



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

TESIS

**“LA CALIDAD DE VIDA ORAL Y SU RELACIÓN CON EL
EDENTULISMO EN PERSONAS ADULTAS DE 50 A 80 AÑOS DE
EDAD DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL
CHANCAY –LIMA- PERU 2015 “**

GRADUANDO:

YONATAN ENRIQUE ACEVEDO SIFUENTES

ASESOR:

DR. ESP. CHRISTIAN ESTEBAN GÓMEZ CARRIÓN

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

HUACHO – PERÚ

2015

DEDICATORIA:

A mis padres Octavio y Hipolita, para ellos con mucho cariño que sin su apoyo incondicional, tanto moral como económico no hubiera podido cumplir mis metas trazadas.

A mis hermanas Victoria y Stefany, para ellas que siempre me apoyaron y estuvieron conmigo en buenos y malos momentos.

A mi querida novia Lourdes que me brindo día a día sus enseñanzas y su apoyo para terminar esta gran etapa.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, por darme las fuerzas y la sabiduría para ser cada día mejor en lo que me gusta que es la odontología.

A la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial – Huacho por el apoyo y autorización para la elaboración de la tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista.

A los docentes del Hospital Chancay por su apoyo incondicional.

Esp. CD. Christian Esteban Gómez Carrión, por su apoyo y enseñanzas brindadas en el asesoramiento de mi tesis.

Al CD. Javier Ramos De Los Ríos, director de la escuela académico profesional de Estomatología Filial – Huacho quien brindo su apoyo y todas las facilidades pasibles en la parte administrativa.

ÍNDICE

Dedicatoria.	ii
Agradecimiento.	iii
Índice.	iv
Resumen.	x
Abstract.	xii
Introducción.	xiv

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	Planteamiento del problema	1
1.2.	Delimitación de la Investigación	3
1.2.1.	Delimitación Temporal	3
1.2.2.	Delimitación Geográfica	3
1.2.3.	Delimitación Espacial	3
1.3.	Formulación del Problema	4
1.3.1.	Problema general	4
1.3.2.	Problemas específicos	4
1.4.	Objetivos de la Investigación	5
1.4.1.	Objetivo general	5
1.4.2.	Objetivos específicos	5
1.5.	Justificación e Importancia de la Investigación	6

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación	9
2.2.	Bases Teóricas	17
2.3.	Definición de términos básicos	31
2.4.	Hipótesis y Variables	33
2.4.1.	Formulación de hipótesis	33
2.4.2.	Variables	34

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Diseño Metodológico	40
3.1.1	Tipo De Investigación	40
3.1.2	Nivel De Investigación	40
3.2.3	Método y Diseño De Investigación	41
3.2	Población y Muestra	41

3.2.1 Población	41
3.2.2 Muestra	41
3.3 Técnica e Instrumento De Recolección De Datos	42
3.3.1 Técnica De Recolección De Datos	42
3.3.2 Instrumento De Recolección De Datos	42
3.3.3 Técnica De Análisis e Interpretación De Datos	43
CAPITULO IV. RESULTADOS	44
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	61
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	65
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	75

INDICE DE TABLAS

Tablas

1. Índice de calidad de vida oral y el edentulismo	45
2. Índice de calidad de vida oral y el género.	47
3. Índice de calidad de vida oral y el grupo etáreo.	49
4. Índice de calidad de vida oral y el estado de dentición.	51
5. Índice de calidad de vida oral y el Uso de prótesis.	53
6. Edentulismo y grupo etáreo.	55
7. Edentulismo y género.	57
8. Necesidad de prótesis y estado de dentición.	59

INDICE DE GRÁFICOS

1. Índice de calidad de vida oral y el edentulismo	44
2. Índice de calidad de vida oral y el género. .	47
3. Índice de calidad de vida oral y el grupo etáreo.	49
4. Índice de calidad de vida oral y el estado de dentición.	51
5. Índice de calidad de vida oral y el Uso de prótesis .	53
6. Edentulismo y grupo etáreo.	55
7. Edentulismo y género.	57
8. Necesidad de prótesis y estado de dentición.	59

INDICE DE ANEXOS

Anexos

1. Matriz de Consistencia.	75
2. Instrumento.	77
3. Consentimiento informado del paciente.	80
4. Consentimiento informado del encargado del programa	81
5. fotos	82

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo aplicado de nivel descriptivo, correlacional de diseño no experimental de corte transversal, donde el problema fue buscar la relación que existe entre la calidad de vida oral y el edentulismo en personas de 50 a 80 años de edad; Dado que no hay muchos estudios sobre esta asociación en la población, donde el edentulismo es más prevalente y a la vez es un problema susceptible de prevención podemos plantear las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el nivel de relación entre la calidad de vida oral y el edentulismo en la población? ¿Cuál es la importancia que tiene el edentulismo en la población? ¿Cuál es la importancia de la calidad de vida oral en la población?

La calidad de vida o estado de bienestar es un fin buscado por las personas, por lo cual es necesario conocer los factores que la podrían estar afectando, entre ellos la salud oral y específicamente el edentulismo. El objetivo general de estudio fue Determinar la relación que existe entre calidad de vida oral y el edentulismo en las personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.

La muestra estuvo constituido por 60 personas entre hombres y mujeres adultos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de una ficha odontológica, y el índice de GOHAI diseñada para valorar en poblaciones de adultos mayores, los problemas oro-funcionales y estimar grado de impacto psicosocial asociado a los problemas bucodentales ó también para evaluar la efectividad funcional y psicosocial de un tratamiento bucodental realizado. En los resultados se encontró que el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular, seguida del 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno. En relación al edentulismo el 56.66% de los evaluados son edéntulos parciales y el 43.33% de lo evaluados es edéntulo total

En relación a la necesidad de prótesis el 46.67% de los evaluados necesita prótesis completas, el 36.67% de los evaluados necesita prótesis parcial removible y por último el 16.67% de los evaluados necesitan prótesis mixta.

Concluyendo que, la calidad de vida oral no se relaciona con el edentulismo, con el género, con la edad, con el estado de dentición pero si se relaciona con el uso de prótesis en las personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015

El edentulismo se relaciona con la edad, pero no con el género en personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay. Lima-Perú 2015.

La necesidad de prótesis no se relaciona con la condición de dentición en personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay. Lima-Perú 2015.

Palabras clave: Calidad de vida oral, edentulismo, prótesis, dentición

ABSTRACT

A study of the rate applied descriptive level, correlational no experimental cross-sectional design, where the problem was to find the relationship between quality of life and oral edentulous in people 50-80 years of age was conducted; Since there are not many studies on this association in the town, where edentulism is more prevalent and yet is capable of preventing problem we pose the following research questions:

What is the level of relationship between quality of life and oral edentulous in the population? What is the importance of edentulism in the population? What is the importance of oral quality of life in the population?

The quality of life and the welfare state is an end sought by people, so it is necessary to know the factors that could be affecting, including oral health, and specifically the edentulous. The overall objective of the study was to determine the relationship between quality of life and oral edentulous in people 50-80 years of age the elderly Hospital program in Peru Lima Chancay 2015.

The sample consisted of 60 people between adult men and women who met the inclusion and exclusion criteria. The data were obtained by applying a dental record, and index GOHAI designed to assess populations of older adults, gold-functional and estimate degree of psychosocial impact problems associated with oral health problems or for evaluating the functional effectiveness and psychosocial made an oral treatment. The results found that 73.33% of the evaluated presents an index of quality of life regular oral, followed by 26.67% with good quality index oral life. In relation to the edentulous 56.66% of those tested they are partial edentulous and 43.33% of the total tested is edentulous Regarding the need for prosthesis 46.67% of the assessed need full dentures, the 36.67% of the assessed need removable partial dentures and finally 16.67% of the assessed need joint prosthesis.

Concluding that, the quality of oral life not related to the edentulous, gender, age, the state of dentition but if it relates to the use of prostheses in people 50-80 years of age who attend Elderly program in Peru Lima Chancay Hospital 2015.

Edentulism is related to age, but not with gender in people 50-80 years of age attending the elderly program in Chancay Hospital. Lima-Peru 2015.

The need for prosthesis is not related to the condition of teeth in people 50-80 years of age attending the elderly program in Chancay Hospital. Lima-Peru 2015.

Keywords: Quality of life oral, edentulous, prosthetic teeth

INTRODUCCIÓN

El estudio del envejecimiento a nivel de la cavidad oral, se ha basado en la creencia general de que existe de un deterioro progresivo de la fisiología oral con el paso del tiempo.

Estos conocimientos erróneos se han fundamentado en estudios comparativos entre personas de edad avanzada comprometidas médicamente, y personas jóvenes sanas, concluyendo que muchas estructuras estaban alteradas como consecuencia del envejecimiento.

En presente trabajo de investigación surge a raíz de que en la provincia de Chancay existe un alto porcentaje de edentulismo parcial y total por diversos factores sociales, económicos, clínicos, de acceso a los servicios de salud, así como conductuales. Este problema parece enfocarse únicamente como un problema de salud oral, cuando podría estar teniendo impacto sobre la calidad de vida oral de las personas.

Frente a esta problemática nos formulamos la pregunta:

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida oral y el edentulismo en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?

A continuación describiremos la estructura detallada del presente trabajo de investigación que comprende así:

CAPÍTULO I: Se plantea el problema de la investigación, así como se describe la justificación la cual se formuló ante la necesidad de conocer cuál es la relación de la calidad de vida oral y el edentulismo, y así mismo su justificación teórica, práctica, legal y metodológica y científica, también se describe las limitaciones del orden metodológico, en la búsqueda de información y en el tiempo.

Podremos observar también los antecedentes internacionales, nacionales los cuales se basó nuestra investigación.

Y por último se describen los objetivos General y específicos.

CAPÍTULO II: Comprende las bases científicas teóricas de la investigación que incluyendo los conceptos básicos de la investigación.

Se describe la definición, identificación y clasificación de variables en dependientes e independientes descritas en la matriz de operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: Así mismo se describe la metodología: el tipo y nivel de Investigación, Población y muestra y el método de investigación, Las técnicas de recolección de datos, validación, objetividad de los instrumentos y el plan de recolección de los datos.

CAPÍTULO IV: Se presenta los Resultados de los objetivos generales y específicos de la Investigación y la contrastación de las hipótesis generales y específicos.

Así mismo se presenta las conclusiones y sugerencias obtenidas producto de nuestra investigación.

Por último mencionaremos las referencias bibliográficas consultadas y el grupo de anexo que se realizó en nuestra investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Uno de los rasgos más característicos de las sociedades actuales, es el envejecimiento de su población. La reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer han sido las responsables de que cada vez, haya un mayor número de personas con más de setenta y cinco años de edad.

El envejecimiento de la población está relacionado con los cambios producidos en la estructura por edades de dicha población. Una sociedad envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años y cuando aumenta la proporción de jóvenes (0 -14 años), rejuvenece.

El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fertilidad son factores claves que impulsan la "transición demográfica".⁽¹⁾

Ante esta situación se vienen realizando diferentes estudios y aplicaciones de la calidad de vida asociada al estado bucodental, tema que día tras día viene tomando más importancia en el mundo.

El concepto de calidad de vida viene cubriendo cada vez más páginas de las revistas odontológicas, ya que es justificado su uso en la evaluación de estados de salud, grupos de riesgo, objetivos y predicciones de tratamientos, y todos se

justifican por la finalidad de tener mejoras en la calidad de vida de los pacientes. ⁽²⁾

El estudio del envejecimiento a nivel de la cavidad oral, se ha basado en la creencia general de que existe de un deterioro progresivo de la fisiología oral con el paso del tiempo.

Estos conocimientos erróneos se han fundamentado en estudios comparativos entre personas de edad avanzada comprometidas médicamente, y personas jóvenes sanas, concluyendo que muchas estructuras estaban alteradas como consecuencia del envejecimiento.

Para cuestionar este concepto es importante indicar que algunos cambios que ocurren con la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes.

Otros cambios se presentan como consecuencia de algunas enfermedades, tales como la periodontitis o la xerostomía, a veces relacionada con el consumo de medicamentos.

También efecto de factores socioculturales y económicos son determinantes para que se presente un aumento en el número de tratamientos como las exodoncias y las restauraciones sobre la persona que envejece. ⁽³⁾

Así mismo se presentan como consecuencia de procesos patológicos algunos estados que afectan la calidad de vida de las personas como el caso de la ausencia de piezas dentarias hasta llegar en algunos casos al edentulismo completo.

Afectan también la calidad de vida de las personas la presencia de caries principalmente caries radicular, los restos radiculares con focos infecciosos, la enfermedad periodontal manifestada en gingivitis y periodontitis, la xerostomía, la polimedicación y sus efectos secundarios, y las lesiones orales de tipo viral, además de otras lesiones que se encuentran clasificadas en el grupo de lesiones precancerosas.

Otras situaciones como las consecuencias de las prótesis mal adaptadas, los problemas masticatorios-deglutorios, y una multitud de estados iatrogénicos generados a consecuencia de algunos tratamientos, ayudan de la misma manera al deterioro en la armonía bucodental. ^{(3) (4)}

Para reconocer los cambios que se presentan y asocian al envejecimiento es útil identificarlos en función de las variaciones estructurales y funcionales a nivel de las siguientes estructuras: tejidos faciales, dental, periodontal, articulación temporomandibular, mucosa oral y en las glándulas salivares. ⁽⁵⁾

En la provincia de Chancay existe un alto porcentaje de edentulismo parcial y total por diversos factores sociales, económicos, clínicos, de acceso a los servicios de salud, así como conductuales. Este problema parece enfocarse únicamente como un problema de salud oral, cuando podría estar teniendo impacto sobre la calidad de vida de las personas.

Dado que no hay muchos estudios sobre esta asociación en la población, donde el edentulismo es más prevalente y a la vez es un problema susceptible de prevención podemos plantear las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el nivel de relación entre la calidad de vida oral y el edentulismo en la población? ¿Cuál es la importancia que tiene el edentulismo en la población? ¿Cuál es la importancia de la calidad de vida oral en la población?

La calidad de vida o estado de bienestar es un fin buscado por las personas, por lo cual es necesario conocer los factores que la podrían estar afectando, entre ellos la salud oral y específicamente el edentulismo.

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1. **Delimitación Temporal:** La investigación se realizó en los meses de Julio a Agosto de 2015

1.2.2. **Delimitación Geográfica.-** La investigación se llevó a cabo en la Provincia Chancay.

1.2.3. **Delimitación Espacial.-** La investigación se llevó a cabo en el Hospital Chancay.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

1. ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida oral y el edentulismo en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?

1.3.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la relación de calidad de vida oral y el género en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?
2. ¿Cuál es la relación de calidad de vida oral y la edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?
3. ¿Cuál es la relación de calidad de vida oral y el estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?
4. ¿Cuál es la relación de calidad de vida oral y el uso de prótesis en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?
5. ¿Cuál es la distribución del edentulismo según edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?
6. ¿Cuál es la distribución del edentulismo según género en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?
7. ¿Cuál es la necesidad de prótesis según estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

1. Determinar la relación que existe entre calidad de vida oral y el edentulismo en las personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Establecer la relación de calidad de vida oral y el genero en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
2. Establecer la relación de calidad de vida oral y la edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
3. Establecer la relación de calidad de vida oral y el estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
4. Establecer la relación de calidad de vida oral y el uso de prótesis en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
5. Establecer la distribución del edentulismo según edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
6. Establecer la distribución del edentulismo según género en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
7. Establecer la necesidad de prótesis según estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

La presente investigación se formula ante la necesidad de conocer cuál es la relación existente entre el edentulismo y la calidad de vida oral de en personas que asisten al programa de salud oral en el Hospital de Chancay.

JUSTIFICACIÓN TEORICA; la importancia de este estudio sobre el edentulismo y calidad de vida radica en que existe escasas investigaciones referentes al tema que permitan su adecuada comprensión y aplicación para personas edéntulas y sobre todo en un grupo reducido como es la tercera edad. Del mismo modo la investigación busca encontrar el mejoramiento de la calidad de vida oral en las personas edéntulas entre 50 a 80 años de edad , siendo esto concordante con uno de los lineamientos políticos más importantes en cuanto al cuidado y calidad de vida en personas adultas y así también como las consecuencias de la salud oral en términos de cómo afecta la calidad de vida., que pueden afectar al individuo en su capacidad de alimentarse, comunicarse , y en la socialización con el medio que lo rodea, , es importante destacar el abandono al que se ve enfrentado el adulto mayor de nuestra época en su mismo hogar; en los centros hospitalarios, que no dan prioridad al paciente de manera integral, y con la salud pública que no planifica de manera universal ni equitativamente, donde las políticas están orientadas a la solución de otro tipo de problemas, dejando a este grupo de la población desprotegido. Hay que entender como una persona define su estado de salud bucal, por su comportamiento y las condiciones a veces subjetivas incluidas en el amplio concepto de percepción de la salud.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA; EL presente trabajo de investigación es de vital importancia debido a que su desarrollo busca determinar la relación que existe entre el edentulismo y la calidad de vida oral, plantea cobrar relevancia en la medida que aportaría datos reales sobre la relación existente entre el edentulismo y la calidad de vida oral de la población que asiste al programa de adulto mayo del hospital chancay.

Todo ello con el propósito de determinar las consecuencias del edentulismo sobre la calidad de vida oral en la población a estudiar.

JUSTIFICACIÓN EPISTEMOLÓGICA; la relación existente favorecería en conocerlas consecuencias que conlleva no solo en los aspectos personal y social si no también un aspecto que antes no se había observado en los pacientes y esto es la calidad de vida que enfrentan ante un proceso de edentulismo.

JUSTIFICACIÓN LEGAL; Sustento legal en la elaboración de proyectos se sustenta en las leyes y normas siguientes:

En la ley universitaria N° 23733 en su capítulo VIII, artículo 65, 66, 67 que señala sobre el proceso de investigación que involucra a estudiantes y a la universidad en sus distintos programas como medio de contribuir al desarrollo nacional en todos los ámbitos del proceso educativo. En este caso, se trata de la gestión a través de la herramienta integral de Identificación Institucional.

Del mismo modo se entiende en el proyecto Educativo Nacional al 2021 en el objetivo estratégico N° 5 que menciona sobre la educación superior de calidad que aporta al desarrollo y la competitividad nacional, en la política N°24 que menciona la relación de la investigación como medio esencial de la transformación educativa, como también en la visión de la Universidad Alas Peruanas: “Ser una institución acreditada y solidaria, relacionada con sus entornos nacional e internacional, congruente con los avances científicos y tecnológicos de punta, para impulsar el desarrollo del país.”

De igual manera en el Decreto Legislativo N°882, “Ley de Promoción de la Inversión en la Educación”, cuyas normas se aplican a universidades, dentro de la cual, se encuentra la Universidad Alas Peruanas.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA; Así mismo, hay necesidad de contribuir con el proceso del conocimiento de cómo afecta el edentulismo frente a la calidad de vida de las personas a partir de los resultados que se obtengan en la presente investigación.

Por otro lado generar conocimiento respecto al edentulismo y calidad de vida precisando aquellas soluciones y parámetros a los problemas que han sido tratados a este grupo de personas en este determinada grupo etáreo y condición estomatológica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Para la realización del presente trabajo de investigación se buscó antecedentes en las bibliotecas de las universidades, páginas Web; a nivel local, regional, nacional e internacional

La información disponible es insuficiente, limitada, no aplicable necesariamente a la realidad de la población y al sistema de salud peruano.

1.5.1. A NIVEL INTERNACIONAL:

Castrejón (MEXICO, 2009) ⁽⁶⁾ con su tesis “Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida” realizó un estudio documental sobre los principales problemas de salud bucal en el adulto mayor, concluyendo que los problemas de salud bucal en dichos adultos deben tomarse en cuenta, ya que en esta etapa de la vida cobran mayor importancia debido al impacto que tienen en la calidad de vida, así como en el mayor riesgo de tener consecuencias más severas y complejas que requieren de atención especializada. Es necesario que se diseñen e implementen programas preventivos eficaces dirigidos a este grupo de la población, de tal manera que se puedan prevenir los daños a la salud bucal y general, y con ello disminuyan los costos de la atención.

Pennacchiotti (CHILE, 2006) ⁽⁷⁾ realizó una investigación sobre los factores que influyen en el uso de prótesis removible en adultos mayores recién

rehabilitados. Desarrolló un estudio Cuasi Experimental de tipo descriptivo, con una medición previa y otra posterior al tratamiento protésico. La muestra estuvo constituida por 200 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, desdentados parciales o totales, de diferentes áreas de la región metropolitana, que fueron atendidos en servicios públicos de salud para realizarse una rehabilitación oral en base a prótesis acrílicas parciales o totales inferiores, superiores o ambas y que fueron ingresados al grupo experimental del proyecto. El 25.5% de la muestra se excluyó del estudio, ya que, no cumplía con los criterios de selección quedando una muestra final de 149 pacientes.

En dicho estudio, fueron analizados diversos factores que influyen en el uso de prótesis removibles en adultos mayores recién rehabilitados. Dentro de estos factores se consideraron aspectos psicológicos, aspectos técnicos propios de los aparatos protésicos, factores biológicos y la experiencia previa con este tipo de rehabilitación. Este estudio pretendió aumentar el conocimiento sobre la influencia de los factores mencionados en el uso protésico, contribuyendo a mejorar la efectividad costo-beneficio en los servicios de atención pública del país.

Esquivel (2006) ⁽⁸⁾ con su investigación titulada “Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores”, estudió los cambios y pérdidas a través de los años, la depresión es frecuente entre adultos mayores, causa sufrimiento y disminuye la percepción de calidad de vida y salud. La salud bucal tiene un papel esencial en el bienestar y en la calidad de vida, sin embargo, son frecuentes los problemas bucales en la vejez. El objetivo de su investigación fue evaluar el efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida, en un grupo de adultos mayores que se encuentran en asilos y fuera de ellos, para ello se realizó un estudio transversal y asociativo en 115 adultos mayores que se encuentran en asilos y fuera de ellos. Se aplicaron instrumentos para evaluar depresión, salud bucal y calidad de vida.

Se obtuvo como resultado que más de la mitad de los sujetos no presenta

síntomas depresivos; siendo menor en quienes realizaban actividad física. La mayoría de las personas utiliza prótesis dental, en algunos casos sólo cumple funciones estéticas. Los sujetos tienen una percepción negativa de su salud bucal y regular de su calidad de vida. Quienes se encuentran fuera de los asilos tienen una percepción más positiva de su calidad de vida y salud bucal que quienes viven en asilos, siendo en todos los casos más negativa para los que presentan depresión.

Finalmente Esquivel concluyó que la depresión es un trastorno que afecta la percepción de salud bucal y de calidad de vida de adultos mayores, la práctica de actividad física contribuye a disminuir sus efectos.

De la Fuente-Hernández J, et al (MÉXICO, 2010) ⁽⁹⁾ con su investigación titulada “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental”. Buscaron estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores, el Método utilizado fue un estudio de corte transversal en 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). En los resultados encontrados 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 componente cariado, 3,96; los dientes perdidos, 5,95; y los dientes obturados, 4,19. La correlación entre el índice OHIP-14 y el CPOD fue positiva aunque débil ($r=0,26$; $p=0,001$). Concluyeron que el estado bucodental influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta particularmente la realización de sus actividades cotidianas.

Díaz S, et al. (COLOMBIA, 2012) ⁽¹⁰⁾ con su investigación titulada “impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores” tuvo como objetivo Asociar salud bucal y calidad de vida en adultos mayores atendidos en la Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Con un Diseño de Estudio de corte transversal, con la participación de 120 adultos mayores, en el primer periodo de 2011. Los resultados obtenidos al realizar la prueba χ^2 se encontró significancia estadística entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo 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 ($p= 0,0001$; $\chi^2 = 21,31$) Concluyeron que los problemas endodónticos comprometen la calidad de vida en los adultos mayores siendo necesario un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya otros factores capaces de comprometer el bienestar.

Henriques Simoni, J.C.C., et al (BRASIL, 2010) ⁽¹¹⁾ en su publicación titulada “impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños” Precisaron como objetivo estimar la prevalencia del edentulismo total versus parcial y el impacto que esta condición produce en la calidad de vida. Dentro del método, utilizaron una muestra compuesta por 182 pacientes, de ambos sexos, con edad a partir de 18 años, que vivían en la ciudad de Recife, inscritos para tratamiento en la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Pernambuco - UFPE. Esta investigación se realizó entre julio y septiembre de 2010. El edentulismo fue identificado a través del examen de inspección clínica y el impacto por medio del OHIP-14, el cual se compone por cinco dimensiones obtenidas después de la aplicación de un cuestionario estructurado. En la muestra analizada se verificó que 88,1% eran desdentados parciales; el grupo etario con mayor porcentaje fue de 31 a 50 años; 70,8% pertenecían al sexo femenino; 48,0% eran casados; 45,0% tenían el segundo grado completo; y

59,9% notificaron ingreso mensual superior a un salario mínimo. Obtuvieron los siguientes resultados : En relación al impacto en la calidad de vida en las dimensiones mensuradas por el OHIP-14, los mayores porcentajes relatados por los individuos fueron: 67,8% dolor físico; 56,9% incómodo psicológico; y 61,9% limitación psicológica. Finalmente Concluyeron que : En la presente pesquisa, el OHIP-14 mostró que los mayores problemas relatados por los individuos que perdieron sus dientes fueron de naturaleza funcional y social, como por ejemplo, incómodo para comer y el sentimiento de vergüenza, causando fuerte impacto en la calidad de vida, y aunque la prevalencia haya sido mayor para el edentulismo parcial, los impactos fueron mayores para los desdentados totales.

Meneses Edwin (ESPAÑA, 2010) ⁽¹²⁾ en su tesis doctoral “salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores” realizó un estudio sobre la calidad de vida y la salud bucal en el adulto mayor concluyendo que:

1. La calidad de vida oral percibida, obtenida mediante el uso del índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), indica un nivel de calidad de vida oral bajo, en la muestra de sujetos que acuden a la clínica de recepción de pacientes de la facultad de odontología de la Universidad Complutense de Madrid.
2. El estado de salud bucodental es deficitario, avaluado por los siguientes aspectos:
 - 1.6. El índice CAOD, presenta un valor elevado a expensas del componente ausente.
 - 1.7. El índice de caries radicular es elevado, según la evaluación de caries de cuello y los dientes obturados.
 - 1.8. El estado periodontal presenta un nivel de enfermedad moderado, con casi más de un tercio de sextantes excluidos.
 - 1.9. La mucosa bucal presenta un bajo porcentaje de lesiones, principalmente de úlceras y candidiasis.
- 1.10. Más de la mitad de la muestra utiliza algún tipo de prótesis dental, sobre todo en el maxilar superior, con una necesidad de prótesis en el 74% de los

examinados.

3. La valoración de la autoevaluación por parte del paciente, está incluida en la mayoría de ellos, en la categoría de regular; seguida por la categoría de mala y finalmente el grupo de buena autoevaluación.

4. Los datos clínicos del estado bucodental, siendo negativos, son el reflejo de un índice de calidad de vida oral bajo y contrastan aparentemente con la personas que tienen una visión positiva en la autoevaluación del estado de su boca. Según la interpretación de los datos, la autoevaluación subjetiva del estado de salud bucodental de la muestra, no es independiente de la calidad de vida oral percibida mediante el índice de calidad de vida oral indicado para adultos mayores.

Duque Duque Vanessa, et al (COLOMBIA, 2012) ⁽¹³⁾ en su publicación titulada “Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados” analizaron 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. Obtuvieron como resultados: 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). Por último concluyeron 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.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL:

Gallardo Adriana, et al (PERÚ, 2013) ⁽¹⁴⁾ en su estudio “Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana” 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%. Los resultados obtenidos arrojaron que 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 ($p:0,438$).Al finalizar Concluyeron que 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.

Awuapara Nadia (PERÚ, 2010) ⁽¹⁵⁾ en su tesis “determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, provincia de Celendín, departamento de Cajamarca en 2010” Se evaluaron 249 personas mayores de 30 años residentes del Distrito de

Celendín en 2010, de las cuales 138 eran mujeres y 111 hombres. El instrumento utilizado fue la encuesta SF-36, la cual determinó que el edentulismo parcial y total atacan por igual al componente físico, a diferencia del componente mental que se encuentra más afectado por el edentulismo total. Se observa una pendiente según grupos etarios, donde los individuos mayores de 60 años son los más afectados (37.32 puntos) y los de 31 a 40 años los menos afectados (40.41 puntos), concluyendo que se observa una tendencia a que la pérdida total o parcial de la dentición afectando por igual al componente físico de la calidad de vida con tendencia a que la pérdida total de los dientes afecta más que la pérdida parcial de estos al componente mental de la calidad de vida. La percepción de bienestar físico y mental se manifiesta de igual manera en los pobladores con dentición completa, y ésta podría ser mejor que en condiciones de edentulismo parcial o total.

Reyes Jorge et al (PERÚ, 2013) ⁽¹⁶⁾ en su estudio “Determinación de la salud bucal en personas mayores institucionalizadas residentes en Lima, Perú” se realizó un estudio descriptivo transversal en donde la muestra estuvo conformada por 24 personas donde se realizó la recopilación de los datos sociodemográficos mediante un cuestionario, una percepción del evaluador sobre el estado de salud extra oral, ATM, estado de las mucosas, presencia y estado de la prótesis dental, frecuencia del cepillado y una percepción de la persona sobre su estado de salud bucodental. Además, se aplicó el test de Pfeiffer para verificar su estado de orientación y lucidez, el índice de Eichner para la oclusión, el índice diente cariado perdido obturado (CPOD) y el índice de higiene oral simplificado (IHOS) los resultados encontrados fueron que el 33,33% presentó caries dental, mientras el 66,67% era edéntulo. El promedio del CPOD fue de 27,66. Y el índice IHOS el 50,00% era malo, teniendo presente que 41,67% era edéntulo parcial o total. Se tuvo la percepción que el 62,50 % tenía una salud bucal regular. Según el índice de Eichner, registrando contacto en premolares y molares, encontramos que el 83,33% estaba en la escala C. En el test de Pfeifer, para conocer el estado de lucidez y orientación de las personas encontramos que el 41,67% presentó una función intelectual

intacta. Al finalizar concluyeron que el estado de salud bucal de los pacientes institucionalizados se encuentra bajo una perspectiva mala, teniendo como premisa que a mayor edad, mayor el edentulismo, sin embargo, la ausencia de piezas dentarias no ha sido condicionante para que las personas sean portadoras de prótesis dentales.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Edentulismo

La pérdida parcial o completa de la dentición natural es, en realidad, resultado de la afectación de las superficies dentales afectadas por caries dental o de los tejidos de sostén por enfermedades periodontales; ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectar a los individuos en diferentes épocas de su vida. Estos procesos patológicos y sus efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que pierde su dentición natural y progresa la desdentación parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura.

Cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden afectarse los dientes restantes, el periodonto, los músculos, los ligamentos y las articulaciones temporomandibulares. Ellos crean a su vez problemas funcionales.¹⁷

Este puede afectar sustancialmente la salud oral y general como también la calidad de vida oral, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición.

Algunas evidencias sugieren que el estado de salud oral, particularmente el edentulismo, pueden afectar la ingesta alimentaria. La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulas, ya que su calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca.^{18, 19}

La pérdida de dientes puede afectar a las personas de cualquier edad, pero ésta es más prevalente en el adulto mayor, ya que son más susceptibles a adquirir enfermedades bucales como la caries dental y la enfermedad periodontal. Anteriormente, se pensaba que la pérdida de dientes era una parte inevitable del ciclo de la vida por la misma reabsorción ósea, pero estudios e investigaciones recientes han demostrado que no todas las enfermedades orales son inevitables por los cambios de la edad, ya que existe una gran variedad de métodos preventivos para mantener las piezas dentarias por un largo período de tiempo. Es por ello que se considera al edentulismo temprano como una falta de interés y educación por la salud bucal.²⁰

Todo ello nos lleva a la conclusión de que la presencia de edentulismo en nuestro país, se debe a una falta de conocimientos sobre cuidado dental, ya que no se le da la importancia debida. Existen diversos factores que pueden desencadenar una amplia gama de enfermedades en la cavidad bucal, las cuales ocasionan que se inicie el proceso de pérdida de dientes y, por ende, aumente el índice de edentulismo en la población.²¹

Prevalencia y factores de riesgo.-

En el Perú, las enfermedades orales más prevalentes son la caries dental y la enfermedad periodontal, las cuales afectan la permanencia de los dientes en boca. Esto se debe a diversas razones, siendo la más observada porque la persona no acude al profesional de la salud hasta que el dolor dental es insoportable, por lo que los tratamientos a realizar se restringen a la exodoncia. Asimismo, ya sea por falta de interés, ausencia de conocimiento o problemas económicos, la mayoría no se realiza el tratamiento indicado. La mayor parte de personas cuando sufren alguna patología oral que conlleva al dolor e incomodidad en la cavidad oral, optan por la exodoncia antes que otro tratamiento, por lo que la pérdida de dientes se produce antes del tiempo esperado⁽²¹⁾

Entre los factores de riesgo asociados a la presencia de edentulismo, se tiene a la edad, grado de instrucción, nivel socio-económico, ocupación, factores

sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, uso de medicamentos y malnutrición. En Celendín, el factor de riesgo más predisponente es el socio-económico, ya que según encuestas realizadas por el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), la tasa de desempleo a nivel distrital según género, es de 15.5% en varones y 20.3% en mujeres, reflejando un mayor acceso a oportunidades de trabajo de los varones, principalmente por causas culturales y sociales. Un factor muy importante sobre la prevalencia del edentulismo en la provincia de Chancay, es también el acceso a los servicios de salud, el cual varía según los niveles de pobreza. ⁽²²⁾

Efecto del edentulismo

Existen una serie de impactos negativos asociados al edentulismo. Entre ellos; la disminución de la habilidad para masticar y hablar y la pobre alimentación que conlleva la enfermedad ⁽²³⁾.

Salud física

Las partes de la boca más importantes la constituyen los dientes, ya que son las herramientas que el ser humano utiliza para poder masticar una amplia gama de alimentos con valores nutricionales variados. Pero, cuando estos son perdidos por diversas razones, ya no es posible que la persona mastique con la misma efectividad a diferencia de cuando se tenían todas las piezas dentarias presentes. La función masticatoria disminuye ocasionando un cambio brusco en la elección de las comidas. La evidencia nos da a comprender que la población edéntula evita comidas tales como frutas, vegetales y carnes, siendo sus alimentos de elección las comidas procesadas, ya que tiene mayor facilidad para consumirlas. ⁽²⁴⁾

Como las personas edéntulas no tienen una dieta rica en nutrientes, consumen en su mayoría vitaminas, minerales y proteínas con el fin de mejorar su alimentación, pero aun así se encuentran en un alto riesgo de presentar malnutrición a diferencia de las personas dentadas que no poseen ningún

problema para el consumo de las comidas. Diversos estudios han realizado exámenes odontológicos recolectando datos sobre la dieta establecida en cada sujeto, y han llegado a la conclusión de que las personas dentadas tienen un consumo mayor de vitamina C, vitamina E, calcio, proteínas, fibra, hierro, tiamina, riboflavina, niacina, ácido pantoténico e intrínseco. Con toda esa información, se confirma la hipótesis de que la ingesta de nutrientes tiene mayor aporte calórico en la población que posee piezas dentarias a diferencia de la población edéntulas. Es por ello que se considera a esta última como grupo de riesgo para sufrir diversas enfermedades crónicas por las mismas deficiencias nutricionales que poseen.²³

Salud psicológica

Diversos estudios han encontrado que la presencia de piezas dentarias en boca tiene un gran aporte social y cultural en el ser humano, por lo que las personas que los han perdido parcial o totalmente, por distintas razones, tienden a evitar las interacciones sociales con el fin de evadir una situación embarazosa cuando la otra persona descubra las alteraciones orales adquiridas. Esto quiere decir que un alto porcentaje de individuos tiende a sentir incomodidad por la deficiencia de su salud oral frente a la población. En cierta forma, se puede decir que el edentulismo limita las interacciones sociales y culturales en el entorno, por lo que provoca sentimientos inevitables de baja autoestima y agobio por el estado de salud oral adquirido.⁽²⁴⁾

2.2.1. Calidad de vida

La calidad de 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”.

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”.²⁶

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.²⁷

El centro de promoción de la salud de la universidad de Toronto afirma que: la calidad de vida está relacionada con un grado con que las personas aprovechan las posibilidades importantes de la vida. Pudiendo ser simplificada según Locker en el 2004 en la siguiente pregunta: ¿Cuan buena la vida es para usted? ²⁸.

El Dr. Locker, relata que existe un consenso actual de que la calidad de vida se refiere a algo mucho mayor que la salud, su modelo inicial sugiere que las condiciones clínicas y problemas de salud generan impactos en la calidad de vida, aunque esto no acontece necesariamente.

Ese pensamiento esta ejemplificado en el modelo donde sugiere que las condiciones clínicas y problemas de salud pueden causar un impacto en la calidad de vida aunque no siempre suceda. Al contrario, individuos con estados clínicamente dolientes o enfermos pueden presentar calidad de vida teóricamente compatibles con individuos plenamente saludables ⁽²⁹⁾.

Muchos estudios muestran que al hablar sobre calidad de vida, los individuos relatan la salud, pero no la consideran como factor primordial ^(30- 31- 32).

Muchas veces, factores sociales, estéticos y psicológicos (cómo el auto-estima) son considerados importantísimos, pero también con variaciones individuales que van a reflejar el histórico y la percepción personal.

De hecho, muchas veces los factores clave de la percepción de calidad de vida de algunos individuos no son claros, y se puede especular que están directamente conectados a sus experiencias personales a lo largo de la vida.

Ese modelo fue la base para el desarrollo de los indicadores subjetivos socio dentarios. Locker y Slade (1994) relatan que esos indicadores fueron definidos como la medida de extensión que los problemas odontológicos y desórdenes bucales tienen para interrumpir el funcionamiento normal de la vida de un individuo ⁽³²⁾.

Por lo tanto, para evaluar reiteradamente cualquier intervención en el área de la salud actualmente, incluyendo servicios de atención en salud bucal, son necesarias medidas de importancia para el paciente, que reflejen sus percepciones, así como son utilizadas las evaluaciones normativas, esenciales para el clínico. Es así como los indicadores subjetivos vienen haciéndose importantes herramientas, permitiendo las evaluaciones del impacto de los problemas bucales en la calidad de vida del paciente, siendo ampliamente utilizados en diversas áreas de la odontología como la salud Colectiva, Periodoncia y Prótesis según investigaciones en el mundo entero ⁽³³⁾.

Sin embargo, aún no se han llevado a la práctica en Odontología, la importancia de esas medidas, no solo en las investigaciones, sino como en la clínica diaria, tal como ellas existen y si son utilizadas, en el caso de la Medicina ⁽³⁴⁾.

Con el desarrollo del concepto de calidad de vida, muchos de los tratamientos ortodónticos son emprendidos actualmente en Europa y justificado por la intención de mejorar el bienestar y la calidad de vida relatados por los pacientes ⁽³⁵⁾.

El estudio de los indicadores socio-dentales en pacientes tienen el potencial de fortalecer la información sobre necesidades y resultados del tratamiento, por lo tanto, los clínicos deben estar en continua actualización en busca de como la calidad de vida puede ser evaluada ⁽³⁶⁾.

La definición y concepción de la Calidad de Vida es y seguirá siendo un proceso complejo para un grupo numeroso de filósofos. Se trata de un concepto relacionado con el bienestar social, el cual depende de la satisfacción

de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por lo que caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. (37, 38).

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.²⁷

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.^{27, 28}

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.²⁷

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL

En el caso de la calidad de vida relacionada con la salud oral 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”.³⁹ 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.⁴⁰

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 manifiesto que el estado de salud oral tiene repercusiones en la salud general del individuo. Se ha demostrado la asociación entre la autovaloración de la salud oral y la calidad de vida general en adultos y adultos mayores.⁴¹

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.⁴² 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.

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD ORAL

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 oral. 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 oral.⁴¹

A continuación se describirán aquellos instrumentos que han sido validados (la validación se refiere 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 mexicanos. 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 (CIDDM) de la OMS, El tercer instrumento (GOHAI) se basó en la revisión de la literatura sobre instrumentos de medición ya existentes acerca del estado funcional oral, la satisfacción del paciente, los síntomas orales y la medición de la autoestima y la socialización.⁴³

Oral Health Impact Profile (OHIP)

El Oral Health Impact Profile (OHIP, traducido como Perfil de impacto en la salud oral) 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 oral 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 orales en la vida del individuo?⁴³

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 orales. Consta de 49 ítems. El OHIP-49 ya ha sido validado en poblaciones de adultos mayores de Taiwán, Macedonia, Hamburgo y Brasil, entre otros.^{44,46}

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 cuantifican de igual forma en la escala Likert con los mismos valores. La evaluación de cada dimensión y del índice, así como sus puntuaciones se presentan en el cuadro 1.46 El OHIP-14 ha sido validado para su utilización en adultos mayores en países como Hong Kong, Australia y México.⁴⁵

Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)

El Oral Impacts on Daily Performances (OIDP, que se traduce como Impacto de la salud oral 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.⁴³ 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. Las dimensiones, su evaluación y las puntuaciones para la calificación del índice se muestran en el cuadro III. Cuanto más bajo sea el valor obtenido, hay una mejor autopercepción de la salud oral.³⁹

El OIDP ha sido validado en población adulta mayor en países como Inglaterra, Grecia, Japón y Brasil.^{39, 47}

Preguntas Siempre En los últimos 3 meses...	Siempre	A menudo	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1.- ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
2.- ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o manzana?	1	2	3	4	5
3.- ¿Cuántas veces ha tragado usted bien?	1	2	3	4	5
4.- ¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura	1	2	3	4	5
5.- ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	1	2	3	4	5

6.- ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7.-¿Cuándo usted se mira al espejo cuantas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5
8.- ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9.- ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10.- ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11.- ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12.- ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frio el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Este instrumento, que se traduce como Índice de evaluación de salud oral 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 orales, cuestionarios existentes sobre el estado de salud oral, 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 ítems¹⁴ 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.⁴⁸

El GOHAI ha sido validado en población adulta mayor en países como España, Alemania, Japón, China y Turquía.⁴⁸

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

Cuestionario GOHAI para la población geriátrica española institucionalizada

Esta herramienta fue diseñada para valorar en poblaciones de adultos mayores, los problemas oro-funcionales y estimar grado de impacto psicosocial asociado a los problemas bucodentales ó también para evaluar la efectividad funcional y psicosocial de un tratamiento bucodental realizado⁴⁹.

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

1. Función física, que comprende aspectos como comer, hablar, y tragar;
2. 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;
3. Dolor o incomodidad asociados al estado bucodental.⁵⁰

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 ⁴⁹

CALIDAD DE VIDA Y EDENTULISMO

El estado en que se encuentra la dentición del adulto repercute en diversos aspectos de la vida cotidiana, como son: la nutrición, autoestima, relaciones con el entorno, bienestar y salud general ⁽²⁴⁾.

Cuando una persona es edéntula, pierde toda conexión con las funciones que realizan los dientes en la boca. Entre estas, cabe resaltar a la alimentación, ya que se trata de la dieta que cumple con todas las necesidades del organismo ⁽⁵¹⁾. La nutrición constituye uno de los factores que tienen marcado efecto sobre el envejecimiento, ya que sus deficiencias aumentan la susceptibilidad a las enfermedades, lo que incrementa el índice de morbilidad y mortalidad en el país. Es por ello que se estima que cerca de la mitad de los trastornos que se presentan en edad adulta podrían estar asociados a deficiencias nutricionales ⁽²⁴⁾.

Los dientes, además de su participación en la alimentación, también repercuten un componente estético. Estos brindan soporte y estructura a los tejidos duros y blandos de la boca, por lo que su ausencia implica cambios morfológicos en el rostro y, por ende, alteraciones psicológicas incluyendo la baja autoestima y la evasión de relaciones interpersonales. A través de la conservación de los dientes en boca, se busca mantener la calidad de vida con el fin de que perpetúe la percepción que se tiene del grado de gusto por la dentición presente en el desempeño de las actividades de la vida diaria. ⁽²⁴⁾.

Asimismo, la falta de dientes también ha sido considerada como un factor de riesgo en el desarrollo de desnutrición en adultos mayores. En especial, cuando no se realiza una rehabilitación total adecuada con dientes que

reemplacen piezas perdidas y faciliten la selección consumo de los alimentos (24).

2.3. Definición de términos básicos

1.-Adulto mayor.-

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable). Como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los

gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y partícipe de la sociedad. La anterior concepción de la tercera edad en la mayoría de los casos se encuentra bastante alejada de la realidad que estas personas viven. Muchas veces siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos los sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida .⁵²

2.- Edentulismo.-

El edentulismo es la pérdida de dientes, parcial o total. La causa del edentulismo puede ser congénita o adquirida fuera del periodo infantil de caída de los dientes de leche y salida de los permanentes.

Este proceso puede ser total o parcial, según afecte a todos los dientes o solo a unos pocos. Las causas principales del edentulismo parcial son: vejez, caries, enfermedades periodontales o traumatismos.⁵³

El edentulismo o la falta de piezas dentales, total o parcial comporta la reabsorción del hueso alveolar en menor o m³ayor grado. Los cambios se traducen no sólo en la forma de los maxilares, sino que la estética facial también se ve afectada.⁵⁴

3.- Calidad de vida.-

El concepto de calidad de vida es aquel que se utiliza para determinar el nivel de ingresos y de comodidades que una persona, un grupo familiar o una comunidad poseen en un momento y espacio específicos. Así el concepto que ver en un sentido con cuestiones estadísticas (es decir, establecer el nivel de calidad de vida de las poblaciones a través de la

observación de datos específicos y cuantificables) así como también con una cuestión espiritual o emotiva que se establece a partir de la actitud que cada persona o cada comunidad tiene para enfrentar el fenómeno de la vida.⁵⁵

4.- Prótesis Dental.-

Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor. Los ojos, los brazos, las manos, las piernas o las articulaciones faltantes o enfermas comúnmente son reemplazados por dispositivos protésicos.

Los dientes postizos se conocen como prótesis dentales. Una prótesis dental, por lo tanto, permite reemplazar uno o más dientes que, por distintos motivos, se han perdido. Su finalidad es permitir que el paciente pueda masticar los alimentos y expresarse de manera correcta, dos cuestiones que, ante la falta de dientes, no podría realizar sin la prótesis en cuestión.⁵⁶

2.4. Hipótesis y Variables

2.4.1. Formulación de las hipótesis

2.4.1.1. Hipótesis General

1. La calidad de vida oral se relaciona con el edentulismo en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.

2.4.1.2. Hipótesis Específicas

1. La calidad de vida oral se relaciona con el género en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
2. La calidad de vida oral se relaciona con la edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
3. La calidad de vida oral se relaciona con el estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015
4. La calidad de vida oral se relaciona con el uso de prótesis en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
5. El edentulismo se relaciona con la edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015
6. El edentulismo se relaciona con el género en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.
7. La necesidad de prótesis se relaciona con el estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.

2.4.2. Variables

Para analizar el edentulismo junto con las condiciones funcionales, y de la percepción que el individuo adulto mayor tiene de su propio estado de salud bucodental, se estableció observar ciertas características organizadas en grupos: generales y sociodemográficas de la población, su estado de condición dental, y la calidad de vida oral.

Los criterios adoptados siguieron las recomendaciones de la cuarta edición del Oral Health Surveys: Basic Methods, de la Organización Mundial de la Salud y se añadieron otros a nivel de hábitos nocivos y de comportamiento, además del Índice GOHAI, para la evaluación de la calidad de Vida Oral, y una pregunta para conocer la percepción de las personas encuestadas

1.- Criterios generales y sociodemográficos de la población

Pregunta	Respuesta
Edad	Especificar número
Sexo	Masculino Femenino
Nivel Escolar	Analfabeto: Primaria: Secundaria: Universitario:

Criterios generales sociodemográficos.

2.- Criterios de la Condición dental

Estado de la dentición:

Edéntulo parcial: 1 Edéntulo total: 2

Condición Protésica:

Presencia de prótesis debe ser registrada tanto para el maxilar superior como para el inferior y se aplicarán los siguientes códigos:

- 0. Sin prótesis.
- 1. Prótesis parcial fija o puente.
- 2. Más de una prótesis parcial fija o puente.
- 3. Prótesis parcial removible.
- 4. Prótesis parcial fija como removible.
- 5. Prótesis total removible.
- 9. No registrado.

Necesidad Protésica

Debe ser realizado el registro tanto para el maxilar superior como para el inferior según la necesidad de prótesis percibida de acuerdo a los siguientes códigos:

- 0. No necesita prótesis
- 1. Necesidad de Prótesis parcial fija o puente.
- 2. Necesidad de Prótesis parcial removible.
- 3. Necesidad de Prótesis Mixta:
 Prótesis parcial fija o puente y Removible
- 4. Necesidad de prótesis total o completa
- 9. No registrado

3.- Criterios de calidad de vida

a.- Autoevaluación de condición bucal

Una pregunta se realizará para conocer el concepto de salud que de manera subjetiva cada sujeto de su estado bucodental

Pregunta	Respuesta
¿Cómo usted evalúa la Condición de su boca?	Buena, Regular , Mala

b.- Índice de evaluación de Calidad de Vida Oral en Geriatría GOHAI.-

En el recojo de información se empleará como instrumento un Índice de evaluación de calidad de Vida Oral en geriatría (GOHAI).

Utilizado de forma confiable en individuos mayores y adultos jóvenes, 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.

Ha sido traducido y adaptado a diferentes idiomas y su finalidad es evaluar problemas oro-funcionales y estima el grado o impacto psicosocial asociado a problemas bucales, además de la conformidad y el estado de bienestar de una

persona en presencia de dientes naturales y aún con aparatos protésicos, razón por la cual ha sido seleccionado.

El GOHAI está compuesto por 12 ítems, y la escala de respuestas se obtiene en 5 niveles y al final del cálculo la respuesta puede variar entre 12 y 60.

Variable	Escala de medición	Tipo	Definición	Valores
Calidad de vida oral	Cualitativa	Nominal	Se utiliza para determinar el nivel de comodidades que una persona, posee en un momento y espacio específicos. Así, el concepto tiene que ver en un sentido con cuestiones estadísticas (es decir, establecer el nivel de calidad de vida de las poblaciones a través de la observación de datos específicos y cuantificables) así como también con una cuestión espiritual o emotiva que se establece a partir de la actitud	S= Siempre: 1 F=Frecuentemente: 2 AV=Algunas Veces:3 RV=Rara vez: 4 N=Nunca: 5 Buena: 1 Regular : 2 Mala: 3

			que cada persona o cada comunidad tiene para enfrentar el fenómeno de la vida.	
Edentulismo	Cualitativa	Nominal	Condición que distingue el tipo de dentición de cada individuo.	Edéntulo parcial: 1 Edéntulo total: 2
Edad	Cualitativa	Razón	Tiempo de vida de los encuestados según grupos de edades.	50 a 60 años 61 a 70 años 71 a 80 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Condición que distingue a la persona según sus Características fenotípicas externas.	1:Femenino 2:Masculino
Nivel escolar	Cualitativa	Ordinal	Grado de instrucción de la población	Analfabeto:1 Primaria:2 Secundaria:3 Universitario:4
Uso de Prótesis	Cualitativa	Nominal	Característica que define a cada individuo,ya sea portador o no de prótesis dental.	Sin prótesis: 0 Prótesis parcial fija o Puente: 1 Más de una prótesis

				parcial fija o Puente: 2 Prótesis parcial removible: 3 Prótesis parcial fija como removible.: 4 Prótesis total removible: 5 No registrado: 9
Necesidad de Prótesis	Cualitativa	Nominal	Característica que se define a cada individuo a la necesidad de usar prótesis	No necesita prótesis: 0 Necesidad de Prótesis parcial fija o puente: 1 Necesidad de Prótesis parcial removible: 2 Necesidad de Prótesis Mixta: Prótesis parcial fija o puente y Removible: 3 Necesidad de prótesis total o completa: 4 No registrado: 9

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño Metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

Descriptivo. Con el propósito de describir. Se van a describir características cuantitativas y cualitativas de los sujetos investigados sobre la variable de estudio es decir, detallar como es la variable. En la presentación de los resultados se utilizará la estadística descriptiva.

Correlacional. Este diseño describe relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.

3.1.2. Nivel de investigación

Descriptivo. Con el propósito de describir. Se van a describir características cuantitativas y cualitativas de los sujetos investigados sobre la variable de estudio es decir, detallar como es la variable. En la Presentación de los resultados se utilizará la estadística descriptiva.

3.1.3. Método y Diseño de Investigación

El estudio será desarrollado bajo:

Diseño No experimental.- puesto que no se realizará experimento alguno, no se aplicará ningún tratamiento o programa, es decir, no existirá manipulación de variables observándose de manera natural los hechos o fenómenos; es decir, tal y como se dan en su contexto natural.

Corte Transversal.- ya que se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

En el desarrollo del diseño planteado se observarán, analizarán y reportarán los hechos, es decir se describirán. Asimismo, Según la planificación de la toma de datos ésta se realizará de manera retrospectiva.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Representados por todas las personas entre las edades de 50 a 80 años que asistieron al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

3.2.2. Muestra

La muestra es por conveniencia y estuvo representada por 60 personas entre hombres y mujeres de 50 a 80 años que asistieron al programa adulto mayor en el hospital chancay y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión para la población.

Criterios de inclusión:

- Pacientes dispuestos a colaborar.
- Pacientes de 50-80 años
- Pertenecientes a ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes negados a colaborar.
- Menores de 50 años.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la observación estructurada. Después de realizar el diagnóstico fue rigurosamente anotado en todos los pasos que nuestra ficha requería. El anotador fue previamente entrenado por lo que no existió errores en la anotación.

El investigador dictó todos los datos necesarios que requería la ficha, finalizado el llenado fue rigurosamente controlado por el asesor.

La identificación y evaluación de los aspectos que fueron determinantes se hizo mediante la técnica de la encuesta. El considerar esta técnica, se debe a la facilidad que proporciona para recabar la información, pues una vez confeccionado su instrumento, así mismo, por las respuestas preseleccionadas y determinadas al igual que las posibles variantes de respuestas estándares, que facilitan la evaluación de los resultados por métodos estadísticos.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

En el recojo de información se empleó como instrumento un Índice de evaluación de calidad de Vida Oral en geriatría (GOHAI). Así mismo se utilizó la ficha. GOHAI fue utilizado de forma confiable en individuos mayores y adultos jóvenes, 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, y la escala de respuestas se obtiene en 5 niveles y al final del cálculo la respuesta puede variar entre 12 y 60.

3.3.3. Técnica de análisis e interpretación de datos.

Fueron en las fichas luego se verificaron.

En primer lugar se creó una matriz de datos en el programa SPSS 22. En la matriz de datos se almacenó toda la información obtenida de la calidad de vida oral y su relación con el edentulismo en personas adultas de 50 a 80 años de edad del programa del adulto mayor del Hospital Chancay – Lima- Perú 2015 “

Estos datos fueron verificados. Que estén correctamente almacenados y fue corroborado mediante una distribución de frecuencia se realizó las correcciones correspondientes con la finalidad de no procesar información errada.

Crearemos 60 datos de pacientes edentulos y su relación con la calidad de vida oral en personas adultas de 50 a 80 años de edad del programa del adulto mayor del Hospital Chancay que darán respuesta a todos los objetivos y servirá para la contrastación de la hipótesis.

Para el análisis de datos empleamos la estadística descriptiva, elaboraremos las tablas de distribución de frecuencia con sus respectivos valores porcentuales y para la contratación de hipótesis utilizamos la prueba del chi cuadrado una prueba no paramétrica debido a la naturaleza de los datos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPÓTESIS:

Si $p < 0,05$ el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.

Si $p > 0,05$ el resultado no es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas. Esto significa que existe más de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población y lo consideramos suficiente para aceptar.

El valor de 0,05 es un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza del 95%.

VALIDACION DE OBJETIVOS
OBJETIVO GENERAL

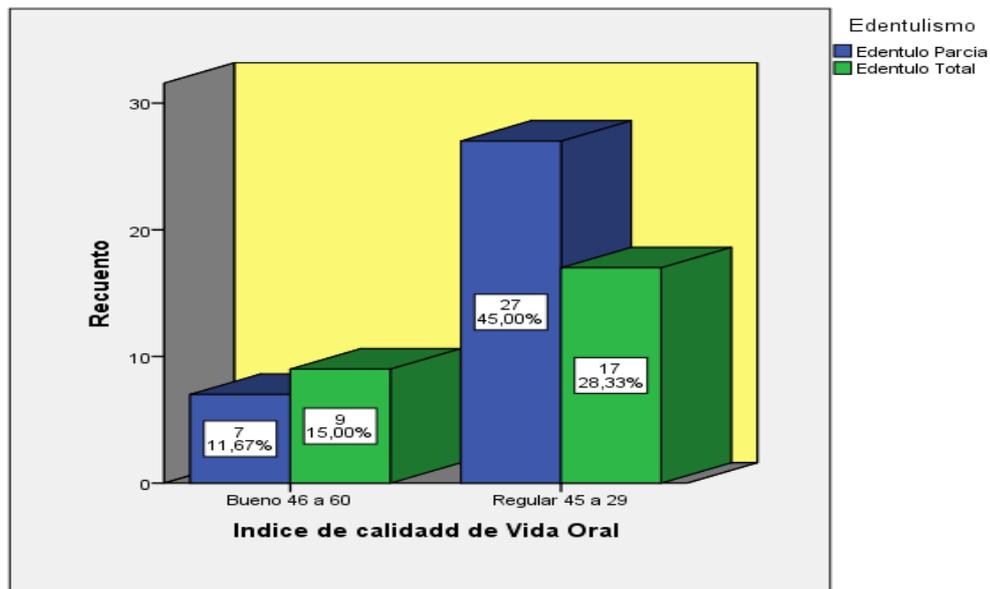
Determinar la relación que existe entre calidad de vida oral y el edentulismo en las personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

Tabla n° 1: Índice de calidad de Vida Oral y Edentulismo

		Edentulismo		Total
		Edéntulo Parcial	Edéntulo Total	
Índice de calidad de Vida Oral	Bueno 46 a 60	7	9	16
	Regular 45 a 29	27	17	44
Total		34	26	60

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 1 Índice Calidad de vida oral y edentulismo



En la tabla n°1 y gráfico n°1 se puede observar que según el edentulismo el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 27 edéntulos parciales y 17 edéntulos totales, seguida del 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 7edéntulos parciales y 9 edéntulos totales.

A. - CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL

H₀.- La calidad de vida oral no se relaciona con el edentulismo en las personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.

H₁.- La calidad de vida oral se relaciona con el edentulismo en las personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica del chi cuadrado.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,482 ^a	1	,223
Corrección de continuidad ^b	,852	1	,356
Razón de verosimilitud	1,474	1	,225
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,458	1	,227
N de casos válidos	60		

El valor de $p > 0,05$ por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna, por lo que es expresado de la siguiente forma:

La calidad de vida oral no se relaciona con el edentulismo en las personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.

VALIDACION DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS

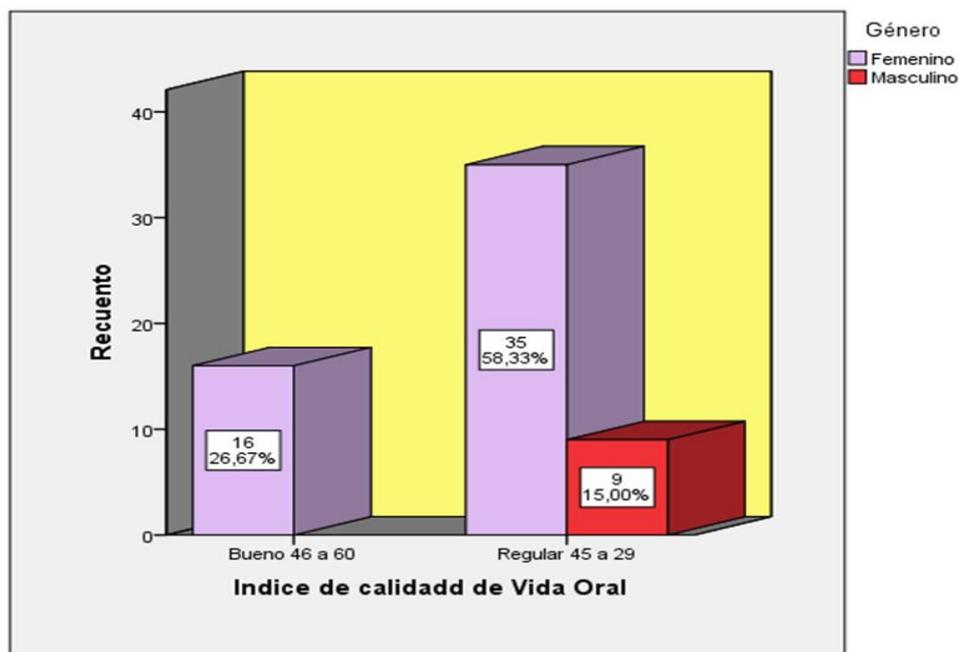
1. Establecer la relación de calidad de vida oral y el género en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

Tabla n° 2: Índice de calidad de Vida Oral y Género

		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Índice de calidad de Vida Oral	Bueno 46 a 60	16	0	16
	Regular 45 a 29	35	9	44
Total		51	9	60

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 2 Índice Calidad de vida oral y el género de evaluados



En la tabla n°2 y gráfico n°2 se puede observar que respecto al género el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 35 de género femenino y 9 de género masculino, seguida del 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 16 de género femenino.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis específica 1:

H₀.- La calidad de vida oral no se relaciona con el género en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

H₁.- La calidad de vida oral se relaciona con el género en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica del chi cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,850 ^a	1	,050
Corrección de continuidad ^b	2,413	1	,120
Razón de verosimilitud	6,141	1	,013
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	3,786	1	,052
N de casos válidos	60		

El valor de $p > 0,05$ por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna, por lo que es expresado de la siguiente forma:

La calidad de vida oral no se relaciona con el género en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

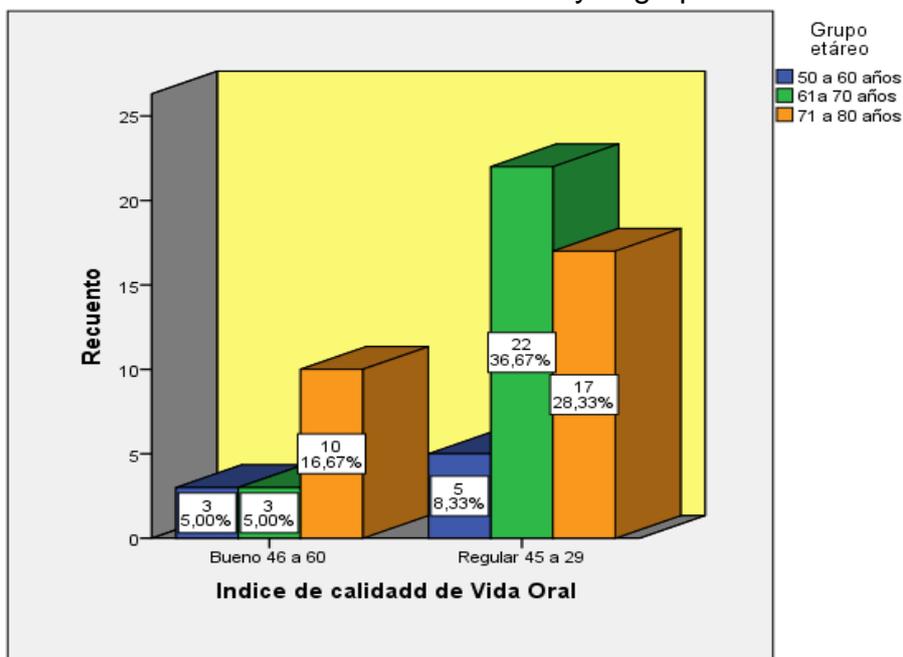
2. Establecer la relación de calidad de vida oral y la edad en persona que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

Tabla n° 3 Índice de calidad de Vida Oral y Grupo etáreo

		Grupo etáreo			Total
		50 a 60 años	61a 70 años	71 a 80 años	
Índice de calidad de Vida Oral	Bueno 46 a 60	3	3	10	16
	Regular 45 a 29	5	22	17	44
Total		8	25	27	60

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 3 Índice Calidad de vida oral y el grupo etáreo



En la tabla n°3 y gráfico n°3 se puede observar que respecto al grupo etáreo el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 22 de 61 a 70 años de edad, 17 de 71 a 80 años y 5 de 50 a 60 años de edad, seguida de 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 10 de 71 a 80 años, 3 de 61 a 70 años y 3 de 50 a 60 años.

Hipótesis específica 2:

H₀.- La calidad de vida oral no se relaciona con la edad en persona que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

H₁.- La calidad de vida oral se relaciona con la edad en persona que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica del chi cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,715 ^a	2	,095
Razón de verosimilitud	5,064	2	,079
Asociación lineal por lineal	,648	1	,421
N de casos válidos	60		

CONTRATACION DE HIPOTESIS:

El valor de $p > 0,05$ por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna por lo que es expresado de la siguiente forma:

La calidad de vida oral no se relaciona con la edad de las personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

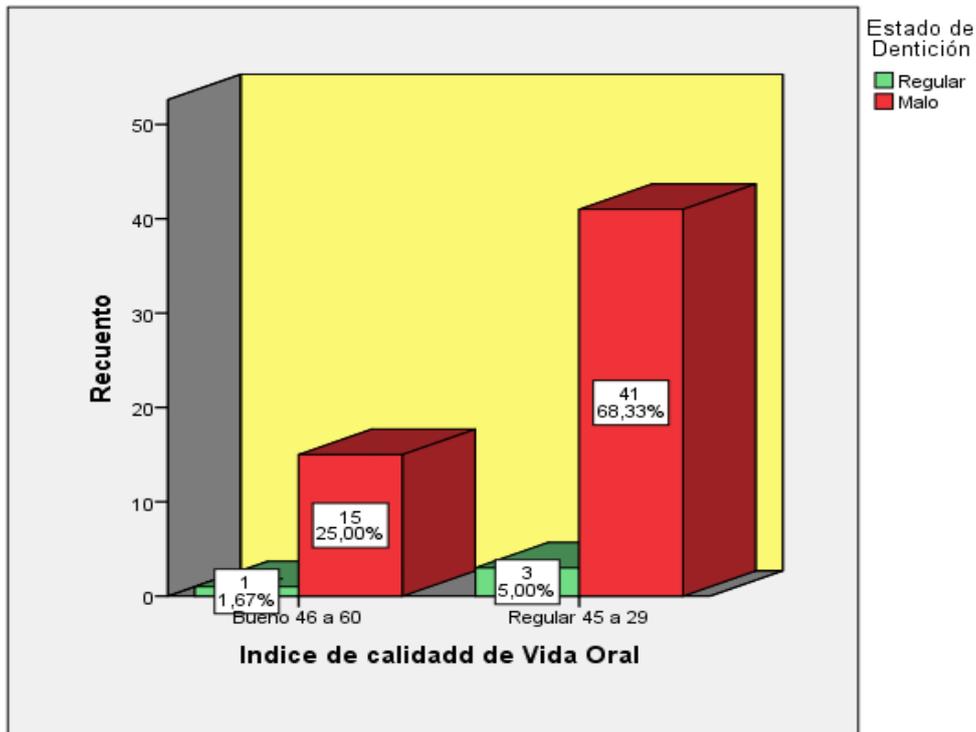
3. Establecer la relación de calidad de vida oral y el estado de dentición en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

Tabla n° 4 Índice de calidad de Vida Oral y el Estado de Dentición

		Estado de Dentición		Total
		Regular	Malo	
Índice de calidad de Vida	Bueno 46 a 60	1	15	16
Oral	Regular 45 a 29	3	41	44
Total		4	56	60

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 4 Índice Calidad de vida oral y el estado de Dentición



En la tabla n°4 y gráfico n°4 se puede observar que respecto al estado de dentición el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 41 con estado de dentición malo, 3 con estado dentición regular, seguida de 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 15 con estado de dentición malo y 1 con estado de dentición regular.

Hipótesis específica 3:

H₀.- La calidad de vida oral no se relaciona con el estado de dentición en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

H₁.- La calidad de vida oral se relaciona con el estado de dentición en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica del chi cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,006 ^a	1	,938
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,006	1	,937
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,006	1	,938
N de casos válidos	60		

CONTRATACION DE HIPOTESIS

El valor de $p > 0,05$ por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna por lo que es expresado de la siguiente forma:

La calidad de vida oral no se relaciona con el estado de dentición en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

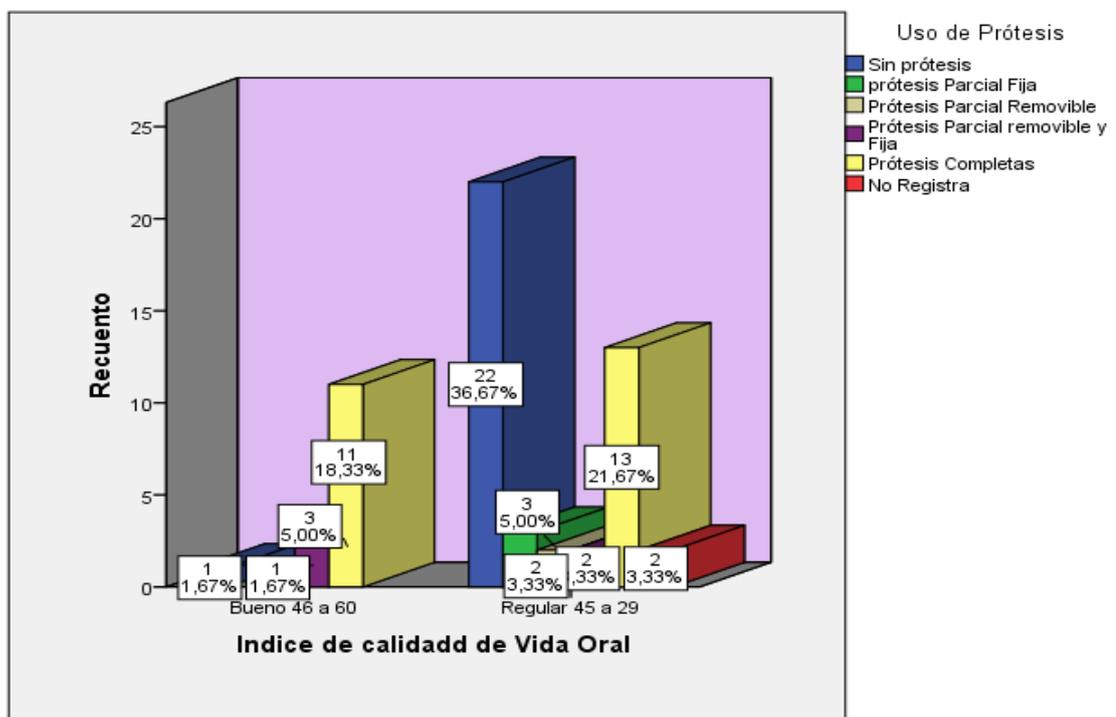
4. Establecer la relación de calidad de vida oral y el uso de prótesis en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

Tabla n° 5: Índice de calidad de Vida Oral y el Uso de Prótesis

		Uso de Prótesis					Total	
		Sin prótesis	Prótesis Parcial Fija	Prótesis Parcial Removible	Prótesis Parcial removible y Fija	Prótesis Completas		No Registra
Índice de calidad de Vida Oral	Bueno 46 a 60	1	0	1	3	11	0	16
	Regula 45 a 29	22	3	2	2	13	2	44
Total		23	3	3	5	24	2	60

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 5: Índice Calidad de vida oral y el Uso de Prótesis.



En la tabla n°5 y gráfico n°5 se puede observar que respecto al uso de prótesis el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 22 sin prótesis, 13 con prótesis completas, 3 con prótesis fija, 2 con prótesis parcial removible, 2 con prótesis mixta y 2 que no se puede registrar, seguida de 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 11 con prótesis completas, 3 con prótesis mixta, 1 con prótesis removible y 1 sin prótesis.

Hipótesis específica 4:

H₀.- La calidad de vida oral no se relaciona con el uso de prótesis en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

H₁.- La calidad de vida oral se relaciona con el uso de prótesis en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica del chi cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,094 ^a	5	,010
Razón de verosimilitud	17,710	5	,003
Asociación lineal por lineal	7,838	1	,005
N de casos válidos	60		

CONTRATACION DE HIPOTESIS:

El valor de $p < 0,05$ por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, por lo que es expresado de la siguiente forma:

La calidad de vida oral se relaciona con el uso de prótesis en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

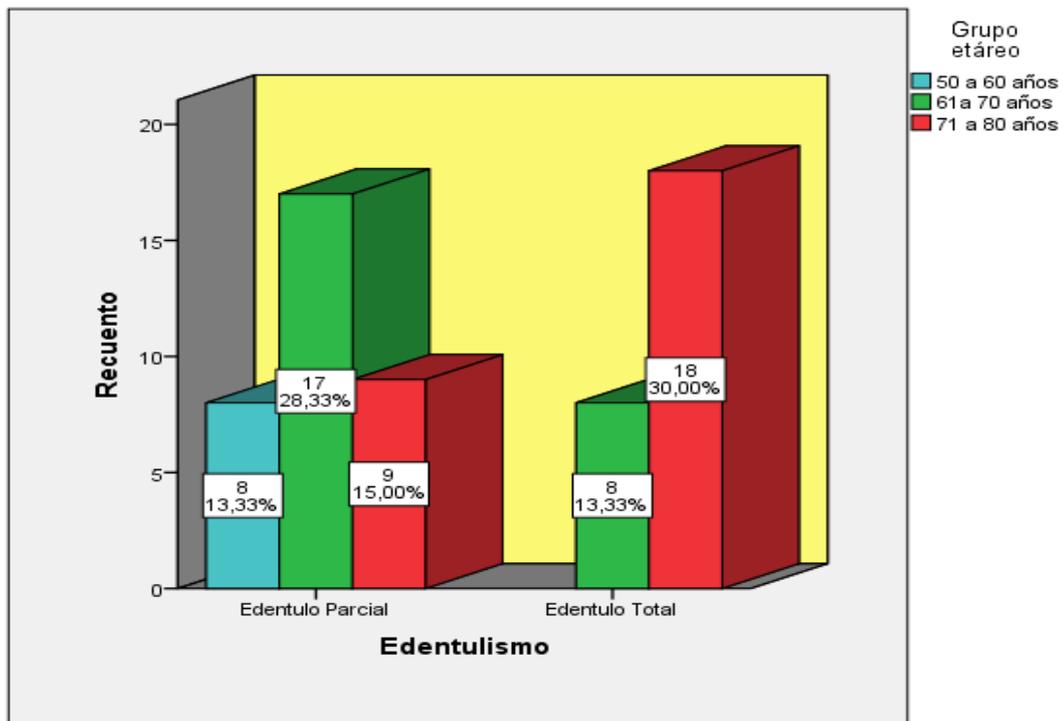
- Establecer la distribución del edentulismo según edad en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

Tabla N° 6: Edentulismo y Grupo etáreo

		Grupo etáreo			Total
		50 a 60 años	61a 70 años	71 a 80 años	
Edentulismo	Edéntulo Parcial	8	17	9	34
	Edéntulo Total	0	8	18	26
Total		8	25	27	60

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 6: Edentulismo y grupo etáreo



En la tabla n°6 y gráfico n°6 se puede observar que respecto al edentulismo y grupo etáreo el 56.66% de los evaluados son edéntulos parciales distribuidos en 17 de 61 a 70 años, 9 de 71 a 80 años y 8 de 50 a 60 años y el 43.33% de lo evaluados es edéntulo total distribuidos en 18 de 71 a 80 años y 8 de 61 a 70 años.

Hipótesis específica 5:

H₀.- El edentulismo se relaciona con la edad en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

H₁.- El edentulismo se relaciona con la edad en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica del chi cuadrado

Prueba no paramétrica del chi cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,412 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	16,393	2	,000
Asociación lineal por lineal	13,179	1	,000
N de casos válidos	60		

CONTRATACION DE HIPOTESIS:

El valor de $p < 0,05$ por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, por lo que es expresado de la siguiente forma:

El edentulismo se relaciona con la edad en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

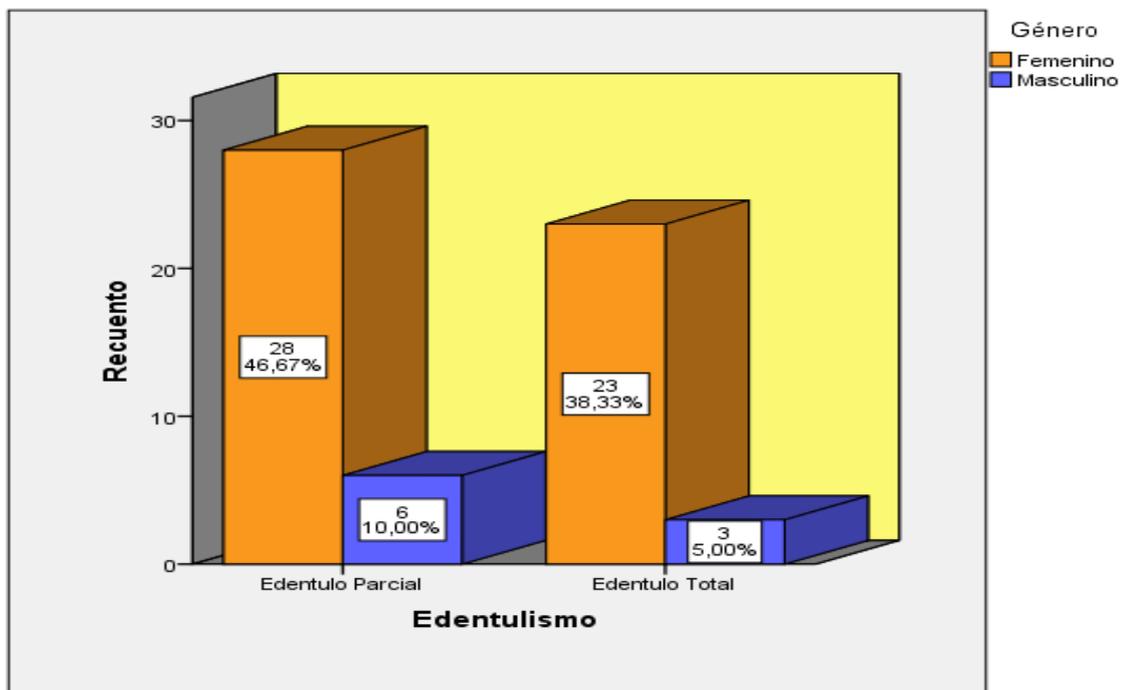
6. Establecer la distribución del edentulismo según género en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital chancay.

Tabla n°7: Edentulismo y el Género

		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Edentulismo	Edéntulo Parcial	28	6	34
	Edéntulo Total	23	3	26
Total		51	9	60

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 7: Edentulismo y el género



En la tabla n°7 y gráfico n°7 se puede observar que respecto al edentulismo y género el 56.67% de los evaluados son edéntulos parciales distribuidos en 28 de género femenino y 6 de género masculino, y el 43.33% de lo evaluados son edéntulos totales distribuidos en 23 de género femenino y 3 de género masculino.

Hipótesis específica 6:

H₀.- El edentulismo no se relaciona con el género en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

H₁.- El edentulismo se relaciona con el género en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica del chi cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,431 ^a	1	,511
Corrección de continuidad ^b	,085	1	,770
Razón de verosimilitud	,441	1	,507
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,424	1	,515
N de casos válidos	60		

CONTRATACION DE HIPOTESIS:

El valor de $p > 0,05$ por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna, por lo que es expresado de la siguiente forma:

El edentulismo no se relaciona con el género en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

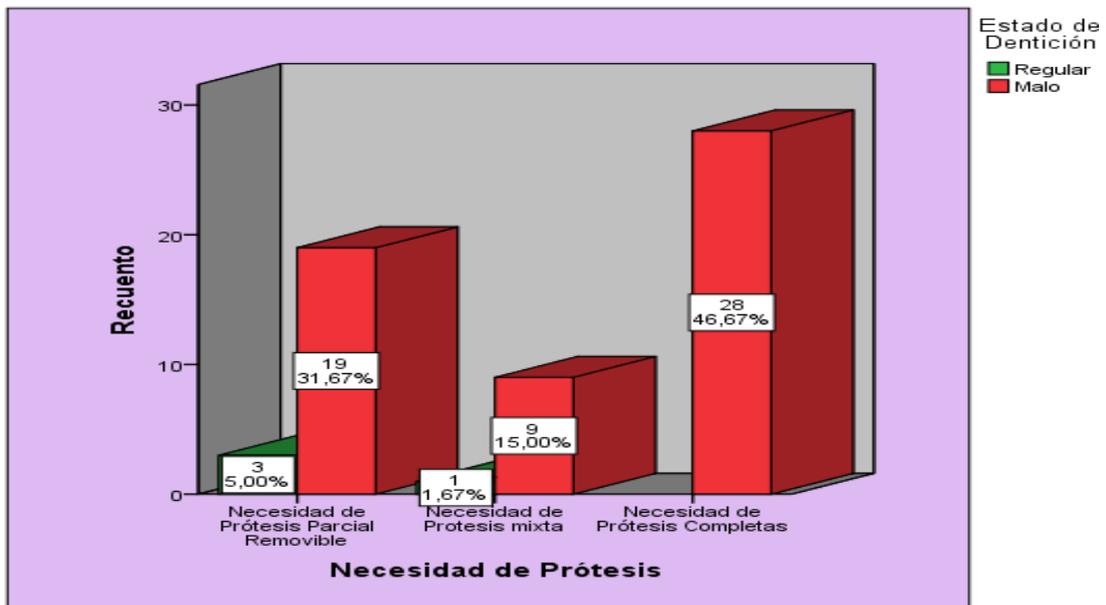
7. Establecer la necesidad de prótesis según estado de dentición en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay

Tabla n°8 : Necesidad de Prótesis y Estado de Dentición

		Estado de Dentición		Total
		Regular	Malo	
Necesidad de Prótesis	Necesidad de Prótesis Parcial Removible	3	19	22
	Necesidad de Prótesis mixta	1	9	10
	Necesidad de Prótesis Completas	0	28	28
Total		4	56	60

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 8: Necesidad de prótesis y estado de dentición



En la tabla n°8 y gráfico n°8 se puede observar que respecto a la necesidad de prótesis y estado de dentición el 46.67% de los evaluados necesita prótesis completas y a vez los 28 presentan estado de dentición mala, el 36.67% de los evaluados necesita prótesis parcial removible de los cuales 19 presenta estado de dentición mala y 3 estado de dentición regular y por último el 16.67% de los

evaluados necesitan prótesis mixta de los cuales 9 presentan estado de dentición mala y 1 presenta estado de dentición regular.

Hipótesis específica 7:

H₀.- La necesidad de prótesis no se relaciona con la condición de dentición en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

H₁.- La necesidad de prótesis se relaciona con la condición de dentición en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica del chi cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,896 ^a	2	,143
Razón de verosimilitud	5,364	2	,068
Asociación lineal por lineal	3,698	1	,054
N de casos válidos	60		

CONTRATACION DE HIPOTESIS:

El valor de $p > 0,05$ por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna, por lo que es expresado de la siguiente forma:

La necesidad de prótesis no se relaciona con la condición de dentición en personas que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En el presente estudio se puede afirmar:

1.- Se observa el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular de los cuales 27 evaluados son edéntulos parciales y 17 son edéntulos totales, seguida del 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno de los cuales 7 son edéntulos parciales y 9 son edéntulos totales.

Dado los resultados obtenidos, se observa que estos resultados obtenidos para un nivel de confianza del 95% arrojan una significancia de 0,223 siendo esta mayor al nivel de significancia esperada (0.05). Por lo que se acepta la hipótesis nula.

2.- En relación índice de calidad de vida oral y el género el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 35 de género femenino y 9 de género masculino, seguida del 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 16 de género femenino.

Dado los resultados obtenidos, se observa que estos resultados obtenidos para un nivel de confianza del 95% arrojan una significancia de 0.5 siendo esta mayor al nivel de significancia esperada (0.05). Por lo que se acepta la hipótesis nula.

3.- En relación al índice de calidad de vida oral y el grupo etáreo el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 22 de 61 a 70 años de edad, 17 de 71 a 80 años y 5 de 50 a 60 años de edad, seguida de 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 10 de 71 a 80 años, 3 de 61 a 70 años y 5 de 60 a 60 años.

Dado los resultados obtenidos, se observa que estos resultados obtenidos para un nivel de confianza del 95% arrojan una significancia de 0.95 siendo esta mayor al nivel de significancia esperada (0.05). Por lo que se acepta la hipótesis nula.

4.- En relación al índice de calidad de vida oral y el estado de dentición el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 41 con estado de dentición malo, 3 con estado dentición regular, seguida de 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 15 con estado de dentición malo y 1 con estado de dentición regular.

Dado los resultados obtenidos, se observa que estos resultados obtenidos para un nivel de confianza del 95% arrojan una significancia de 0.938 siendo esta mayor al nivel de significancia esperada (0.05). Por lo que se acepta la hipótesis nula.

5.- En relación al índice de calidad de vida oral y el uso de prótesis el 73.33% de los evaluados presenta un índice de calidad de vida oral regular distribuidos en 22 sin prótesis, 13 con prótesis completas, 3 con prótesis fija, 2 con prótesis parcial removible, 2 con prótesis mixta y 2 que no se puede registrar, seguida de 26.67% con índice de calidad de vida oral bueno distribuidos en 11 con prótesis completas, 3 con prótesis mixta, 1 con prótesis removible y 1 sin prótesis.

Dado los resultados obtenidos, se observa que estos resultados obtenidos para un nivel de confianza del 95% arrojan una significancia de 0.01 siendo esta menor al nivel de significancia esperada (0.05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

6.- En relación al edentulismo y el grupo etéreo el 56.66% de los evaluados son edéntulos parciales distribuidos en 17 de 61 a 70 años, 9 de 71 a 80 años y 8 de 50 a 60 años y el 43.33% de lo evaluados es edéntulo total distribuidos en 18 de 71 a 80 años y 8 de 61 a 70 años.

Dado los resultados obtenidos, se observa que estos resultados obtenidos para un nivel de confianza del 95% arrojan una significancia de 0.01 siendo esta menor al nivel de significancia esperada (0.05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

7.- En relación al edentulismo y género el 56.67% de los evaluados son edéntulos parciales distribuidos en 28 de género femenino y 6 de género masculino, y el 43.33% de lo evaluados son edéntulos totales distribuidos en 23 de género femenino y 3 de género masculino.

Dado los resultados obtenidos, se observa que estos resultados obtenidos para un nivel de confianza del 95% arrojan una significancia de 0.511 siendo esta mayor al nivel de significancia esperada (0.05). Por lo que se acepta la hipótesis nula.

8.- En relación a la necesidad de prótesis y estado de dentición el 46.67% de los evaluados necesita prótesis completas y a su vez los 28 presentan estado de dentición mala, el 36.67% de los evaluados necesita prótesis parcial removible de los cuales 19 presenta estado de dentición mala y 3 estado de dentición regular y por último el 16.67% de los evaluados necesitan prótesis mixta de los cuales 9 presentan estado de dentición mala y 1 presenta estado de dentición regular.

Dado los resultados obtenidos, se observa que estos resultados obtenidos para un nivel de confianza del 95% arrojan una significancia de 0.143 siendo esta mayor al nivel de significancia esperada (0.05). Por lo que se acepta la hipótesis nula.

Estos resultados hallados son similares con:

Gallardo Adriana, et al (PERÚ, 2013) ⁽¹⁴⁾ en su estudio “Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana” 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%. Los resultados obtenidos arrojaron que 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 ($p:0,438$).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

PRIMERO.- La calidad de vida oral no se relaciona con el edentulismo en las personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015. (ver gráfico n° 1)

SEGUNDO.- La calidad de vida oral no se relaciona con el género en personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015. (ver gráfico n°2)

TERCERO.- La calidad de vida oral no se relaciona con la edad de las personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima-Perú 2015. .(ver gráfico n°3)

CUARTO.- La calidad de vida oral no se relaciona con el estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay. Lima-Perú 2015. (ver gráfico n°4)

QUINTO.- La calidad de vida oral se relaciona con el uso de prótesis en personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay. Lima-Perú 2015. (ver gráfico n°5)

SEXTO.- El edentulismo se relaciona con la edad en personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay. Lima-Perú 2015. (ver gráfico n°6)

SÉPTIMO.- El edentulismo no se relaciona con el género en personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay. Lima-Perú 2015. (ver gráfico n°7)

OCTAVO.- La necesidad de prótesis no se relaciona con la condición de dentición en personas de 50 a 80 años de edad que asisten al programa adulto mayor en el Hospital Chancay. Lima-Perú 2015. (ver gráfico n°8)

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

PRIMERO.- Que los resultados de la investigación se hagan de conocimiento a las autoridades competentes y así mejorar la salud oral de los pacientes mayores de 50 años de edad que asisten a los servicios de odontología en las instituciones públicas y privadas.

SEGUNDO.- Dedicar especial cuidado en la higiene de la cavidad oral de todos los pacientes que asisten a los servicios de odontología de las instituciones públicas y privadas.

TERCERO.- Examinar periódicamente y en forma semestral a los pacientes portadores de prótesis ya que existe una relación estrecha entre calidad de vida oral y uso de prótesis.

CUARTO.- Se recomienda dar a conocer a los profesionales de la salud oral, para que ofrezcan una adecuada calidad de vida oral a los pacientes edéntulos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-. Ander-Egg, Ezequiel: “Técnicas de Investigación Social”. Cáp. 4: Entrevista en Profundidad y Cáp. 10. Editorial Humanitas.
- 2.- Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. Community Dent Oral Epidemiol. 2002 Apr;30(2):81-90
- 3.- Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica, La atención Odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996.
- 4.- Rioboo R. Métodos para medir la salud y enfermedad en odontología. En:Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Tomo II. Madrid: Ediciones Avances; 2002.
- 5.- Meneses Gómez E.J. “Atencao Geriátrica e Qualidade Vida Oral”. Salvador Bahia Brasil: XV Congresso Internacional de Odontologia Da Bahia; Octubre 2008
- 6.- Castrejón r. Bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto de geriatría . Mexico. 2009
- 7.-Pennacchiotii V. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en ADULTOS MAYORES RECIE REHABILITADOS . tesis para obtar el tiutilo de cirujano dentista . santiago de chile.2006.
- 8.- Esquivel “Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores”,2008

- 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.- Díaz S, et al. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores., REV CLÍN MED FAM 2012; 5 (1): 9-16
- 11.- Henrique Simoni, j. c. c., et al: impacto del edentulismo en la realidad de vida de individuos brasileños. Fundación acta odontológica venezolana – 2013, 51(3).
- 12.- Edwin Járitzon Meneses Gómez, salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. Facultad de odontología, universidad de complutense de Madrid. España 2010
- 13.-** Duque E, Tamayo J, Echeverri P, Gutiérrez A, Sepúlveda D, Giraldo O, Agudelo A. 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. Vol.26 no.1 Medellín Junio. 2013
- 14.- Gallardo A, Picasso M, Huilca N, Ávalos J, Calidad de vida y salud oral en adultos mayores KIRU.2013 Jul-Dic; 10(2):145–50.
- 15.- Awuapara N. Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida. Facultad de odontología, universidad Cayetano Heredia Lima, 2010
- 16.- Determinación de la salud bucal en personas mayores institucionalizados residentes en lima peru. KIRU.2013 Jul-Dic; 10(2):140–4.

- 17.- López J. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" Lima (Perú): Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
- 18.- Lee J, Weyant R, Corby P, Kritchevsky S, Harris T, Rooks R, Rubin S, Newman A. Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-functioning, community-dwelling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. *Am J Clin Nutr.* 2004; 79:295-302.
- 19 Capuñay J, Alvarado F, Pinedo V. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev. Med. Hered.* 1996; 7:172-7.
20. Shamrany M. Is depression associated with edentulism in Canadian adults? (Tesis Magistral). Toronto (Canadá): Departamento de Odontología, Universidad de Toronto; 2008.
21. Diaz P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. (Tesis de Pregrado). Lima (Perú): Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
- 22.- INEI – Censos Nacionales 2007: de población y Vivienda.
- 23.- Neves F, Balbinot J, Rosario M, Aparecido J. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009; 37:231-40.
24. Esquivel R, Jiménez J. El efecto de los dientes perdidos. *Odontología Actual.* 2008; 5(58):48-52.

- 25.- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex.* 2002;44:349-61.
- 26.- Grupo WHOQOL. Evaluación de la Calidad de Vida. 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1996.
- 27.- González-Celis Rangel AL. Calidad de vida en el adulto mayor. En:Gutiérrez-Robledo LM, GutiérrezÁvil JH, coordinadores. *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria.* México: Secretaría de Salud, Instituto de Geriatria; 2010.
- 28.- Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health Prev Dent.* 2004;2(Supplement 1):247-53.
- 29.- Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life, In: Slade, G.D. (Ed.) *Measuring Oral Health and Quality of Life.* University of North Carolina 1997
- 30.- Allison P, Locker D, Feine J. Quality of life: a dynamic construct. *Social Science and Medicine.* 1998;24:224-35
- 31.- Abeles R, Gift H, Ory M. *Aging and quality of life.* New York: Springer Publishing Company. 1994.
- 32.- Locker D, Slader GD. Oral Health and quality of life among older adults: The Oral Health Impact Profile. *J Can Dent Assoc.* 1994;59:830-3.
- 33.- Gift H C. Oral health outcomes research - challenges and opportunities. In: Slade GD (Ed.) *Measuring Oral Health and Quality of Life.* Universidad of North Carolina. 1997.

- 34.- Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002Apr;30(2):81-90.
- 35.- Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adults without caries: a case control study about knowledge, attitudes and preventive practices. *Cad Saude Publica.* 2000 Jan-Mar;16(1):145-53.
- 36.- Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Sexta ed: Elsevier España S.L.; 2008.
- 37.- Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *SaludUninorte Barranquilla.* 2005; 21:76-86.
- 38.- De la Torre J, Shimabukuro R, Varela L, Kruger H, Huayanay L, Cieza J, Gálvez M. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Act. Med. Per.* 2006; 23(3):114-117.
- 39.- Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Publica Mex.* 2007;49:173-81.
- 40.- Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Rev Dent Chile.* 2005;96:28-35.
- 41.- Montero-Martín J. Calidad de vida oral en población general (tesis doctoral). Universidad de Granada: Facultad de Odontología; 2006.
- 42.- Chauncey HH, Muench ME, Kapur KK, Wayler AH. The effect of loss of teeth on diet and nutrition. *Int Dent J.* 1984;34:98-104

- 43.- Slade GD. Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
- 44.- Kuo HC, Chen JH, Wu JH, Chou TM, Yang YH. Application of the Oral Health Impact Profile (OHIP) among Taiwanese elderly. *Qual Life Res.* 2011;20: 1707-13.
- 45.- Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology.* 2012 29: 155-8.
- 46.- Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27:321-9.
- 47.- Abegg C, Fontanive VN, Tsakos G, Davoglio RS, de Oliveira MM. Adapting and testing the oral impacts on daily performances among adults and elderly in Brazil. *Gerodontology.* 2013 Apr 14. doi: 10.1111/ger.12051
- 48.- 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 dental status of and elderly Mexican Population. *J Public Health Dent.* 2010;70:300-7.
- 49.- Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education.* 1990;54(11):680-7.
- 50.- Pinzon-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del Índice de Valoración en Salud Oral en Geriatría en una población Geriátrica Institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr y Gerontol.* 1999;34(5):273-82.
- 51.- Hutton B, Feine J, Morais J. Is there an association between edentulism and nutritional state? *J Can Dent Assoc.* 2002; 68(3):182-7.

52.- See more at: <http://educavital.blogspot.com/2013/03/adulto-mayor.html#sthash.nq414eg4.dpuf>

53.- <http://www.todopapas.com/diccionario/odontologia-pediatrica/edentulismo-parcial-2207>

54.- <https://www.propdental.es/blog/implantes-dentales/edentulismo/>

55.- <http://www.definicionabc.com/social/calidad-de-vida.php>

56.- <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/protesis>

ANEXOS
ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

“ CALIDAD DE VIDAD ORAL Y SU RELACIÓN CON EL EDÉNTULISMO EN PERSONAS ADULTAS DE 50 A 80 AÑOS DE EDAD DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CHANCAY –LIMA- PERU 2015 ”					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <p>1. ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida oral y el edentulismo en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>1 ¿Cuál es la relación de calidad de vida oral y el género en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación de calidad de vida oral y la edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación de calidad de vida oral y el estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación</p>	<p>GENERAL</p> <p>1. Determinar la relación que existe entre calidad de vida oral y el edentulismo en las personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación de calidad de vida oral y el en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.</p> <p>2. Establecer la relación de calidad de vida oral y la edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.</p> <p>3. Establecer la relación de calidad de vida oral y el estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.</p> <p>4. Establecer la relación de calidad de vida oral y el</p>	<p>VARIABLE</p> <p>Calidad de Vida Oral</p> <p>Edentulismo</p> <p>Uso de prótesis</p> <p>Necesidad de prótesis</p>	<p>Impacto en la salud de las enfermedades orales,</p> <p>Arcada superior Arcada inferior</p> <p>Sin prótesis. Prótesis parcial fija. Prótesis parcial removible. Prótesis mixta. Prótesis total removible. No registrado.</p> <p>No necesita prótesis Necesidad de Prótesis parcial fija Necesidad de Prótesis parcial removible. Necesidad de Prótesis Mixta: Prótesis parcial fija o puente y Removible Necesidad de prótesis total o completa</p>	<p>Índice GOHAI</p> <p>Conoce el maxilar edéntulo</p> <p>Conoce el tipo de prótesis en uso.</p> <p>Conoce la necesidad de prótesis</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Descriptiva Correlacional</p> <p>NIVEL: Descriptivo</p> <p>DISEÑO: No experimental y Transversal</p> <p>INSTRUMENTO GOHAI</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>Representados por todas las personas entre las edades de 50 a 80 años que asistieron al programa adulto mayor en el Hospital Chancay</p> <p>La muestra es por conveniencia y estará representada por 60 personas entre hombres y mujeres adultos que asisten al programa del adulto mayor en el Hospital</p>

<p>de calidad de vida oral y el uso de prótesis en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?</p> <p>5. ¿Cuál es la distribución del edentulismo según edad en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?</p> <p>6. ¿Cuál es la distribución del edentulismo según género en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?</p> <p>7. ¿Cuál es la necesidad de prótesis según estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015?</p>	<p>uso de prótesis en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.</p> <p>5. Establecer la distribución del edentulismo según edad en personas que asisten al programa adulto mayor en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.</p> <p>6. Establecer la distribución del edentulismo según género en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.</p> <p>7. Establecer la necesidad de prótesis según estado de dentición en personas de 50 a 80 años de edad del programa adulto mayor en el Hospital Chancay Lima- Perú 2015.</p>	<p>Edad</p> <p>Género</p>	<p>No registrado</p> <p>Edad cronológica</p> <p>Femenino Masculino</p>	<p>DNI</p> <p>Conoce la características fenotípicas externas</p>	<p>Chancay y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión para la población.</p>
---	---	---------------------------	--	--	--

ANEXO 2. INSTRUMENTO



“LA CALIDAD DE VIDA ORAL Y SU RELACIÓN CON EL EDENTULISMO EN PERSONAS ADULTAS DE 50 A 80 AÑOS DE EDAD DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CHANCAY –LIMA- PERU 2015 “

DATOS DE LA EXPLORACIÓN

FECHA

NOMBRE Y APELLIDOS

EDAD (AÑOS)

SEXO (V/M = 1, M/F = 2)

MOTIVO DE CONSULTA

OCUPACIÓN

NIVEL ESCOLAR:

Analf. =0, primaria =1, secundaria=2, universidad=3

PRESENCIA DE HÁBITOS

TABACO: Fumador = 1, No Fumador = 2, Ex_Fumador = 3 Oc=4

ALCOHOL: Bebedor = 1, No Bebedor = 2, Ex_Bebedor = 3 Ocasí = 4

FRECUENCIA DE CEPILLADO:

Una Vez al día = 1, Dos o mas veces = 2, Nunca = 3

OPORTUNIDAD DE CEPILLADO:

Post. Comidas =1, Entre comidas =2, Antes Acost.=3, Nun=4

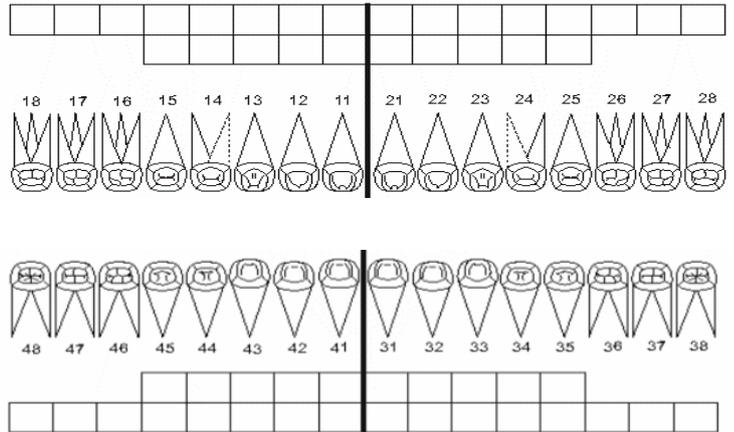
USO DE DENTÍFRICO

Si = 1, No = 2, Ocasional = 3

ESTADO DE DENTICIÓN: Bueno: 1 Regular: 2 Malo:3

EDENTULISMO

Sup.	Inf.



USO DE PRÓTESIS

0. Sin prótesis.
1. Prótesis parcial fija o puente.
2. Más de una prótesis parcial fija o puente.
3. Prótesis parcial removible.
4. Prótesis parcial fija como removible.
5. Prótesis total removible.
9. No registrado.

Sup.	Inf.

NECESIDAD DE PRÓTESIS

0. No necesita prótesis
1. Necesidad de Prótesis parcial fija o puente.
2. Necesidad de Prótesis parcial removible.
3. Necesidad de Prótesis Mixta:
Prótesis parcial fija o puente y Removible
4. Necesidad de prótesis total o completa
9. No registrado

Sup.	Inf.

Preguntas Siempre En los últimos 3 meses...	Siempre	A menudo	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1.- ¿Limita el tipo o la cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o Prótesis?	1	2	3	4	5
2.- ¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos tipos de alimentos, tales como la carne o las manzanas?	1	2	3	4	5
3.- ¿Es capaz de tragar sin dificultades?	1	2	3	4	5
4.- ¿Sus dientes o sus prótesis dentales no le permiten hablar del modo que quisiera hacerlo?	1	2	3	4	5
5.- ¿Sus dientes o prótesis le permiten comer Cualquier alimento sin sentir molestias o dolor?	1	2	3	4	5
6.- ¿Limita sus contactos con la gente debido a las condiciones de sus dientes o prótesis Dentales?	1	2	3	4	5
7.- ¿Se siente conforme o feliz por como se ve sus dientes, encías	1	2	3	4	5
8.- ¿Usa algún medicamento para aliviar dolores o molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9.- ¿Se siente inquieto o preocupado por como se ven sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
10.- ¿Se siente ansioso o nervioso debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
11.- ¿Se siente incómodo al comer frente a otras personas debido al estado en que se encuentran sus dientes o aparatos protésicos?	1	2	3	4	5
12.- ¿Siente sus dientes o encías sensibles al calor, el frío o lo dulce?	1	2	3	4	5

Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI)

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

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Antes de dar mi consentimiento para participar en este estudio con la firma de este documento, dejo constancia de que he sido informado /a acerca de toda la información precedente que describe este estudio de investigación.

He recibido, además una copia escrita con un resumen de esa información y del manejo confidencial de datos. El investigador ha contestado personalmente, a mi entera satisfacción, todas las preguntas respecto a esta investigación y firmo el presente confirmando esta manifestación.

YO.....

.....

Certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre “Consentimiento Informado” que contiene información sobre propósito y beneficio del examen, entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficio y riesgo.

Entiendo que la prueba es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informado(a) de la medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Firma y DNI

_____/_____/____

**ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ENCARGADA DEL
PROGRAMA**

**AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO
DE LA EDUCACION**

Licenciada: Zerpa Medina, Angela

Licenciada encargada del
"PROGRAMA ADULTO MAYOR" Del
hospital chancay.

ASUNTO: Permiso para encuestar y
realizar exámenes clínicos
odontológicos a las personas que
acuden al "PROGRAMA DE
ADULTO MAYOR".

Yo YONATAN ENRIQUE ACEVEDO SIFUENTES, identificado con DNI
47252023 con domicilio AV. Cahuas N° 407 y habiendo concluido el X ciclo en
la Escuela Académica Profesional De Estomatología, ante Ud. Con el debido
respeto me presento y expongo:

Que a pocos meses de haber terminado satisfactoriamente mi X ciclo en la
Escuela Académica Profesional De Estomatología, pido a su persona se me
otorgue permiso para encuestar y realizar exámenes clínicos odontológicos a
las personas que acuden al "PROGRAMA DE ADULTO MAYOR", con el fin de
corroborar a una correcta elaboración de mi TESIS.

Sin otro inconveniente me despido formalmente no sin antes agradecerle
anticipadamente por la ayuda brindada; espero su pronta y afirmativa
respuesta.

Firma y DNI

_____/_____/____

ANEXO 5. FOTOS



