucal saludable solo en el género masculino (5%), se concluye que si existe relación estadísticamente significativa entre el hábito de higiene oral y género ($p=0.004$) / ($p<0,05$).

El hábito bucal no saludable fue en todos los grados de instrucción con mayor frecuencia en analfabetos (61%), seguido con primaria incompleta (23%) y otros grados de instrucción con menor frecuencia y el hábito bucal saludable en el grado de instrucción secundaria completa (3%). también en secundaria incompleta y superior incompleta con (1%) respectivamente, se concluye que si existe relación estadísticamente significativa entre el hábito de higiene oral y grado de instrucción ($p=0.000$) / ($p<0,05$).

El hábito bucal no saludable fue en todos niveles de calidad de vida oral, siendo mayor la calidad de vida oral bajo (91%) seguido de calidad de vida alto (3%) y moderado (1%) y el hábito bucal saludable solamente con la calidad de vida oral baja, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre calidad de vida oral y el hábito de higiene bucal ($p=0.916$) / ($p>0,05$).

Concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre el hábito de higiene bucal con la calidad de vida oral de los adultos mayores del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2016. $\chi^2 / 0.05 / gl 2$ ($p=0.176$).

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los futuros graduandos realizar otros estudios, incluyendo otras variables para relacionar con la calidad de vida oral de diseño longitudinal, teniendo como base los resultados de esta investigación.

Brindar información adecuada de los resultados de este trabajo de investigación, a los Adulto Mayores, personas encargadas y autoridades correspondientes del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de san Juan Bautista - Ayacucho.

Coordinar junto con los responsables de la sub gerencia de desarrollo social y las autoridades políticas del distrito de San Juan Bautista, para implementar estrategias con un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya otros factores capaces de comprometer el bienestar de las personas de tercera edad del ámbito de su distrito.

Sugerir a las autoridad sanitaria regional y de la Red de Huamanga ya que los resultados de este trabajo de investigación que se encontró, calidad de vida oral malo y los hábitos de higiene bucal no saludables, esto conlleve a que se requiera urgente de una atención odontológica básica y especializada, servicios que debe ser incluido en los programas integrales en los establecimientos de salud con prioridad a la población del Adulto Mayor.

Sugerir a la coordinación de la Escuela de Estomatología, que a través de las asignaturas que tengan proyección de servicio a la comunidad se realicen campañas de atención integral de salud odontoestomatológica básica, como también articular a las instituciones u organizaciones que concentren al grupo de Adulto Mayor para brindar una atención odontoestomatológica especializada en rehabilitación oral en las instalaciones de nuestras clínicas estomatológicas del adulto I y II de nuestra Universidad Alas Peruanas.

Teniendo resultados en una población representativa de un distrito metropolitano, siendo un grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida oral y de su hábitos de higiene bucal no saludables, recomendar a través de sus autoridades ediles, buscar espacios

de concertación para proponer y generar políticas públicas en salud bucal en beneficio de esta población muy vulnerable.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-**Abarca M, Donoso E, Huiriqueo C.** Calidad de vida asociada a salud bucal e índice COPd en residentes de establecimientos de larga estadía de Adultos Mayores (ELEAM) de Viña del Mar y Valparaíso. *Anaceo* 2015; 1 (1): 26-35
- 2.-**Dos Santos J.** La salud oral y el bienestar funcional de los ancianos portugueses institucionalizados [Tesis doctoral] Salamanca: Universidad de Salamanca; 2014.
- 3.-**Cornejo M, Pérez G,** Costa-de Lima K, Casals-Peidro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013 Mar; 18(2): 285-92.
- 4.-**Tapias L, Fortich N.** Percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en los pacientes adultos atendidos en la clínica de odontológica de la corporación universitaria Rafael Núñez en Cartagena de Indias, periodo del año 2013 [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]. Cartagena de Indias: Corporación Universitaria Rafael Núñez; 2013.
- 5.-**Duque V, Tamayo J, Echeverri PA,** Gutierrez AY, Sepúlveda D, Giraldo O, Agudelo AA. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES odontol* 2013; 26(1): 10-23.
- 6.-**Díaz S, Arrieta K, Ramos K.** Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clin Med Fam* 2012; 5 (1): 9-16.
- 7.-**Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ.** Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana.* 2012; oct-dic 22(4):197-202.
- 8.-**Sánchez MM, Román VM, Dávila MR, González PAA.** Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Rev Esp Med Quir* 2011; 16 (2): 110-5.
- 9.-**De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC,** Zelocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol* 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92.

- 10.-Esquivel RI, Jiménez J.** Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Rev ADM 2010; 67(3): 127-32.
- 11.-Alcarde AC, Bittar TO, Fornazari DH, Meneghim MC, Ambrosano GM, Pereira AC.** A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. Rev odonto ciênc 2010; 25(2): 126-31.
- 12.-Chávez C.** Relación entre el estado de salud bucal y nutricional en adultos mayores que acuden al hospital provincial de Virú-La Libertad, 2015.
- 13.-Gallardo A, Picasso MA, Huilca N, Ávalos JC.** Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. Kiru 2013 Jul-Dic; 10(2):145–50.
- 14.-Coronado J, Díaz C.** Percepción de la Calidad de Vida Relacionada con Salud de Adultos Mayores Residentes en la Ciudad de Chiclayo. Acta Medica Per. 2009; 26:230-8.
- 15.-Járitzon M, Gómez E, Garcillán I, Bratos C.** *Salud periodontal y hábitos en un grupo de mayores de la Comunidad de Madrid.* Av Periodon Implantol. 2013; 25, 2: 75-81.
- 16.-Mairobys S, Dilia G, José T, Ana María A, Fátima R.** Hábitos de higiene bucal y el nivel socio – económico de niños entre 15 y 20 meses de edad. 2007/45 N°2
- 17.-Conny D, Tedesco L, Brewer J.** **Changes of attitude in prosthodontics patients.** J Prosdent 1985; 53: 451-4.
- 18.-Acosta CO, González RA.** Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. Rev Psicol Salud 2009; 19 (2): 289-93.
- 19.-Epstein, S.** Tratamiento del paciente geriátrico con fobia dental. Clínicas Odontológicas de Norteamérica 2008; 4: 751-7.
- 20.-Velázquez-Olmedo LB.** Calidad de vida y salud oral en adultos mayores Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2014; 52(4):448-56.
- 21.-Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, de la Fuente-Hernández J et al.** Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and their relationship in the state of dentition of an elderly Mexican population. J Public Health Dent 2010; 70: 300-7.

- 22.-Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B.** Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 373-81.
- 23.-Ikebe K, Hazeyama T, Enoki K, Murai S, Okada T, Kagawa R, et al.** Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40:406-14.
- 24.-Misrachi C, Espinoza I.** Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Dental Chile* 2005; 96(2): 28-36.
- 25.-Atchinson KA, Dolan TA.** Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990;54(11):680-7.
- 26.-El Osta N, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, Bou Abboud Naaman N, El Osta L, Geahchan N.** Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes.* 2012; 10: 131.
- 27.-Hernandez S.** metodología de la investigación 5ta edición, Mc gronwill. Editorial máxima 2015. Pag 107 – 108.
- 28.-Plan de desarrollo concertado del Distrito de San Juan Bautista 2010-2020**

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Relación de los Hábitos de Higiene Bucal con la Calidad de Vida Oral en el Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho -2017”.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Universo y muestra
<p>Problema principal:</p> <p>¿Cuál es la relación de los hábitos de higiene bucal con la calidad de vida oral en el Adulto Mayor en el Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?</p> <p>Problema secundarios</p> <p>1.- ¿Cómo es la calidad de vida oral en el Adulto Mayor según género en el Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?</p> <p>2.-¿Cómo es la calidad de vida oral en el Adulto Mayor según edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?</p> <p>3.- ¿Cómo es la calidad de vida oral en el Adulto Mayor según grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?</p> <p>4.- ¿Cómo son los hábitos de higiene bucal en el Adulto Mayor según género del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación de los hábitos de higiene bucal con la calidad de vida oral en el Adulto Mayor del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.</p> <p>Objetivo específico</p> <p>Oe 1: Conocer la calidad de vida oral en el Adulto Mayor según al género del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.</p> <p>Oe2: conocer la calidad de vida oral del Adulto Mayor según la edad en el Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.</p> <p>Oe3: Conocer la calidad de vida oral del Adulto Mayor según grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.</p> <p>Oe4: Conocer los hábitos de higiene bucal en el Adulto Mayor según género del Centro de Atención integral de la Municipalidad Distrital de</p>	<p>Hipótesis principal:</p> <p>Hi: Si existe relación entre los hábitos de higiene bucal y la calidad de vida oral en el Adulto Mayor atendido en el centro de atención de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.</p> <p>Ho: No existe relación entre los hábitos de higiene bucal y la calidad de vida oral en el Adulto Mayor atendido en el centro de atención de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho 2017.</p> <p>Para la contratación de la hipótesis se utilizó el Estadígrafo prueba de chi cuadrado</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Calidad de vida oral</p> <p>Variable independiente:</p> <p>Hábitos higiene bucal.</p> <p>Covariables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - Nivel de instrucción 	<p>Tipo :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aplicada Nivel - correlacional Diseño No experimental Transversal <p>UNIVERSO:</p> <p>2129 Adultos mayores del Distrito De San Juan Bautista</p> <p>Del departamento de Ayacucho.</p> <p>POBLACION :</p> <p>250 Adultos mayores asistentes</p> <p>Al centro de atención integral del Adulto Mayor del Municipalidad Distrital de San Juan Bautista.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>La muestra se determinara</p> <p>Aplicando la siguiente formula</p>

<p>Bautista Ayacucho - 2017?</p> <p>5.- ¿Cómo son los hábitos de higiene bucal en el Adulto Mayor según edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?</p> <p>6.- ¿Cómo son los hábitos de higiene bucal en el Adulto Mayor según grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho - 2017?</p>	<p>San Juan Bautista Ayacucho – 2017.</p> <p>Oe5: conocer los hábitos de higiene bucal del Adulto Mayor según edad del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.</p> <p>Oe6: conocer los hábitos de higiene bucal del Adulto Mayor según grado de instrucción del Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista Ayacucho – 2017.</p>	$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ <p>Fo = valor de frecuencia observada.</p> <p>Fe = valor de frecuencia esperada</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> $n^{\circ} = \frac{Z^2 * Pq}{e^2} \quad n' = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{n^{\circ} - 1}{N}}$ </div> <p>n: Tamaño de la muestra.</p> <p>N= Tamaño de la población.</p> <p>Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%).</p> <p>e= Límite de error = 0.05.</p> <p>p = Proporción esperada (en este caso 5% = 0.05).</p> <p>q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.5).</p>
--	---	---	---

FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FichaN° _____

Género: (M) (F) Edad: _____ Grado de instrucción: _____

Índice de evaluación de Calidad de Vida Oral en Geriatría (GOHAI)

¿En los últimos tres meses...?

Ítems	Puntos				
	1	2	3	4	5
1. ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?					
2. ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?					
3. ¿Cuántas veces ha tragado usted bien?					
4. ¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?					
5. ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?					
6. ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?					
7. Cuando usted se mira al espejo, ¿cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?					
8. ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?					
9. ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?					
10. ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?					
11. ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?					
12. ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?					

S= siempre (1); F= frecuentemente (2); AV= algunas veces (3); RV= rara vez (4); N= nunca (5) Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (siempre=5; frecuentemente=4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca=1).

Instrumento que fue validado por la prueba de Alfa de Cronbach

CUESTIONARIO DE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

Registre en el casillero el número de la opción que mejor represente sus hábitos de higiene actuales.

¿Cuántas veces cepilla sus dientes?

- 1. Nunca
- 2. Ocasionalmente, no todos los días
- 3. Una vez al día
- 4. Dos veces al día
- 5. Tres veces al día o más

¿Cuánta pasta dental coloca en el cepillo dental al momento de lavarse los dientes?

- 1. Menos de la mitad del cepillo dental
- 2. 2/3 del cepillo dental
- 3. Todo el cepillo dental
- 4. No usa pasta



¿Cuántas veces al día utiliza el hilo dental?

- 1. Nunca
- 2. Ocasionalmente, no todos los días
- 3. Una vez al día
- 4. Dos veces al día
- 5. Tres veces al día o más

¿Cuántas veces al día utiliza el enjuague bucal?

- 1. Nunca
- 2. Ocasionalmente, no todos los días
- 3. Una vez al día
- 4. Dos veces al día
- 5. Tres veces al día o más

Instrumento que fue validado por la prueba de Alfa de Cronbach

Validación del instrumento para medir de la Calidad de Vida Oral en Geriatría (GOHAI)

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0
a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,812	0,832	12

Considerando el resultado de alta confiabilidad.

Validación del instrumento para medir los Hábitos de Higiene Oral.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0
a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,802	0,812	4

Considerando el resultado de alta confiabilidad.

P de calidad de vida Oral y Edad.**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,970 ^a	6	,922
Raz3n de verosimilitud	3,011	6	,807
Asociaci3n lineal por lineal	,180	1	,672
N de casos v3lidos	75		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es ,07.

P de calidad de vida oral y g3nero.**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,750 ^a	2	,687
Raz3n de verosimilitud	1,046	2	,593
Asociaci3n lineal por lineal	,057	1	,811
N de casos v3lidos	75		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es ,33.

P de calidad de vida oral y grado de instrucc3n.**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,678 ^a	10	,998
Raz3n de verosimilitud	2,178	10	,995
Asociaci3n lineal por lineal	,185	1	,667
N de casos v3lidos	75		

a. 15 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

P de hábito de higiene bucal y edad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,419 ^a	3	,144
Razón de verosimilitud	4,771	3	,189
Asociación lineal por lineal	3,562	1	,059
N de casos válidos	75		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

P de hábito de higiene bucal y género.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,451 ^a	1	,004		
Corrección de continuidad ^b	5,579	1	,018		
Razón de verosimilitud	9,249	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,010	,010
Asociación lineal por lineal	8,338	1	,004		
N de casos válidos	75				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,33.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

P de hábito de higiene bucal y grado de instrucción.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	61,796 ^a	5	,000
Razón de verosimilitud	27,413	5	,000
Asociación lineal por lineal	38,158	1	,000
N de casos válidos	75		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

P de calidad de vida oral y hábito de higiene bucal.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,176 ^a	2	,916
Razón de verosimilitud	,336	2	,845
Asociación lineal por lineal	,160	1	,689
N de casos válidos	75		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

Actividad	Febrero - 2017				Marzo- 2017				Abril - 2017				Mayo - 2017			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revisión de marco teórico	■	■	■	■	■											
Revisión de método						■	■	■	■							
Adquisición de materiales									■	■						
Presentación de proyecto de tesis											■	■				
Recolección de datos												■	■			
Análisis de muestras													■	■		
Análisis estadístico de resultados														■	■	
Preparación de tablas y gráficos														■	■	
Preparación de informe final															■	■
Sustentación																■

RUBRO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	SUBTOTAL	TOTAL RUBRO
SERVICIOS					
Asesor estadístico				5000	5172.00
Costos tramitarios				140.00	
Fotocopias	100	Copia	0.10	32.00	
BIENES					
Tinta negra p/impresora	2	Unidad	60.00	120.00	397.00
Tinta color p/impresora	1	Unidad	82.00	82.00	
Hojas Bond A4	2	Millar	17.00	34.00	
Material de escritorio				120.00	
Guantes	1	Caja	20.00	20.00	
Gasa	3	Paquetes	7.00	21.00	
TOTAL					

Consentimiento informado

Fecha.....

Yo,identificado con DNI N°he sido informado por la Bachiller Graciela Chávez Vargas, acerca del estudio que está realizando, donde se me solicita responder algunas preguntas y someterme a un rápido examen de encías durante aproximadamente 5 minutos.

La investigadora me ha informado de los riesgos que podría correr, ventajas y beneficios del procedimiento.

Además, se me ha explicado que los resultados obtenidos no influirán en el tratamiento que me trajo al Centro de Atención integral del adulto mayor de la municipalidad distrital "San Juan Bautista", y que los cuestionarios serán totalmente confidenciales.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para participar en el presente estudio.

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

.....
Firma del paciente

DNI

**SECRETARIA GENERAL
 OFICINA DE GRADOS Y TITULOS**

Señor: Dionisio de la Cruz de Espinoza
 Yo: Carolina Chauca Vera
 Identificado con DNI N° 43697320 Alumno(a) de la Escuela Profesional
 de Administración código N° 2017165078
 Teléfono: 963741129 Correo electrónico: bachu_125@hotmail.com

SOLICITO:

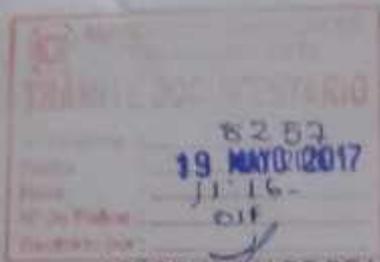
1. Constancia de no adeudar Libros a Biblioteca
2. Constancia de no adeudar dinero a la Universidad
3. Autenticar copia de Diploma de Bachiller
4. Ser declarado expedito: Bachiller... Título Profesional...
5. Obtención del Grado de Bachiller: Bachiller... Título Profesional...
6. Diploma y caligrafiado: Bachiller... Título Profesional...
7. Acogerme a la modalidad de: Tesis... Experiencia Laboral... Suficiencia...
8. Revisión de trabajo monográfico (modalidades de experiencia profesional)
9. Revisión de Plan de Investigación (modalidad de Tesis)
10. Designación de Director Asesor
11. Inscripción al curso de actualización (modalidad de suficiencia profesional)
12. Sustentación de Tesis (modalidad de Tesis)
13. Sustentación de Informe o trabajo profesional
14. Fecha para sustentación de Tesis y/o Informe Profesional (segunda vez)
15. Otros (detallar)

Adjunto Recibo N° 0110-0009538

Ayacucho, 01 de Mayo del 2013



Firma



SOLICITO: REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACION CON LOS ADULTOS MAYORES EN LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL SAN JUAN BAUTISTA.

**SEÑOR ALCALDE DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JUAN BAUTISTA.
S.A**

GRACIELA CHAVEZ VARGAS, identificado con DNI N° 43699550, Bachiller Egresada de la **Universidad alas Peruanas (UAP)** de la Carrera de **ESTOMATOLOGÍA**, con domicilio legal en la Asoc. Covadonga Mz B-3 Lt 08 de esta ciudad, a usted respetuosamente digo:

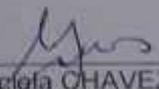
Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente y felicitarle por la acertada gestión que lleva adelante esta institución como Alcalde del distrito de San Juan Bautista, Provincia Huamanga, Departamento Ayacucho.

Señor Alcalde después de mis cortos saludos, hago mención que mi persona es Bachiller Egresada de la **Universidad alas Peruanas (UAP)** de la Carrera de **ESTOMATOLOGÍA**. Así mismo acudo a su despacho con la finalidad de solicitarle permiso para realizar un proyecto de investigación con los adultos mayores con la temática de: **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL ADULTO MAYOR,**

POR LO EXPUESTO

A Usted Señor Alcalde, ruego acceder mi petición por ser de justicia que espero alcanzar, no sin antes agradecerle por la atención presente.

Ayacucho, 31 de Agosto del 2016.


Graciela CHAVEZ VARGAS
D.N.I. No. 43699550

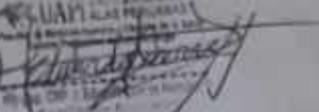
CARTA N° 016- 2017 - EAPEST-FMHyCS-FA-UAP

CARTA DE DESIGNACION DIRECTOR ASESOR

El Coordinador de la Escuela Académico Profesional de Estomatología designa, al Docente GABRIEL GUERRA ARCE, Director Asesor del Proyecto de Tesis, aprobado con Resolución N° 24933 - 2017, titulado "RELACION DE LOS HABITOS DE HIGIENE ORAL CON LA CALIDAD DE VIDA ORAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN JUAN BAUTISTA AYACUCHO - 2017", de la egresada CHAVEZ VARGAS, GRACIELA para su asesoría y ejecución.

Atentamente.

Ayacucho 28 de Abril del 2017

Cc/ Archivo.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Explicando el proceso de la toma de la ficha de encuesta al Adulto Mayor



PORTADOR PROTESISCO, EDENTULO TOTAL PROTESIS EN MAL ESTADO



IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR CON EL DNI



LLENANDO LOS DATOS PERSONALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO





TOMA DE HUELLA DIGITAL AL ADULTO MAYOR





APLICACIÓN DE LA FICHA DE ENCUESTA AL ADULTO MAYOR



APLICAICON DE LA FICHA DE ENCUESTA AL ADULTO MAYOR



APLICACIÓN DE LA FICHA DE ENCUESTA AL ADULTO MAYOR



EXPLORANDO LA CAVIDAD ORAL DEL ADULTO MAYOR



REUNION Y PARTICIPACIÓN DEL ADULTO MAYOR



REUNION Y PARTICIPACIÓN DEL ADULTO MAYOR



