



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD
ORAL EN ADULTOS MAYORES. CAP III MELITÓN SALAS
TEJADA – ESSALUD SOCABAYA. AREQUIPA, 2018.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER ROLANDO JESUS CALDERON PODESTA

ASESOR:

MG. EMMA CUENTAS DE POSTIGO

AREQUIPA, PERÚ
NOVIEMBRE 2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado de mi madre que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi abuelita por ser uno de los pilares más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mi tío Frank, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesto a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Emma Cuentas por su apoyo incondicional durante toda la realización de la tesis.

Al Dr. Xavier Sacca, por su contribución y consejos para la realización de la tesis.

Al Dr. TEJADA, por su ayuda y colaboración para poder realizar la tesis.

A mi Universidad, por acogerme como una segunda casa, a mis docentes por sus enseñanzas y consejos.

Al CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD por permitirme realizar esta tesis y brindarme todas las facilidades para el ingreso.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo no experimental y de diseño prospectivo, transversal, de campo y descriptivo y tuvo como objetivo principal el de determinar el nivel de conocimiento sobre cuidados de la salud oral que tenían los adultos mayores motivo de investigación.

Para llevar a cabo la investigación, se trabajó con todos los adultos mayores que asistieron al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud durante el periodo establecido para la recolección de información y que además reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

La técnica de recolección utilizada fue la encuesta y como instrumento se elaboró un cuestionario de preguntas de múltiple opción el cual fue elaborado por el investigador, así mismo, este instrumento fue validado a través del juicio de tres expertos en el tema y para su calificación se consideró cuatro niveles: bajo, regular, bueno y muy bueno.

Los resultados demostraron que el nivel de conocimiento sobre cuidados de la salud oral, en la mayoría de los adultos mayores evaluados (62.3%), estuvo en el nivel bajo, así mismo, ninguno de ellos llegó a alcanzar niveles muy buenos de conocimiento y al nivel bueno solo llegaron el 4.7%. Así mismo, se relacionó el nivel de conocimientos con algunas variables secundarias inherentes a nuestras unidades de estudio, encontrándose que únicamente la edad tuvo relación estadísticamente significativa, dado que fueron los adultos mayores que ostentaron mayor edad los que tenían mejores niveles de conocimiento sobre cuidados de su salud oral; respecto al sexo, estado civil y grado de instrucción de los adultos mayores, no evidenciaron tener relación con sus niveles de conocimiento observado en ellos.

PALABRAS CLAVE: Nivel de conocimientos. Cuidado de la Salud Oral. Adultos Mayores.

ABSTRACT

The present study is non-experimental and of prospective, cross-sectional, field and descriptive designs and had as its main objective to determine the level of knowledge about oral health care that seniors had investigated.

To carry out the research, we worked with all the older adults who attended the CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud during the period established for the collection of information and who also met the proposed inclusion and exclusion criteria.

The collection technique used was the survey and as a tool a questionnaire of closed and multiple choice questions was elaborated which was elaborated by the investigator of the investigation, likewise, this instrument was validated through the judgment of three experts in the subject and for its qualification four levels were considered: low, regular, good and very good.

The results showed that the level of knowledge about oral health care, in most of the older adults evaluated (62.3%), was at the low level, likewise, none of them reached very good levels of knowledge and good level only 4.7% arrived.

Likewise, the level of knowledge was related to some secondary variables inherent in our study units, finding that only age had a statistically significant relationship, given that it was the older adults who had greater age who had better levels of knowledge about care of your oral health; Regarding sex, marital status and educational level of the elderly, they did not show any relationship with their levels of knowledge observed in them.

KEYWORDS:

Level of knowledge. Oral Health Care. Older adults.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Capítulo I.....	2
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	2
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Objetivos de la investigación.....	4
1.4 Justificación de la investigación.....	4
1.4.1. Importancia de la investigación.....	4
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	5
1.5 Limitación del estudio.....	6
2. Capítulo II.....	7
2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1 antecedentes internacionales.....	7
2.1.2 antecedentes nacionales.....	9
2.1.3 antecedentes locales.....	9
2.2 Bases teóricas.....	9
2.2.1 Conocimiento sobre Salud Bucal.....	9
2.2.2 Salud.....	9
2.2.2.1 Salud Bucal.....	10
2.2.2.2 Salud Bucal en Perú.....	12
2.2.2.3 Promoción en Salud.....	13
2.2.2.4 Educación para la Salud.....	14
2.2.3 Medidas Preventivas en Salud Bucal.....	16

2.2.4 Medidas de Higiene Oral	17
2.2.4.1 Higiene Bucal	17
2.2.4.2 Cepillado Dental.....	20
2.2.4.2.1 Cepillo Dental	20
2.2.4.2.2 Dentífrico o pasta dental.....	21
2.2.4.2.3 Hilo Dental	21
2.2.4.2.4 Colutorios o enjuagatorios	22
2.2.4.2.5 Flúor	22
2.2.5 Dieta.....	25
2.2.6 Características del Adulto Mayor.....	27
2.2.6.1 Envejecimiento.....	27
2.2.7 Importancia de la Salud Bucal.....	29
2.2.8 Factores generales que influyen en la salud oral	32
2.2.8.1 Enfermedades Sistémicas del Adulto Mayor.....	34
2.2.8.2 Consumo de Fármacos.....	35
2.3 Definición de términos básicos	36
2.3.1 Nivel	36
2.3.2 Conocimiento.....	36
2.3.3 Adulto Mayor	37
2.3.4 Salud Oral.....	37
3. Capitulo III	38
3.1 Formulación de hipótesis principales y derivadas	38
3.2 Variables definición conceptual y operacional.....	39

4. Capitulo IV.....	40
4.1 Diseño metodológico	40
4.2 Diseño muestral	40
4.3 Técnicas de recolección de datos validez y confiabilidad	41
4.4 Técnicas de procesamiento de información	43
4.5 técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	44
5. Capítulo V.....	46
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, tablas etc.	46
5.2 Análisis inferencial.....	64
5.3 Comprobación de hipótesis técnicas estadísticas empleadas	66
5.4 Discusión.....	69
Conclusiones.....	70
Recomendaciones	71
Fuentes de información	72
Anexos	80
Anexo 01	80
Anexo 02	81
Anexo 03	82
Anexo 04	86
Anexo 05	92
Anexo 06	98

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU EDAD.....	46
TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU SEXO.....	48
TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN.....	50
TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU ESTADO CIVIL.....	52
TABLA N° 5: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	54
TABLA N° 6: RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	56
TABLA N° 7: RELACIÓN ENTRE SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	58
TABLA N° 8: RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	60

TABLA N° 9: RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	62
TABLA N° 10: PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD CON SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL.....	64

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU EDAD.....	47
GRAFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU SEXO.....	49
GRAFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN.....	51
GRAFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU ESTADO CIVIL.....	53
GRAFICO N° 5: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	55
GRAFICO N° 6: RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	57
GRAFICO N° 7: RELACIÓN ENTRE SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	59
GRAFICO N° 8: RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD.....	61

GRAFICO N° 9: RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN
ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA –
ESSALUD.....63

INTRODUCCION

La información sobre promoción y prevención en salud oral a nivel mundial, se halla disgregada en varias fuentes de información, pero a su vez la población en si se caracteriza con el descuido personal, en cuanto al mantenimiento de su salud oral; por lo que, no se han reportado la disminución de caries y enfermedades periodontales en los países subdesarrollados. La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. Actualmente la literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible (1).

Para determinar las circunstancias que relacionan estilos de vida y salud bucodental se han realizado en los últimos años encuestas dirigidas a identificar conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucal, unas veces coincidiendo con la realización de estudios epidemiológicos y/o con motivo de diseñar estrategias educativas en los diferentes grupos de la población, con el propósito de identificar su conveniencia y de esta manera, modificar o afianzar conductas saludables (2).

La importancia en destacar el estado de la salud bucal en el adulto mayor radica principalmente en la necesidad de contar con información válida para tener una correcta programación asistencial que sirva para brindar apoyo a los adultos mayores que representan un grupo de interés especial debido a la vulnerabilidad de su salud bucal, y de esta manera saber los hábitos de higiene y cuidado bucal que realizan en su vida diaria, la presencia de enfermedades sistémicas de igual manera la percepción de la salud oral y el acceso a los servicios dentales. (3)

Por ello, es muy importante aplicar estrategias de promoción y prevención en salud oral mediante la educación, la misma que ayudará a la población a entender y adquirir servicios e información básica, lo cual guiara la toma de decisiones en el mantenimiento y mejoramiento de la salud oral. (4)

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE REALIDAD PROBLEMÁTICA

En el Perú estamos en el último nivel de educación en cuanto a salud bucal las cifras de prevalencia en caries dental enfermedades periodontales y mal oclusiones se encuentran en índices muy elevados estudios epidemiológicos muestran 95% de las personas presentan caries dental. Por lo que, la prevalencia de la caries dental y enfermedad periodontal se han constituido en un problema constante para la Salud Pública, ya que, la falta de información sobre los cuidados en salud oral a la larga, pueden comprometer de alguna manera al resto del organismo.

Los conocimientos de salud bucal no siempre están fuertemente asociados con los comportamientos de los individuos hacia la prevención de enfermedades orales. Sin embargo, se cree que un mayor conocimiento puede conducir a mejores acciones de salud y a modificaciones del comportamiento y puede llevar a aumentar el uso de los servicios de salud bucal en las primeras etapas de la enfermedad (5).

A nivel de la salud oral, los adultos mayores enfrentan cambios sobre los tejidos orales, pérdida de dientes a causa de la presencia de caries y enfermedad periodontal. En el momento que, no existe una higiene oral adecuada la salud bucal se ve comprometida, afectando las funciones de la cavidad oral alterando las condiciones biológicas, psicosocial y afectiva, ocasionando una inadecuada función masticatoria, dificultad para comer, dolor, baja autoestima. (6)

Desde el punto de vista socioeconómico, la patología bucodental tiene una gran importancia y trascendencia por el enorme costo monetario destinado a su terapia. Mientras tanto, que la prevención siempre es

muchísimo más económico accesible y rentable. Por lo que, es indispensable controlar los factores de riesgo mediante las estrategias de promoción en salud oral, la cual, es el primer y el más fuerte pilar en la odontología preventiva (7).

Por todo lo mencionado anteriormente es necesario brindar información y actualizar en temas de salud oral a los adultos mayores, la información brindada los ayudará a mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades de la cavidad oral, también, evitará transmitir información errónea a su descendencia.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cuidados de la salud oral en adultos mayores que asisten al CAP III MELITÓN SALAS TEJADA Socabaya-Arequipa?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento sobre cuidado de la salud oral en adultos mayores que asistieron al CAP III Melitón Salas Tejada

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el nivel de conocimientos sobre cuidado de la salud oral en adultos mayores según su edad.
- Establecer el nivel de conocimientos sobre cuidado de la salud oral en adultos mayores según su sexo.
- Establecer el nivel de conocimientos sobre cuidado de la salud oral en adultos mayores según su grado de instrucción.
- Establecer el nivel de conocimientos sobre cuidado de la salud oral en adultos mayores según su estado civil.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La realización de este proyecto y del tema propuesto será en beneficio al adulto mayor que asiste al CAP III Melitón Salas Tejada.

Los resultados obtenidos nos proveerán información y de esta manera tendremos resultados que nos dará a conocer los malos hábitos orales del paciente.

Podremos realizar proyectos de prevención y promoción de salud que integren gran parte de los aspectos que se desconocen sobre cuidados de la salud oral en adultos mayores, logrando obtener mayor conocimiento de cuidados orales en los pacientes adultos mayores.

Nos ayudara para evaluar la realidad de los adultos mayores en cuanto a conocimientos de salud oral que llegan al servicio de Odontología.

Existe pocas investigaciones sobre el tema en el CAP III MELITÓN SALAS TEJADA por tanto la información obtenida será valiosa y relevante en nuestro medio.

1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es viable pues se cuentan con los recursos necesarios para llevarse a cabo, tal como se muestra a continuación:

A. Humanos

Investigador: Bach. Rolando Jesús Calderón Podestá

Asesora: Dra. Emma Aurora Cuentas de Postigo

B. Financieros

El presente estudio será financiado en su totalidad por el investigador.

C. Institucionales

ESSALUD CAP III MELITÓN SALAS TEJADA SOCABAYA –
AREQUIPA

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS-FILIAL AREQUIPA

D. Materiales

- Hoja de procesamiento para encuesta de usuarios externos
- Lapiceros
- Laptop

1.5 LIMITACIONES DE ESTUDIO

La posible falta de colaboración y lucidez de los adultos mayores al realizar las encuestas.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- González Ramos Rosa María, Osorio Núñez Maritza, Daisy Elena Madrazo Ordaz,. **CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL EN LOS CÍRCULOS DE ABUELOS, LA HABANA-CUBA, 2008**. Predomina el sexo femenino, existe desconocimiento de las funciones de los dientes, efectos nocivos del tabaco y el alcohol y de higiene bucal. (8)
- Cardentey García Juan. **ESTADO DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA PERTENECIENTE A LA CLÍNICA ORMANI ARENADO. PINAR DEL RIO, CUBA. 2009**. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de caracterizar el estado de la salud bucal de la población geriátrica en el área de salud del Policlínico Raúl Sánchez en la provincia de Pinar del Río, en el período octubre de 2009 hasta julio de 2010. El universo lo conformaron la totalidad de individuos de 60 y más años del área de salud del Policlínico Raúl Sánchez para un total de 1563. (9)
- Mendoza Fernández Mirna. **INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER BUCAL EN ADULTOS MAYORES. PINAR DEL RIO, CUBA. 2013**. las mayores dificultades se presentaron en el desconocimiento del autoexamen bucal y principales factores de riesgo. Se obtuvo un incremento significativo en el nivel de conocimiento después de la intervención educativa, favorable para la prevención y tratamiento oportuno del cáncer bucal, se programó un taller de actualización dirigido a los profesionales de la atención primaria de salud. el nivel de

conocimiento se incrementó de un 12% antes, a un 88% después de la intervención educativa. (10)

- Rivadeneira Obregón Ana María, Lidia Ester Nazco Barrios. **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCO-DENTAL QUE ASISTIERON A CONSULTORIO. CUBA. FEBRERO- OCTUBRE 2009.** el grupo de 35 a 59 años representó casi la mitad de los pacientes, predominó el sexo femenino. Las enfermedades bucales más frecuentes fueron la caries dental y las periodontopatías. El antecedente de caries y la higiene bucal inadecuada fueron factores de riesgo predominante. En más de la mitad de los pacientes se observó un nivel de conocimiento evaluado de mal. El nivel de conocimiento sobre salud buco-dental en los pacientes estudiados fue evaluado de mal. (11)

- González Ramos Rosa María. **CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO DE SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES DE CÍRCULOS DE ABUELOS. LA HABANA-CUBA.2012.** El 74,5% manifiesta conocer la caries dental; 84,1% desconoce los efectos negativos del alcohol; 76.3% manifiesta la falta de conocimientos sobre la importancia de la higiene bucal y 80% desconoce que mantener la prótesis mal ajustada es factor de riesgo de cáncer bucal. predomina la falta de conocimiento de las principales enfermedades bucales y factores de riesgo relacionadas con estas. (12)

- García del Prado Gemma Lauzardo, Gutiérrez Hernández Marielena. **CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS CARICUAO. VENEZUELA. 2007.** Se realizó un estudio observacional y descriptivo para caracterizar el estado de salud bucal y el nivel de conocimientos sobre salud buco-dental de los pacientes geriátricos. El universo estuvo formado por la

totalidad de los pacientes de 60 y más años que acudieron al consultorio dental del barrio 19 de Marzo en el 2007. El nivel de conocimientos de los gerontes fue bajo en ambos géneros. (13)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- Tafur Paredes Cinthia, **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO, DEL CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS-2017**. El nivel de conocimiento del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto del Hospital Regional de Loreto sobre la hipertensión arterial, presentan un nivel de conocimiento inadecuado, en un 78.8% y nivel de conocimiento adecuado el 21.2%. (14)

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se han encontrado.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades de mayor prevalencia o incidencia como caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusiones; además de los aspectos preventivos que son los más importantes.(15)

2.2.2. SALUD

En 1948 la Organización Mundial de la Salud amplió la definición de salud para significar “un estado de bienestar físico, mental y

social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad”. Se entiende que la salud oral debe también incluir el bienestar.(15)

2.2.2.1. Salud Bucal

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros, que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial. La misma organización (OMS) habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida. (16)

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007) presenta como las principales causas de morbilidad bucal la Caries Dental, con una prevalencia entre el 60 y 80%; y la Enfermedad Periodontal como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables, debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas. Cabe mencionar la situación de los países industrializados, donde la prevalencia e incidencia de las enfermedades orales, específicamente la Caries Dental, ha disminuido gracias a la implementación de medidas preventivas y educativas integrales.(17)

Esta definición ampliamente aceptada se complementa con el reconocimiento de que la salud bucodental es parte

integral del derecho a la salud y por lo tanto se convierte en uno de los derechos básicos incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, adoptada por todas las naciones. (16)

En Latinoamérica, la situación de salud oral se caracteriza por la alta prevalencia de Caries (90%) y Enfermedad Periodontal. Las cifras relacionadas con Enfermedad Gingival no son contundentes. En la mayor parte de los países, éstas generan alarma, con excepción de Brasil, donde el modelo de salud oral y la atención primaria ha logrado abarcar diferentes comunidades. (18)

Según la OPS la salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas. Su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad oral, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.(19)

Las infecciones orales pueden contribuir como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo.(19)

La sociedad contemporánea reconoce que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene derechos frente al Estado, derechos que éste o bien tiene el deber de respetar y garantizar, o bien está llamado a organizar su acción a fin de satisfacer su plena realización. Estos derechos que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer son los que hoy se conocen como Derechos Humanos. El

enfoque de la salud bucal como un derecho humano busca que los servicios de salud bucal sean de calidad y contribuyan a la conservación de la salud y bienestar general de las personas que les permita un completo desarrollo biológico, psicológico, social y económico. Se entiende como salud bucal, el equilibrio y estabilidad del sistema estomatognático. La salud bucodental también puede definirse como la ausencia de dolor orofacial constante, de cáncer, aftas bucales, enfermedades periodontales, caries dental y/o pérdida de dientes.(20)

La mayoría de las afecciones bucales, y en particular las maloclusiones no son riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los denominados "problemas de salud" (21).

2.2.2.2. Salud bucal en el Perú

La Salud Bucal de la población peruana se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas. En el ámbito nacional, más del 95% de los peruanos presentan caries dental, de enfermedad Periodontal 85% y maloclusiones 80%. De manera similar los dientes son afectados por las caries desde muy temprano en la vida; por ejemplo, a los 12 años de edad el Índice de Dientes Cariados, Perdidos u Obturados en Dentición Permanente y Primaria (CPOD o CEOD) es de

aproximadamente 6, lo que nos muestra que el Perú no solo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que luego van incrementándose paulatinamente, conforme aumenta la edad, de tal manera que cuando se es adulto, se está parcial o totalmente desdentado.(22)

2.2.2.3. Promoción en salud

En la actualidad, nos encontramos en la fase de la promoción en salud iniciada en 1975 y llamada también "La segunda revolución epidemiológica". Según Greene el concepto de promoción en salud es: "Cualquier combinación de educación para la salud con los correspondiente apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud" (23)

En 1986 se realiza la primera reunión internacional sobre promoción de la salud en Ottawa. En esa oportunidad se formula la Carta de Ottawa, que hasta hoy representa un gran referente conceptual y estratégico en el mundo entero. Se definió la promoción como el "Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla" (23).

En la escuela de Salud Pública la promoción en salud se definió como la "Estrategia racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de carácter complementario e integral, que reivindica como responsabilidad social (y del Estado) la provisión de cuidados individuales y comunitarios". Enfatiza en los proveedores de la salud las categorías familia, grupo, infraestructura social y otras supra estructuras públicas o

privadas. El acento está en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud (23).

La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS la define como "Proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud". La Promoción de la Salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social (21).

2.2.2.4. Educación para la salud:

La educación del individuo, familia y colectividad sobre los problemas de salud es condición esencial para toda acción salubrista (24).

La educación es una práctica en la que agentes especializados (educadores) realizan una labor sobre una materia prima (alumnos) con instrumentos adecuados, con el objetivo de que los sujetos de la educación, generalmente niños y adolescentes, se adapten a una determinada sociedad. Esta educación produce dos efectos en el alumno: la capacitación y la formación.(25)

Educación para la Salud, es el proceso educativo (enseñanza aprendizaje) por el cual los individuos y colectividad aprenden a mejorar, a proteger o a recuperar su salud. En el presente, la educación para la Salud se focaliza

en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influido por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países. Esto, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud. Se requiere concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones que participan en el proceso de adopción de los comportamientos característicos de determinados estilos de vida: la familia, la escuela y eventualmente los lugares de trabajo (26).

La educación para la salud como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto la impartición sistemática de conocimientos teóricos-prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito para preservar en óptimas condiciones su estado de salud (27).

La Educación para la Salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades (28).

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas (29).

La educación para la salud, entendida como un instrumento de promoción, implica la superación de los modelos prescriptivos y conductuales basados en una mirada estrictamente sanitaria presentes aún en nuestro medio hacia una propuesta participativa, holística y de transversalidad en la gestión institucional y pedagógica de las organizaciones escolares, enfatizando las actitudes y comportamientos (valores) de las personas como las responsables de su propia salud. Estamos de acuerdo con Nizama y Samaniego (2007) cuando plantean una concordancia entre los diferentes autores sobre salud y educación. Ellos señalan que la educación para la salud trata no solo de transmitir información sino también de fomentar la motivación, las habilidades personales (sociales, afectivas y cognitivas) y la valoración por uno mismo y por los demás, todas ellas condiciones necesarias para adoptar medidas destinadas al control y la mejora de la salud (30).

2.2.3. MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL

El cuidado e higiene de la boca es fundamental para garantizar un desarrollo adecuado en la salud integral, por lo cual las personas deben tomar conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal durante las diferentes etapas de la vida, ya que las enfermedades bucodentales constituyen un serio problema de salud pública por su alta prevalencia y gran impacto sobre los grupos sociales.(23)

La educación para la salud constituye un elemento esencial que tiene como finalidad promover, orientar y organizar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.(32)

Según la OMS (2012), las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal las cuales afectan a más de 90% de la población, las enfermedades bucales se encuentran entre las cinco con más alta demanda de atención en los servicios de salud del país, la mayoría de estas pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y de realizar un diagnóstico temprano. La higiene bucal, la alimentación correcta y la eliminación de hábitos nocivos cuentan entre las acciones más importantes en la prevención de las enfermedades bucales a nivel general.(33)

Cabe destacar que la prevención en salud oral son aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales, por ende la prevención no solo trata de evitar la enfermedad sino también detenerla una vez que ha aparecido e impedir su avance, convirtiéndose así en un papel fundamental en el cuidado de la cavidad oral.(15)

2.2.4. MEDIDAS DE HIGIENE ORAL

2.2.4.1. Higiene Bucal

La higiene bucal es considerada como uno de los factores asociados positivamente a la prevención de caries y gingivitis. Investigaciones científicas han demostrado que una higiene oral realizada adecuadamente, es eficaz en el control de estas enfermedades ya que ayuda a prevenir la aparición de estas y su posterior desarrollo. La promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad, tienen como principal fundamento el control de la placa bacteriana a

través del desarrollo de hábitos adecuados de higiene oral.(15)

Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben cumplir sus funciones durante toda la vida.(34)

En nuestro País según el MINSA Las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar de la morbilidad general de la consulta externa a nivel nacional, representando un problema de salud pública en el Perú.(35)

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. (23)

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquéllas. Placa microbiana. La placa bacteriana se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de

una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso. De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentarias. Con el tiempo el paciente sentirá que los dientes se mueven. Y comenzarán a aparecer manchas en el esmalte que luego evolucionarán a caries. (36)

Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana, y además, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial. (37)

Detección de la placa. La placa bacteriana varía en su composición dependiendo de factores como el lugar en que se forma, la alimentación de la persona y su edad. Inicialmente invisible, ante la falta de higiene se espesa, haciéndose aparente por acúmulo de restos alimenticios y poniéndose de manifiesto con el empleo de colorante como la eritrosina, la fucsina básica, verde malaquita, mercurocromo, fluoresceína sódica y otros, que en forma de tabletas o gotas se introducen en la boca y con movimientos linguales, van impregnando los lugares en que la placa se asienta. (37)

Remoción de la placa Iniciar la eliminación de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados

dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad. (37)

2.2.4.2. Cepillado Dental

El cepillado dental representa una de las principales estrategias para el control de las enfermedades más comunes de la boca. El objetivo principal del cepillado es eliminar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encías, buscando la forma de impedir que las bacterias nocivas produzcan los ácidos que dañan a las capas externas de los dientes e inflamen las encías. La placa es muy difícil de ver y no se puede remover enjuagando la boca, la mejor manera de remover la placa es usar un cepillo y seda dental regularmente.(35)

2.2.4.2.1. Cepillo Dental

Es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental. En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias. El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales. Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad.(23)

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos:

1.- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.

2.- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.

3.- Estimular los tejidos gingivales.

4.- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

Ninguna evidencia científica apoya un diseño de cepillo más adecuado; por ello la elección de este depende de las características de la boca. Es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.

El cepillado debe durar 2 o 4 minutos para un mejor aseo.

(15)

2.2.4.2.2. Dentífrico o Pasta Dental

Es de gran importancia recalcar que la mayoría de las personas que utilizan la pasta dental con fluoruro reciben un tratamiento tópico de flúor al cepillarse los dientes, aunque solo se benefician de ello las personas que se cepillan los dientes con regularidad.(15)

2.2.4.2.3. Hilo Dental

El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera,

con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona.(15)

El uso conjunto del cepillado y el hilo dental remueve un 26% más de placa dentobacteriana, al compararlo con el uso aislado del cepillado.(38)

Se deben utilizar aproximadamente 60 cm de hilo y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm Se pasa el hilo con los dedos pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén para no lacerar la encía interproximal, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes.(38)

2.2.4.2.4. Colutorios O Enjuagatorios

Los colutorios son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante.(15)

2.2.4.2.5. Flúor

Desde 1958 la OMS apoya el uso del flúor y en 1975 consideraba el empleo de fluoruros como "la medida más eficaz con la que se cuenta para prevenir la caries en los programas orientados a la comunidad". El fluoruro

dinámicamente importante es aquel presente en la cavidad bucal que interfiere con el desarrollo de la caries, reduciendo la desmineralización cuando hay exposición al azúcar y caídas del pH en el biofilm dental y activando el proceso de remineralización salival cuando el pH retorna a la normalidad. El flúor es un elemento químico, que se encuentra presente en las pastas dentales, en los enjuagues, en geles con flúor y en nuestro país en la sal con flúor. Cabe recalcar que el flúor es hasta el momento el único elemento que previene la caries, porque tiene la propiedad de endurecer las piezas dentarias, evitando se formen cavidades por el ataque de los ácidos.(15)

Mecanismos de acción del flúor

- **Acción sistémica**

Durante el periodo de mineralización dental, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo su incidencia tras la erupción dentaria.(15)

- **Acción tópica**

Se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización -remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Tiene como finalidad incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos y tener un

efecto antibacteriano para favorecer la remineralización.(15)

Aplicación del flúor

El flúor se lo puede aplicar de diferentes formas entre ellas:

- **Gel**

Generalmente se utiliza el APF (acidulated phosphate fluoride) (fluoruro de fosfato acidulado) a 1,23% aunque también existe el gel fluorofosfato neutro 1,1 o 2%. Que se lo puede aplicar directamente a los pacientes con un hisopo de algodón (técnica directa) o con una cubeta para impresiones (técnica indirecta), siendo esta última una de las técnicas más rápidas, pero si se tratara de una dentición mixta en que falten lo molares primarios puede ser más conveniente la directa.(15)

- **Barnices de fluoruro**

Generalmente el barniz fluorado permanece en contacto con el esmalte durante más tiempo que las soluciones o gel. Diversos estudios científicos con barnices fluorados indican su eficacia para prevenir la caries dental demostrando que son tan eficaces como los geles y soluciones.(15)

2.2.5. DIETA

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral. (36).

Pese a las obvias conexiones entre nutrición y salud, este tema no ha sido suficientemente destacado en Medicina y en Odontología. La nutrición es importante para el desarrollo de la salud, comenzando antes del nacimiento, y continuando a través de toda la vida.

Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. Todos son necesarios para favorecer el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales. (39)

El azúcar es un ingrediente frecuente en muchos alimentos, y las bacterias de la boca pueden producir ácido a partir de numerosos tipos de azúcares. El azúcar de caña es el más utilizado y el que más tendencia tiene a producir caries, esto se debe a que el *S.mutans* no solo causa la producción de ácido a partir de la sacarosa, sino también la producción de un adhesivo de la placa dental (glucano). El azúcar presente en las bebidas y frutas se elimina de la boca con bastante rapidez. (40)

Debido a que la dieta es uno de los factores etiológicos más importantes para el desarrollo de la caries dental, el consumo frecuente de carbohidratos fermentables se encuentra asociada con la prevalencia de caries dental. (41)

Se debe recordar que la caries dental es una enfermedad multifactorial y por ende ninguna variable específica como por ejemplo la dieta puede explicar toda la causalidad de la enfermedad, en otras palabras que come o como come el individuo son dos factores de la dieta que afectan la prevalencia, existen dos factores importantes relacionados a como se come: Frecuencia de la ingesta Tiempo de eliminación del compuesto de la cavidad bucal.(42)

Se ha demostrado claramente que el número de comidas o meriendas al día, parece ser el factor más crítico en el origen de la caries dental. Algunos grupos de individuos pueden por razones especiales por ejemplo: su ocupación, actividad deportiva, enfermedad adoptar patrones de ingesta frecuente de alimentos y golosinas, también influyen las costumbres, factores culturales, sabor, las diferencias en educación y nivel social. Los hábitos de dieta varían dentro de una sociedad. (42)

2.2.6. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

2.2.6.1. Envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define envejecimiento desde un punto de vista biológico, como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (44).

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable (43).

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (43).

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática [equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado], debida

a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.(44)

En términos generales, se acepta que el envejecimiento inicia temprano en la vida y que los cambios biológicos relacionados con él aparecen de manera asincrónica en distintos aparatos y sistemas. En algunos organismos es posible detectar desde muy temprano los primeros indicios de lo que será su envejecer. Ello puede traducirse en vulnerabilidad a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, cuya prevalencia se va acrecentando conforme aumenta la edad.(44)

Por otra parte, el proceso de envejecimiento no está condicionado únicamente por características biológicas, pues también existen patrones sociales, culturales y ambientales que claramente intervienen.(44)

El envejecimiento saludable es, a su vez, el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal. Los estilos de vida que han demostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez son: una alimentación adecuada, ejercicio físico, periódico y seguro; higiene personal adecuada, sueño suficiente y reparador, recreación y alta autoestima.(44)

La vejez es la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad. Actualmente, en los países en desarrollo como PERU se acepta como inicio de la vejez los 60 años, mientras que en los países desarrollados esa edad es a los 65 años.(45)

La vejez se define también como una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios socio histórico. La vejez es consecuencia de las etapas que le antecedieron y refleja la biología, el contexto social, la visión y la actitud ante la vida de cada persona(44).

En fechas recientes se ha introducido el concepto de edad “prospectiva” para referirse a la vejez como la etapa en la cual la esperanza de vida remanente es de tan sólo 15 años. Este concepto innovador replantea la perspectiva de lo que significa envejecer y nos lleva a tomar conciencia de que las consecuencias de la vejez son moduladas poderosamente por los determinantes económicos y sociales, pues es bien sabido que la esperanza de vida de las poblaciones guarda una estrecha relación con su Producto Interno Bruto (PIB).(46)

2.2.7. IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL

Es verdad que actualmente muchos adultos mayores gozan de buena salud general y, naturalmente, anhelan mantenerse activos y autosuficientes hasta edad avanzada (47).

Sin embargo, en general, la capacidad regenerativa del cuerpo disminuye y se llega a un proceso de desgaste en el que

sobrevienen enfermedades crónicas. El proceso de envejecimiento produce en la cavidad oral una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos (48).

En la mayoría de los adultos mayores faltan, por lo general, piezas dentales y el número de sus restauraciones es elevado. Esto por sí solo representa una preocupante necesidad de estrategias preventivas en los planes de tratamiento de estos pacientes. En muchos casos se torna difícil la continuidad de una terapia restaurativa (transporte hacia la consulta dental, efectos secundarios de anestésicos locales, peligro de complicación ante extracciones, etc.), lo que aumenta la importancia de la conservación de la salud bucal a través de apropiadas estrategias de prevención.(49)

El tratamiento se torna en especial difícil cuando se llega a estados en los que estos casos necesitan la asistencia de terceros, cuando la higiene oral no puede seguir siendo efectuada de manera eficiente en forma autónoma, en pacientes incapacitados para valerse por sí mismos (parálisis, Parkinson, Alzheimer, etc.). En casos en que no exista personal instruido para ayudar con el aseo personal (higiene bucal, administración de enjuagatorios fluorados, etc.,) se dará por regla general una rápida y compleja destrucción de la dentadura. Por desgracia, en muy pocos lugares del mundo la asistencia y cuidado del paciente en asilos de ancianos y hospitales es garantizada (49).

Por otra parte, la mayoría de los adultos mayores toman a menudo medicamentos que con frecuencia tienen efectos secundarios en la cavidad oral reflejada en una disminución del flujo salival (50).

Como resultado, se desarrollan con mayor facilidad alteraciones periodontales, caries recurrente y presente en sitios que usualmente son menos susceptibles, infecciones micóticas, queilitis angular y dorso de la lengua con fisuras y lobulaciones (51).

Ciertamente, los fármacos son los responsables de la mayoría de los casos de xerostomía de larga evolución. La deficiencia salival, después de un tratamiento farmacológico prolongado, suele persistir por un tiempo a pesar del abandono del fármaco.

Importante en pacientes de alto riesgo cariogénico, es el considerar la implementación de medidas preventivas en base a estrategias actuales en lo que al tratamiento de la caries como enfermedad infectocontagiosa se refiere. Por simple olvido, problemas visuales, disminución en la habilidad manual o depresión, la higiene oral diaria puede disminuir con el consecuente incremento en el riesgo de caries (52).

De importancia será entonces, para disminuir el riesgo de caries, el abarcar asesoría dietética para reducir el abuso de ingesta de carbohidratos, en especial entre comidas, y controlar la ingestión de alimentos y líquidos con excesivo contenido de azúcar. Esto no es raro en el anciano dado su menor agudeza gustativa (50).

En pacientes desdentados totales o portadores de prótesis encontramos problemas, como higiene insuficiente con el desarrollo ante todo de enfermedades micóticas como la candidiasis (50), excesiva reabsorción de la cresta alveolar y/o lesiones en la mucosa oral en casos de mala adaptación protésica, y alteraciones en la articulación temporo-mandibular a causa de infraoclusión. Con el envejecimiento se producen variaciones en la estructura de los tejidos periodontales que se expresan en la

retracción gingival, desnudando el cemento radicular. En el hueso alveolar, es común observar un menor trabeculado, más frecuentemente en mujeres postmenopáusicas. El ligamento periodontal se presenta atrófico, en especial cuando el diente está en desoclusión. Estos cambios contribuyen a la susceptibilidad periodontal del paciente de edad avanzada (53).

Igualmente pueden presentarse tumores orales, sobre todo en fumadores y consumidores de alcohol excesivos. El número de diagnósticos de cáncer oral aumenta cada año. (54)

2.2.8. FACTORES GENERALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD ORAL.

Fisiológicamente la cavidad oral experimenta un proceso de envejecimiento natural, que puede estar directa o indirectamente relacionados con factores intrínsecos (genéticos, metabólicos, sistémicos), extrínsecos (tabaquismo, higiene oral, prótesis, medicamentos) y otros factores relacionados con la limitación de las actividades psicomotoras y psicosociales, los cuales llevan al deterioro e incapacidad de los procesos de autocuidado.(55)

La caries dental presenta un grave problema en la salud bucal para los adultos mayores ya que más de la mitad, que aun teniendo dientes naturales están expuestos a niveles elevados de microorganismo relacionados con la caries y la enfermedad periodontal, en virtud de la disminución de la protección que proporciona el flujo salival disminuido por los efectos secundarios de algunos medicamentos en esta población. Por consiguiente, la salud bucal influye en la calidad de vida de los adultos mayores.(56)

La salud constituye el aspecto más relevante de la calidad de vida a medida que la persona avanza en años, por lo que es conveniente mantener la independencia y vivir en un entorno social estable. La salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores puede mejorar con la evaluación oportuna y la prevención. Se aprecia que las personas que no acuden al servicio odontológico, aludiendo diversos motivos como la falta de dinero, origina por ejemplo que sus prótesis no les ajusten y en consecuencia prefieran retirar sus dentaduras al ingerir alimentos para poder comer sin molestias, situación indicativa de la poca importancia que le atribuyen a la salud bucal.(57)

Los problemas más comunes de salud bucal en adultos mayores además de caries y enfermedad periodontal, que afectan a más de 50% de los adultos mayores, es el cáncer oral cuya prevalencia es 1.5% y que pasa desapercibido por falta de visitas preventivas al dentista, otra es la xerostomía con una prevalencia entre 6% y 72% dependiendo de la población, que favorece la proliferación de la flora, así como la presencia de otras enfermedades sistémicas con síntomas en cavidad bucal, entre ellas diabetes, artritis, Alzheimer e hipertensión.(57)

Existe una estrecha relación entre las enfermedades de la cavidad bucal y varias enfermedades sistémicas sobre todo en aquellas de tipo crónico degenerativa. La principal relación entre el estado de salud bucal y las enfermedades crónicas es el resultado de factores de riesgo común (WHO, 2006; Petersen, 2003). (55)

La salud oral deficiente en este grupo poblacional generalmente está ligada por una mala salud general que se producen en el incremento de las tasas, a medida que aumenta la edad, tratándose con una variedad de medicamentos cada vez mejor. Sin

embargo, estas enfermedades crónicas pueden afectar la calidad de vida de las personas, causando dolor e incomodidad, la capacidad de comer, hablar, saborear y tragar.(57).

2.2.8.1. Enfermedades sistémicas del adulto mayor

Este grupo de adultos mayores generalmente viven en familia y su estado de salud es adecuado, aunque con frecuencia sufren de enfermedades crónicas que controlan con medicación entre las más comunes tenemos:

- **Hipertensión arterial:**

En estos pacientes es recomendable evitar cualquier situación de estrés ya que puede provocar un aumento de la presión arterial, además entre las precauciones que se debe tomar para la atención es la utilización de anestésico sin vasoconstrictor. La ingesta de medicamentos en estos pacientes producen xerostomía o hipertrofia gingival, por lo que los tratamientos preventivos y la higiene bucal son de mucha importancia.(58)

- **Diabetes:**

A nivel oral se ha relacionado con enfermedad periodontal, caries, xerostomía, síndrome de boca ardiente, liquen plano y reacciones liquenoides, candidiasis oral. Sin embargo, existe una mayor susceptibilidad a la enfermedad periodontal, debido a que se altera la respuesta de los tejidos

periodontales, debido a cambios vasculares, alteración del fluido crevicular, alteraciones en el metabolismo del tejido conectivo, a la respuesta inflamatoria e inmunológica del huésped así como alteraciones de la microflora y patrones hereditarios, llevando a una aceleración de la pérdida dental y ósea. También es importante determinar la susceptibilidad a la caries, y esto se debe al aumento de glucosa en la saliva y a la disminución de los elementos protectores de la saliva.(58)

- **Osteoporosis:**

A nivel oral podemos encontrar manifestaciones como: la debilitación de la masa ósea maxilar, reducción del reborde alveolar, disminución del grosor cortical y cambios a nivel del tejido periodontal. También incluye malestar bucal asociado a dolor y ardor, sequedad de las mucosas, alteración en la percepción del gusto y la pérdida del hueso alveolar de tipo horizontal con pérdida dental especialmente en mujeres postmenopáusicas.(58)

2.2.8.2. Consumo de fármacos

La mayoría de los medicamentos recetados para estas enfermedades crónicas, pueden causar efectos adversos a la mucosa oral, influyendo negativamente en la salud oral de los adultos mayores. Entre los efectos más comunes tenemos la hiposalivación, trastornos de los tejidos,

reacciones liquenoides, crecimiento excesivo de tejido y / o reacciones de hipersensibilidad, sangrado, alteraciones en el sabor. Entre las alteraciones a nivel bucal tenemos la xerostomía, candidiasis, sialorrea, agrandamiento gingival, entre otros.(59)

Esta demostrados que más del 50% de los pacientes de tercera edad consumen mínimo un medicamento al día que van desde antiinflamatorios, reguladores cardiovasculares y psicoreguladores.(60)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1. Nivel

En su sentido más general nivel hace referencia a una "altura" relativa a otra altura; generalmente se toma como punto de referencia una base. Cuando la altura es geográfica, se denomina altitud y se toma como base de referencia el nivel del mar.

2.3.2. Conocimiento

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

2.3.3. Adulto Mayor

Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad.

2.3.4. Salud Oral

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes. Este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE IA INVESTIFACION

3.1 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

HIPÓTESIS PRINCIPAL

Es probable que el nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral en los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud sea bajo.

HIPÓTESIS DERIVADAS

- Es probable que la edad de los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada tenga relación con su nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral.
- Es probable que los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud del sexo femenino tengan un mejor conocimiento sobre cuidado de la salud oral que los del masculino.
- Es probable que los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de niveles educativos superiores tengan un mejor conocimiento sobre cuidados de la salud oral.
- Es probable que el estado civil de los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada tenga relación con su nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral.

3.2 VARIABLES: DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

Variables	Indicadores	Naturaleza	Escala de Medición	Tipo
Nivel de conocimiento	Bajo Regular Bueno Muy bueno	Cualitativo	Ordinal	Principal
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativo	Nominal	Secundaria
Edad	Años	Cuantitativo	Razón	Secundaria
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria Secundaria Técnico Superior	Cualitativo	Ordinal	Secundaria
ESTADO CIVIL	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Cualitativo	Nominal	Secundaria

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

No experimental, porque se observó al fenómeno en sus condiciones naturales, es decir, se registró el nivel de conocimiento de adultos mayores que tengan 60 a más años que asisten a la posta MELITÓN SALAS del distrito de Socabaya.

4.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

- De acuerdo a la temporalidad es de tipo transversal porque se llevó a cabo una medición de la variable.
- De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos: Se realizó una labor de campo porque se hizo las encuestas directamente a los pacientes.
- De acuerdo al momento de la recolección de los datos: Prospectivo ya que los datos fueron recolectados mientras se realizaba la investigación.
- De acuerdo a la finalidad investigativa: Es descriptivo, pues se observó a los fenómenos y luego se informa el resultado de esta.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

La población fue determinada por los Adultos Mayores a partir de 60 años que asistieron al CAP III MELITÓN SALAS TEJADA SOCABAYA en los meses de abril, mayo y junio del presente año. Se trabajó con la totalidad de 212 adultos mayores que reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos a continuación:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 60 años
- Pacientes lúcidos.
- Pacientes adultos mayores de cualquier sexo.
- Pacientes adultos mayores que deseen cooperar con la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 60 años.
- Pacientes cuyo estado de salud general deteriorado impidió la comunicación.
- Pacientes adultos mayores que no deseen cooperar con la investigación.

4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1 TÉCNICAS

La técnica que se utilizó para medir las variables tanto principal como secundaria fue la encuesta.

4.3.2 INSTRUMENTO

El instrumento estuvo conformado por un cuestionario, el cual fue estructurado a través de preguntas con opciones de respuesta. Este cuestionario fue elaborado por el autor del presente trabajo de investigación tomando en cuenta los contenidos básicos considerados sobre el tema a medir, es decir, nivel de conocimiento sobre cuidados en salud oral, aplicada a una población específica, que eran los adultos mayores. Luego de la

búsqueda de información y de la consulta con especialistas, en un primer momento se propusieron 25 preguntas, todas ellas de opción múltiple. Luego estas preguntas pasaron por la consulta de un grupo de especialistas en el tema quienes redujeron el número a 14. Inmediatamente el instrumento fue sometido al juicio de tres expertos, con la finalidad de validarlo, es decir, que nuestro cuestionario sea confiable al momento de medir nuestra variable de interés (ver Anexo N°5). La totalidad de expertos tuvieron una valoración superior al 90%, es decir, según ellos en este porcentaje el instrumento medía lo que pretendemos medir, dándose por válido nuestro cuestionario.

La calificación del instrumento se hizo tomando en cuenta que, si la respuesta era correcta, se asignaba un punto, en caso no fuera así, se considera como cero; esta regla no se daba en las preguntas 4, 5, 6 y 7 donde todas las alternativas de respuesta tenían un puntaje, pues se podían marcar más de una respuesta (ver Anexo N° 3). Entonces, de acuerdo con esto, el puntaje mínimo a obtenerse era 0 y el máximo 22. A partir de estos valores, se estableció los niveles de conocimiento sobre cuidados de la salud oral a través de la baremización de los puntajes, utilizándose el método de la normalidad de Stanonnes, quedando distribuidos de la siguiente manera:

Bajo: de 0 a 10 puntos.

Regular: de 11 a 14 puntos.

Bueno: de 15 a 18 puntos.

Muy bueno: de 19 a 22 puntos.

4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó el permiso a ESSSALUD mediante una carta dirigida a la encargada, jefa de capacitación interna de EsSalud CAP III Melitón Salas Tejada - Socabaya, emitida por la escuela de Estomatología para poder acceder a las instalaciones y realizar la encuesta

Luego de tener el permiso procedemos a realizar las encuestas, se abordó a todos los pacientes Adultos Mayores, que asistían al CAP III Meliton Salas Tejada.

La selección fue aleatoria, Se realizó las encuestas a los pacientes que estaban en salas de espera, a los que esperaban su medicamento en farmacia y a pacientes que acudían al centro del adulto mayor. Teniendo en cuenta que estos pacientes estén dentro de nuestros criterios de inclusión como es lucidez, mayor de 60 años y que los pacientes deseen cooperar con la investigación.

Se comprobaba la lucidez del paciente al preguntar su nombre, edad, fecha, motivo de consulta y donde estaba ubicado

Al momento de realizar la encuesta, el investigador hizo el llenado de la encuesta según la respuesta del adulto mayor, ya que algunos adultos mayores estaban limitados por la vista para escribir y/o leer.

Si la pregunta no la entendía el Adulto Mayor el investigador le aclaraba la pregunta, para obtener resultados más reales.

Finalmente obtenidos los resultados se precedió a la tabulación de datos.

4.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La tabulación de los datos se realizó a través de la elaboración de matrices de sistematización, para lo cual se utilizó una hoja de cálculo en el programa Excel, versión 2016. A partir de esta, se elaboraron las respectivas tablas, tanto de simple como doble entrada, y los gráficos pertinentes.

La estadística implicó, en un primer momento, el cálculo de frecuencias absolutas (N°) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables, tanto principal como secundarias. En un segundo momento, se estableció si las variables secundarias tenían relación con la principal, para lo cual se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado a un nivel de significación del 95% (0.05). Cabe resaltar que la totalidad del proceso estadístico se hizo con la ayuda del software EPI – INFO versión 6.0 (OMS – OPS).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación cumple con las consideraciones éticas dadas por la declaración de Helsinki – Seúl, 2008, aprobada por la Asociación Mundial de Medicina.

Para cumplir con los principios bioéticos, se elaboró el consentimiento informado, será entregado a los que participaran en la investigación.

El presente proyecto se basó en los principios éticos:

- Principio de autonomía: Principio que defiende a la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones de acuerdo con su elección. Se respetaron los derechos de los adultos mayores encuestados, no se les obligó a participar de la investigación, se

respetó su decisión tomada de acuerdo a valores y convicciones personales.

- Principio de beneficencia: este principio se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio a los otros. Muchos actos de beneficencia son obligatorios, impone una obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses.
- Principio de no maleficencia: este principio consiste en no provocar o incitar daño, se debe impedir hacer mal, se debe hacer y promover el bien.
- Principio de justicia: incluye el derecho de la persona a un trato justo y equitativo; antes, durante y después de su participación y a la privacidad. Así mismo, los datos obtenidos en el presente trabajo de investigación serán usados únicamente con fines de investigación.

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN
SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU EDAD

EDAD	N°	%
De 60 a 70 años	51	24.1
De 71 a 80 años	85	40.1
De 81 años a más	76	35.8
Total	212	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1 podemos apreciar la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores que acuden al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud de acuerdo con su edad.

La edad de nuestras unidades de estudio osciló desde un valor mínimo de 64 años y llegó a un valor máximo de 91 años. Así mismo, para poder llevar a cabo una mejor interpretación de esta variable, se la ha agrupado en tres intervalos, relativamente homogéneos entre ellos, a partir de los cuales se puede observar que el mayor porcentaje de los adultos mayores (40.1%) incluidos en la investigación estaban entre los 71 a 80 años, mientras que el menor porcentaje de ellos (24.1%) se encontraban entre las edades de 60 a 70 años.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU EDAD

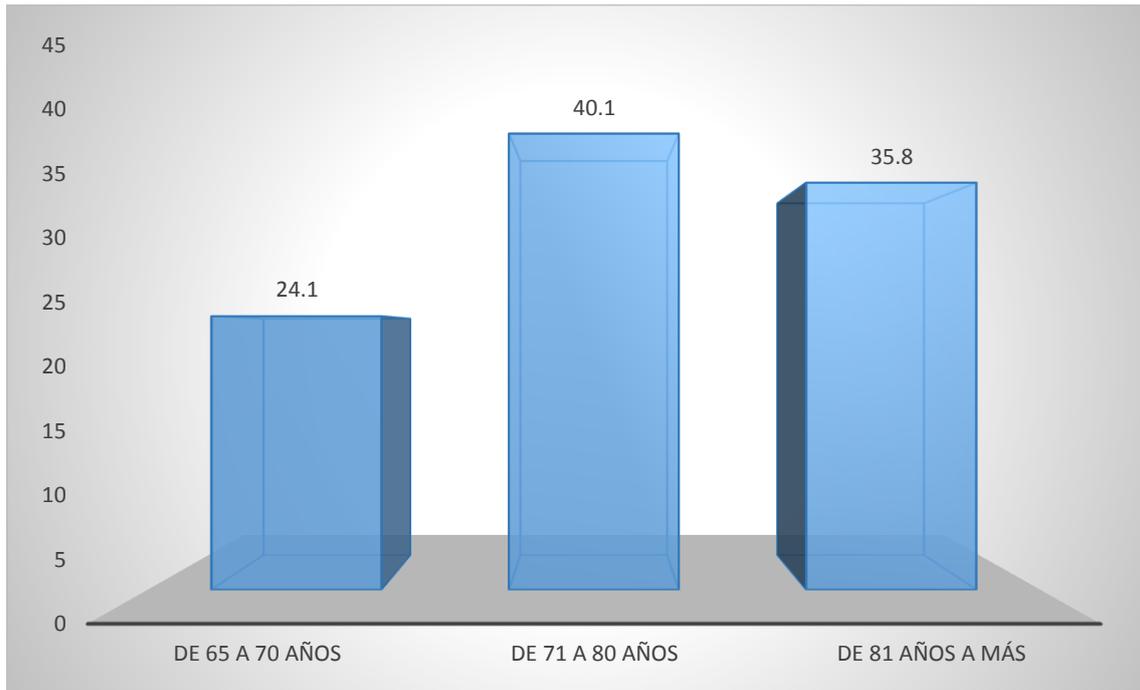


TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN
SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU SEXO

SEXO	N°	%
Masculino	69	32.5
Femenino	143	67.5
Total	212	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla que se muestra en la presente página nos permite establecer la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores que acuden al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud de acuerdo con su sexo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, luego de llevar a cabo la recolección de datos, podemos colegir que nuestros adultos mayores participantes correspondieron tanto al sexo masculino como al femenino; así mismo, la mayoría de ellos (67.5%) fueron del femenino y el resto (32.5%) del masculino. Como se evidencia de los datos, casi las dos terceras partes del total de nuestra muestra fueron adultos mayores mujeres, por lo que podemos colegir que prevaleció el sexo femenino.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU SEXO

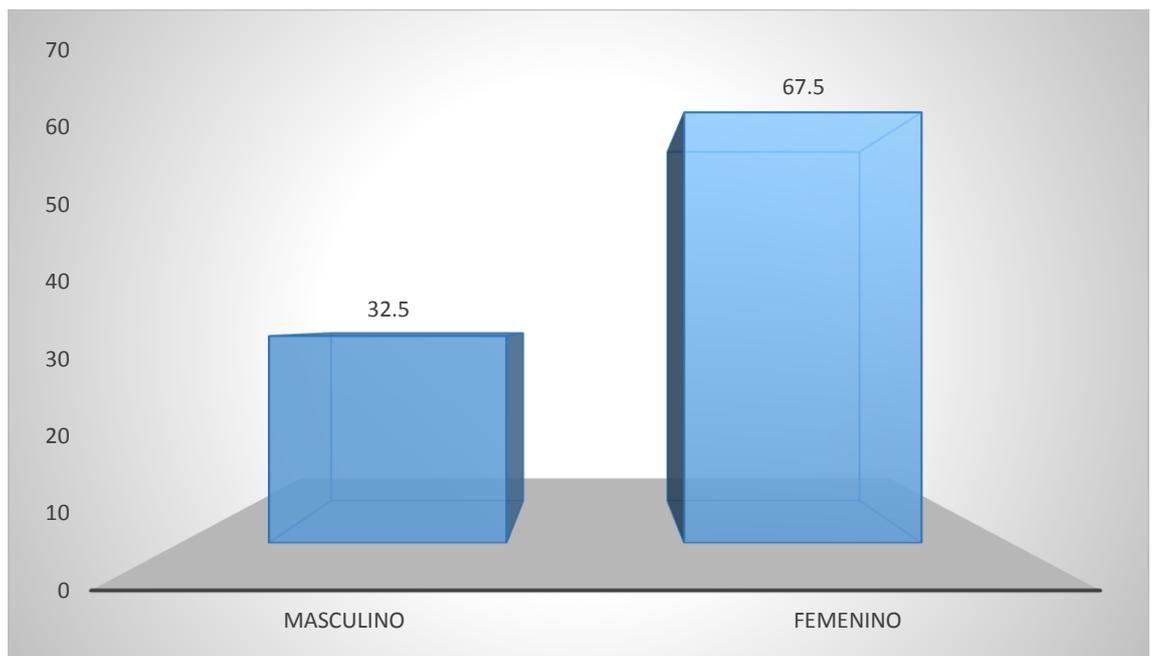


TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN
SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	100	47.2
Secundaria	105	49.5
Técnico	7	3.3
Superior	0	0.0
Total	212	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla que mostramos presentamos la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores asistentes al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud de acuerdo al grado de instrucción que manifestaron tener.

Como se puede apreciar los resultados obtenidos, hemos tenidos adultos mayores desde un grado de instrucción primario hasta el nivel técnico, el cual fue el máximo observado. Del total de nuestras unidades de estudio, el mayor porcentaje de ellos (49.5%) tuvieron un nivel educativo secundario, ninguno de ellos llegó a niveles superiores de estudio y un (3.3%), mostró niveles técnicos de instrucción.

GRÁFICO N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN
SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN**

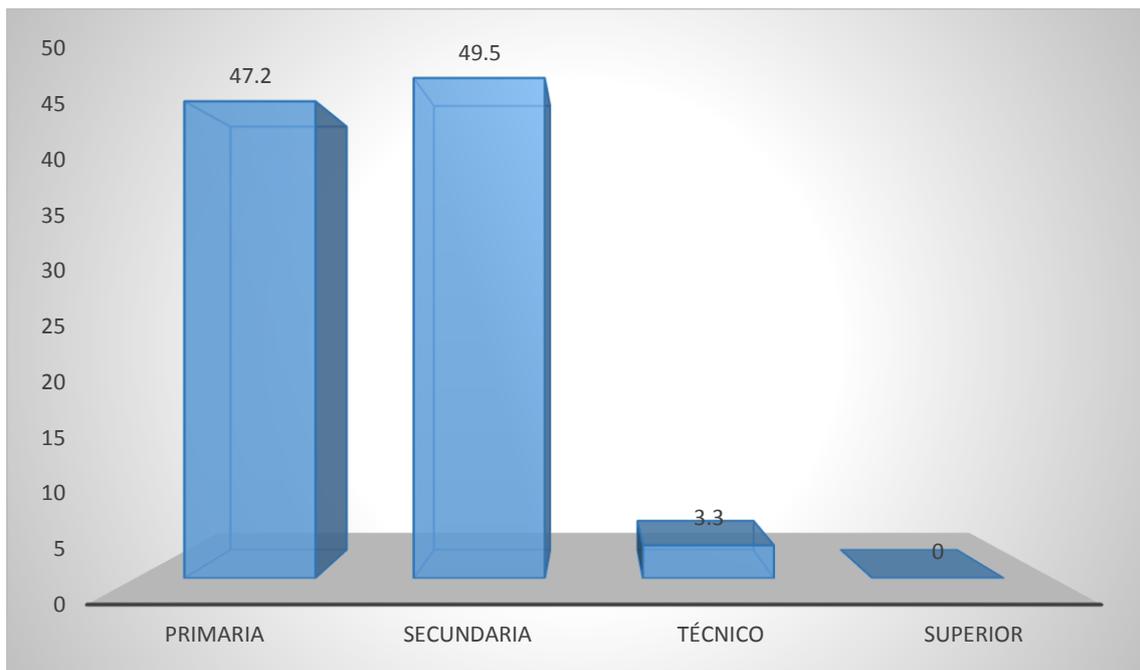


TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN
SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero	9	4.2
Casado	126	59.4
Conviviente	18	8.5
Divorciado	7	3.3
Viudo	52	24.5
Total	212	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

El estado civil, al igual que la edad, sexo y grado de instrucción de los adultos mayores, fueron las variables secundarias consideradas en nuestra investigación y cuya distribución numérica y porcentual se muestran en la tabla N° 4.

Los resultados a los que hemos arribado, luego de realizada la recolección de datos, nos permiten evidenciar que la mayoría de los adultos mayores encuestados (59.4%) indicaron ser casados, en el otro extremo, es decir, los menores porcentajes de ellos manifestaron ser divorciados (3.3%), solteros (4.2%) o convivientes (8.5%). Ahora bien, si consideramos a los que tienen pareja, el 67.9% de ellos la tenían, en tanto el resto se encuentra sin ella, ya sea porque eran solteros, viudos o divorciados.

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SEGÚN SU ESTADO CIVIL

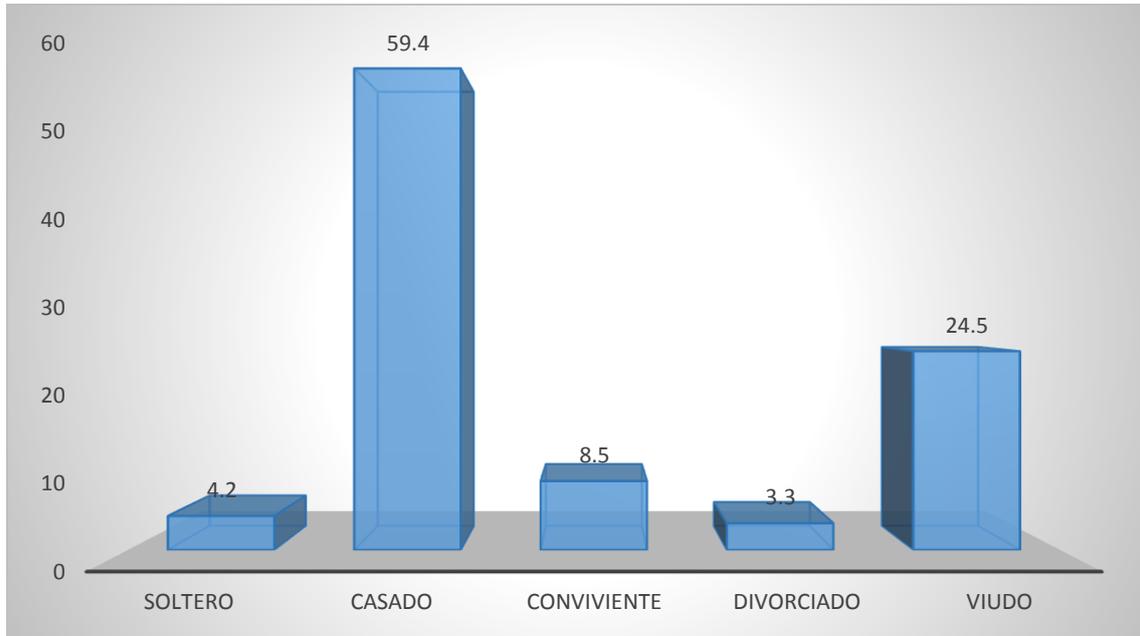


TABLA N° 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN
LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA –
ESSALUD

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	N°	%
Bajo	132	62.3
Regular	70	33.0
Bueno	10	4.7
Muy bueno	0	0.0
Total	212	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

El nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral, en los adultos mayores incluidos en la investigación asistente al CAP III Melitón Salas Tejada, es nuestra variable principal y, por tanto, el motivo de investigación. Su distribución numérica y porcentual se muestra en la tabla N° 5.

El nivel de conocimiento se evaluó a través de un cuestionario validado, el cual se calificó en cuatro baremos, desde bajo y hasta muy bueno. Los resultados obtenidos, de acuerdo a la información a la cual se ha arribado, nos permiten establecer que la mayoría de los adultos mayores evaluados (62.3%) su nivel de conocimiento fue bajo. En contraparte, ninguno de ellos llegó a alcanzar niveles muy buenos de conocimiento y al nivel bueno, solo llegaron el 4.7% del total de ellos.

GRÁFICO N° 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD

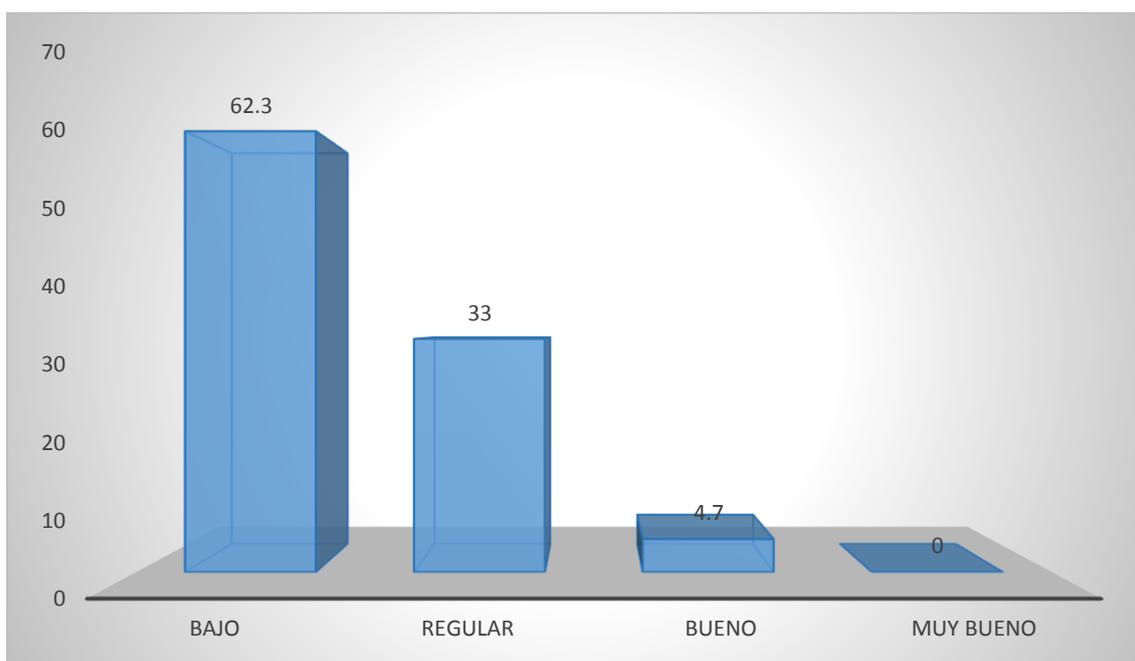


TABLA N° 6
RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III
MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD

EDAD	Nivel de Conocimientos						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
De 60 a 70 años	33	64.7	18	35.3	0	0.0	51	100.0
De 71 a 80 años	55	64.7	30	35.3	0	0.0	85	100.0
De 81 años a más	44	57.9	22	28.9	10	13.2	76	100.0
Total	132	62.3	70	33.0	10	4.7	212	100.0

Fuente: Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 6 procedemos a relacionar la edad de los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud con sus niveles de conocimiento sobre cuidados de su salud oral.

Como se aprecia de los datos obtenidos, los adultos mayores que tenían entre 60 a 70 años y los que estaban entre los 71 a 80 años coincidieron porcentualmente, pues en su mayoría (64.7%) tuvieron niveles de conocimiento bajos, además, ninguno de ellos llegó a tener niveles buenos de conocimiento. Respecto a los que estaban entre los 81 años a más, también en su mayoría (57.9%) tenían niveles bajos de conocimiento, sin embargo, un 13.2% de ellos llegó a niveles buenos.

GRÁFICO N° 6

RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD

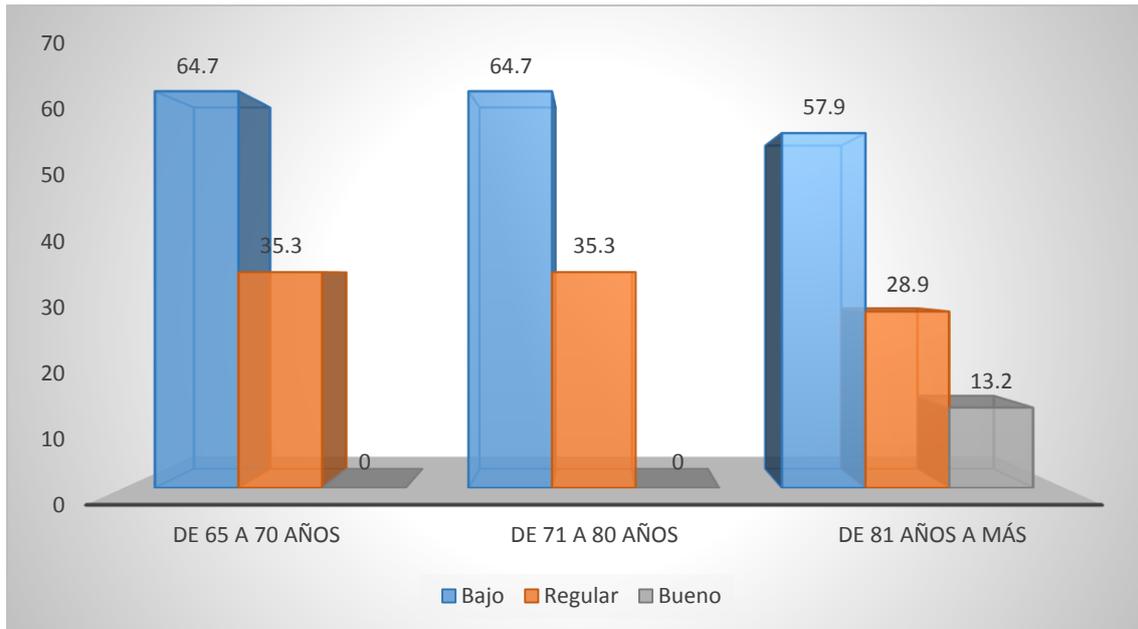


TABLA N° 7
RELACIÓN ENTRE SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS
DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN
SALAS TEJADA – ESSALUD

Sexo	Nivel de Conocimientos						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	40	58.0	27	39.1	2	2.9	69	100.0
Femenino	92	64.3	43	30.1	8	5.6	143	100.0
Total	132	62.3	70	33.0	10	4.7	212	100.0

Fuente: Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

El sexo de los adultos mayores que fueron incluidos en la presente investigación se relacionó con su nivel de conocimientos sobre cuidados de salud oral, los resultados obtenidos se muestran en la tabla N° 7.

Como se puede apreciar, los adultos mayores del sexo masculino, en su mayoría (58.0%), obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, situación similar se aprecia en las mujeres, donde también en su mayoría (64.3%) tienen bajos niveles de conocimiento. En ambos sexos, un porcentaje mínimo llegó a tener niveles de conocimiento bueno (2.9% para los hombres y 5.6% para las mujeres).

GRÁFICO N° 7

RELACIÓN ENTRE SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD

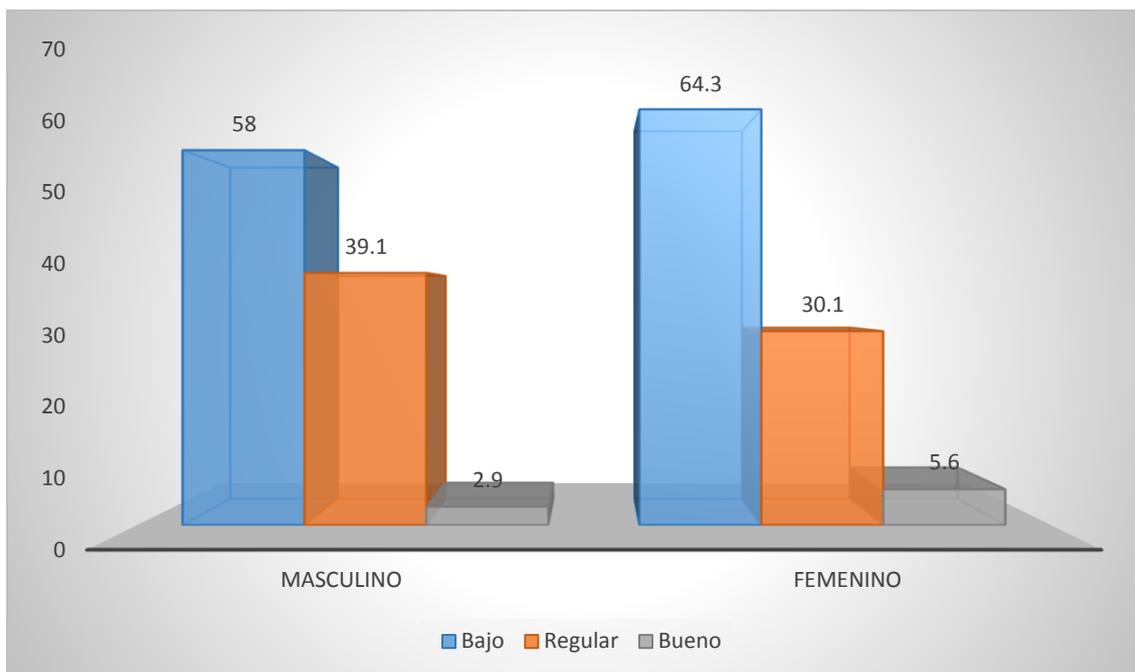


TABLA N° 8
RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS
MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD

Grado de Instrucción	Nivel de Conocimientos						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Primaria	65	65.0	31	31.0	4	4.0	100	100.0
Secundaria	65	61.9	34	32.4	6	5.7	105	100.0
Técnico	2	28.6	5	71.4	0	0.0	7	100.0
Total	132	62.3	70	33.0	10	4.7	212	100.0

Fuente: Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 8 mostramos la relación llevada a cabo entre el grado de instrucción de los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada y su nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral.

Tal como se evidencia de los resultados obtenidos, los adultos mayores que contaban o con un nivel de instrucción primaria o secundaria, en su mayoría (65.0% y 61.9% respectivamente) sus conocimientos se ubicaron en un nivel bajo. Ahora bien, en el caso de aquellos cuyo grado de escolaridad fue técnico, en su mayoría (71.4%) los niveles de conocimiento observados llegaron a estar en un nivel regular.

GRÁFICO N° 8

RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD

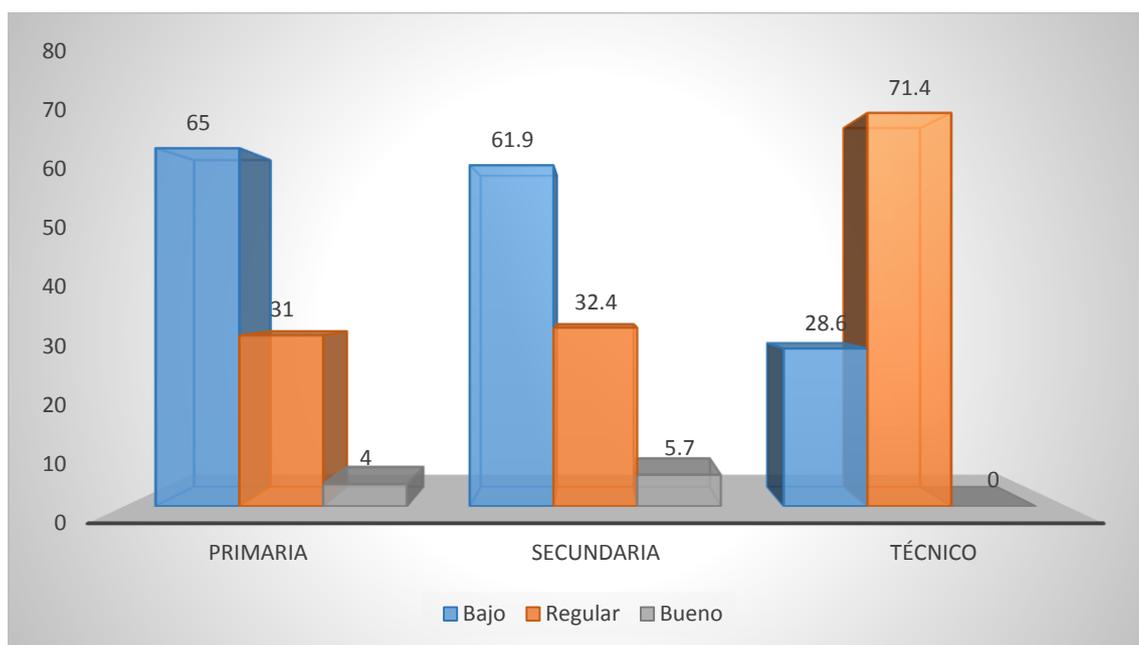


TABLA N° 9
RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III
MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD

Estado Civil	Nivel de Conocimientos						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltero	4	44.4	5	55.6	0	0.0	9	100.0
Casado	81	64.3	43	34.1	2	1.6	126	100.0
Conviviente	14	77.8	2	11.1	2	11.1	18	100.0
Divorciado	5	71.4	2	28.6	0	0.0	7	100.0
Viudo	28	53.8	18	34.6	6	11.5	52	100.0
Total	132	62.3	70	33.0	10	4.7	212	100.0

Fuente: Matriz de datos.

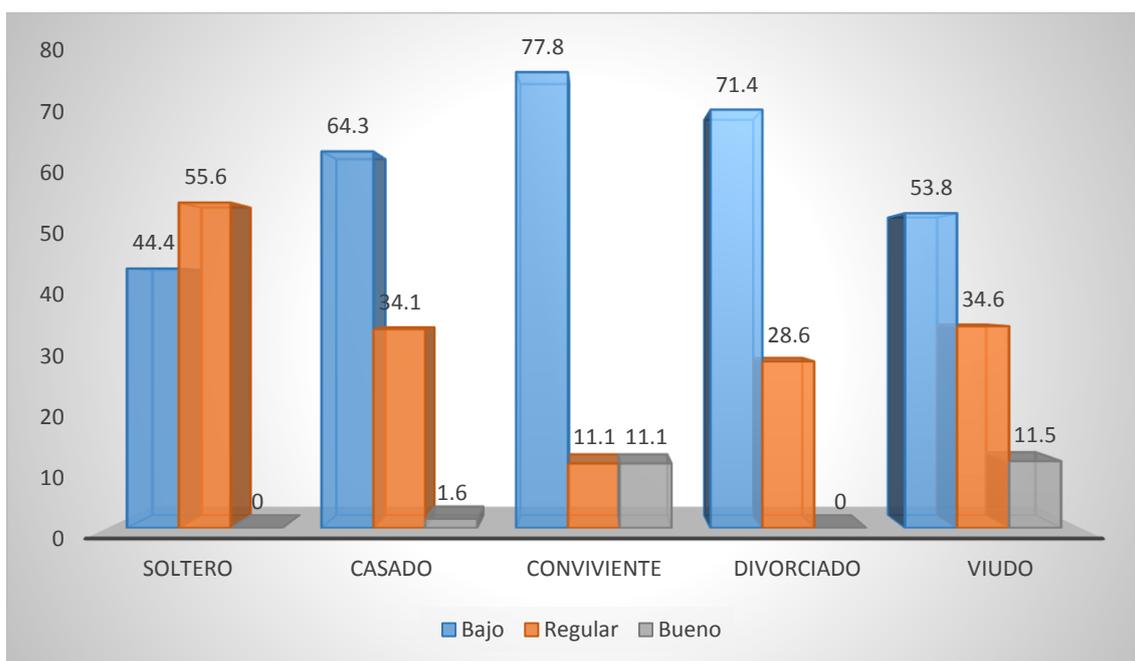
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla relacionamos el estado civil de los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada con sus niveles de conocimiento sobre cuidados de la salud oral.

En el caso de los adultos mayores con un estado civil de casado, conviviente, divorciado y viudo (64.3%, 77.8%, 71.4% y 53.8% respectivamente) en su mayoría evidenciaron tener un nivel de conocimiento bajo. Respecto a los adultos mayores que eran solteros, en su mayoría (55.6%), sus conocimientos llegaron a un nivel regular.

GRÁFICO N° 9

**RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP III
MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD**



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL:

TABLA N° 10

PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD CON SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL

NIVEL CONOCIMIENTOS	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
EDAD	18.853	4	0.001 (P < 0.05)
SEXO	2.177	2	0.337 (P ≥ 0.05)
GRADO DE INSTRUCCIÓN	5.323	4	0.256 (P ≥ 0.05)
ESTADO CIVIL	11.856	8	0.184 (P ≥ 0.05)

En la relación llevada a cabo entre la edad (Tabla N° 6), sexo (Tabla N° 7), grado de instrucción (Tabla N° 8) y estado civil (Tabla N° 9) con el nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral que tenían los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si hay o no relación significativa entre la variable principal de naturaleza cualitativa (conocimiento) y las secundarias, también cualitativas (edad, sexo, grado de instrucción y estado civil), motivo de estudio.

Como se aprecia de los resultados obtenidos, tanto el sexo como el grado de instrucción y estado civil de los adultos mayores no tuvieron relación

estadísticamente significativa con sus niveles de conocimiento que manifestaron tener sobre cuidados de la salud oral.

Ahora bien, hemos establecido que las diferencias encontradas del conocimiento respecto a la edad de los adultos mayores fueron estadísticamente significativas, por tanto, existe relación entre estas variables, siendo los adultos mayores que tenían mayor edad los que tuvieron un mejor nivel de conocimiento sobre cuidados de su salud oral.

5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS:

Hipótesis Principal:

Es probable que el nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral en los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud sea bajo.

Conclusión:

De acuerdo con los resultados obtenidos (Tabla N° 5), procedemos a aceptar la hipótesis principal, puesto que la mayoría de los adultos mayores tuvieron un nivel de conocimiento bajo (62.3%).

Hipótesis Derivadas:

Primera:

Es probable que la edad de los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada tenga relación con su nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la investigación (Tabla N° 10), procedemos a aceptar la primera hipótesis derivada, pues hemos encontrado que el conocimiento es mejor en aquellos adultos que tienen mayor edad.

Segunda:

Es probable que los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud del sexo femenino tengan un mejor conocimiento sobre cuidado de la salud oral que los del masculino.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en nuestra investigación (Tabla N° 10), procedemos a rechazar la segunda hipótesis derivada, pues se ha demostrado que el sexo de los adultos mayores no tiene relación con su nivel de conocimiento sobre cuidados de la salud oral.

Tercera:

Es probable que los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de niveles educativos superiores tengan un mejor conocimiento sobre cuidados de la salud oral.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación (Tabla N° 10), procedemos a rechazar la tercera hipótesis derivada, pues no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción de los adultos mayores y su nivel de conocimiento sobre cuidados de la salud oral.

Cuarta:

Es probable que el estado civil de los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada tenga relación con su nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 10), procedemos a rechazar la cuarta hipótesis derivada, dado que el estado civil de los adultos mayores no evidenció tener relación estadísticamente significativa con sus niveles de conocimiento sobre cuidados de la salud oral.

5.4 DISCUSIÓN:

La salud oral es la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, enfermedades periodontales, caries dental, entre otros. En el presente estudio se realizaron encuestas a los pacientes que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud en el periodo de abril y junio del 2018.

Según nuestros resultados el mayor porcentaje de nuestros pacientes eran del sexo femenino con 67.5%, resultados similares se observan en el estudio de la Dra. María González (8) quien encontró una mayor frecuencia de mujeres con 71,2%, también en el trabajo de la Dra. Gemma Lauzardo (13) con 51.1% teniendo mayor prevalencia el sexo femenino y la Dra. Rosa María (12) donde el 71,2% de sus unidades de estudio eran del sexo femenino.

Así mismo, hemos encontrado que el mayor porcentaje de los adultos mayores (40.1%) estaban entre los 71 a 80 años, en tanto que los resultados del estudio de la Dra. Rosa María (12) evidenciaron que el grupo etario entre los 70 a 79 años es el más frecuente con 52,4%.

Según el grado de instrucción, el mayor porcentaje de nuestros adultos mayores (49.5%) tuvieron un nivel educativo secundario, resultados similares se aprecian en el trabajo de la Dra. Rosa María (12) donde el 29,7% de sus pacientes tenía nivel de secundaria básica terminada, siendo este el mayor porcentaje.

Respecto al nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre cuidados de la salud oral, en nuestra investigación, se establece que la mayoría de ellos (62.3%) su nivel de conocimiento fue bajo, resultados similares se observan en el trabajo de la Dra. Ana María (11) donde el 51.7% de adultos mayores tenían niveles bajos, Dra. Gemma Lauzardo (13) evidenció que el 86.7% de adultos mayores tuvo un conocimiento bajo y la Dra. Rosa María (12) encontró que en el 76.3% de sus adultos mayores su nivel de conocimiento fue bajo.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : El nivel de conocimiento de los adultos mayores que asisten al CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud sobre cuidados de la salud oral fue baja
- SEGUNDA** : Hemos encontrado que la edad de los adultos mayores tiene relación estadísticamente significativa con su nivel de conocimientos sobre cuidados de la salud oral, siendo mejor en aquellos adultos que ostentaron mayores edades.
- TERCERA** : El sexo de los adultos mayores no mostró tener ninguna relación estadísticamente significativa con sus niveles de conocimiento que mostraron sobre cuidados de su salud oral.
- CUARTA** : Respecto al grado de instrucción de los adultos mayores motivo de investigación, no se evidenció que tenga relación estadísticamente significativa con sus niveles de conocimiento sobre cuidados de la salud oral.
- QUINTA** : Finalmente, la variable estado civil de los adultos mayores no demostró tener ninguna relación estadísticamente significativa con sus niveles de conocimiento sobre cuidados de la salud oral.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Incentivar las actividades preventivas en las comunidades para que los beneficios obtenidos sean considerables; por lo tanto sugerimos que los encargados del CAP III Melitón Salas Tejada de EsSalud organicen programas con actividades de carácter preventivo para los adultos mayores asegurados que asisten a sus instalaciones.
- SEGUNDA** : Se recomienda que los adultos mayores, en la medida de lo posible, se realicen revisiones odontológicas periódicas, lo que reduciría significativamente los problemas bucodentales reflejándose esto en una adecuada salud oral.
- TERCERA** : Se sugiere que los centros de salud, instituciones educativas y universitarias, clubes de madres y del adulto mayor concienticen a las personas, a través de campañas de salud, sobre los efectos dañinos que provoca el consumo de tabaco y alcohol.

FUENTES DE INFORMACION

1. De la Fuente, J., Sifuentes, M. C., & Nieto, M. E. (2014). Promoción y Educación para la Salud en Odontología. México D.F: Manual Moderno.
2. Mariño R, Hopcraft M, Ghanim A, Tham R, Khew CW, Stevenson C. Oral health-related knowledge, attitudes and self-efficacy of Australian rural older adults. *Gerodontology*. 2015 Jul 15. doi: 10.1111/ger.12202. [Epub ahead of print]
3. Fuente-Hernández Jdl, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela MC Z-AA. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica*.. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>
4. Harris, N., & García, F. (2005). *Odontología Preventiva Primaria* (Quinta ed.). México: Manual Moderno.
5. Uysal S, Alev F, Yamalik N, Etikan I. Unmet Need for Education by Professionals and Inconsistency in Knowledge and Behavior of Dental Patients. *NY State Dent J*. 2010; 76 (3): 16-21.
6. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K RMK. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2012;59–16. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169624100003>.
7. García, C., & González, A. (2000). *Tratado de Pediatría Social*. Madrid España: Díaz de Santos. S.A.

8. González Ramos Rosa María, Daisy Elena Madrazo Ordaz, Maritza Osorio Núñez. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. Facultad de Estomatología de La Habana. durante el periodo de 2008-2010. La Habana, Cuba.
9. Cardentey García Juan. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. en el período octubre de 2009 hasta julio de 2010 Clínica Ormani Arenado
10. Mendoza Fernández Mirna. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Por un periodo de septiembre del 2010 a septiembre del 2011. Policlínico universitario "Turcios Lima" de Pinar del Río.
11. Rivadeneira Obregón Ana María, Lidia Ester Nazco Barrios. Nivel de conocimiento sobre salud buco-dental. Consultorio 1ero de marzo. Febrero- octubre 2009.
12. González Ramos Rosa María. Conocimientos sobre factores de riesgo de salud bucal en adultos mayores de círculos de abuelos. durante el período de 2008-2010. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología
13. García del Prado Gemma Lauzardo, Marielena Gutiérrez Hernández. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao. 19 de Marzo en el 2007. Venezuela.
14. Tafur Paredes, Cinthia, Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos-2017.

15. Casals E. Campaña mes de la Salud Bucal. Barcelona: Universidad de Barcelona, Odontología Preventiva y Comunitaria.; 2013.
16. Internacional FD. El desafío de la Enfermedades Bucodentales. Segunda edición ed. Brighton R, editor.: copyright © Myriad Editions; 2015.
17. MINSALUD. ABECÉ Sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, Subdirección de Enfermedades no Transmisibles; 2014.
18. Bogotá AMd. Higiene Oral. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud; 2010 Diciembre.
19. OPS. Salud del Niño y del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud; 2011. Disponible en: <http://www.luventicus.org/articulos/02R014/index.html>
20. Guada N. La salud bucal como un derecho humano. ANUARIO. 2011; 36(1): 1316- 5852.
21. Organización Mundial de la Salud. "Oral health country/area profile programme. Significant caries index", <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>
22. Ministerio de Salud. 2009. Ayuda memoria del comité Técnico permanente y Comité Consultivo de Salud Bucal. Ubicado en http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/sbucal/am_comite.asp
23. Colomer R. C., Álvarez & Dardet D. C. (2006), Promoción de la salud y cambio social. (1ra reimpresión) Ed. Elsevier-Masson.

24. Molina G. Orientaciones de la salubridad. Teoría y práctica de la Unidad Sanitaria de Antofagasta. Rev Chilena de Higiene y Medicina Preventiva. 1945; 7(4):251-307. Recibido para publicación en agosto de 1943. Reproducido en: Cuad Med Soc (Chile). 2005; 45: 62 8.
25. Armfield et al. "The child dental health survey, Australia 1999: Trends across the 1990`s", AIHW 2003
26. Tabares I. La educación como motor del desarrollo. Luventicus. 2002. Argentina. Disponible en: <http://www.luventicus.org/articulos/02R014/index.html>
27. Dueñas J. Educación para la salud. Rev Cub Ed Med Sup. 1999; 13(1):928.
28. Rodríguez A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997; 34 (1): 28-39.
29. Añé B, Seguí O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Rev Cubana Estomatol. 1987;24 (1):59-66.
30. Chamorro Y. Educación para la Salud en las organizaciones escolares. Educación. 2010; 19(36): 1019-9403.
31. Bosch, R., Rubio, A., & García, H. (2012). Conocimiento sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avances en Odontoestomatología, 28(1). Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v28n1/original2.pdf>

32. Bolaños, M. (2005). Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de cuarto grado. . clínica estomatológica centro Ciego Ávila.
33. Mazariegos, M., Vera, H., Sanz, C., & Stanford, A. (2003). Contenidos educativos en salud bucal. Centro Nacional de vigilancia Epidemiológica y control de enfermedades.
34. Toledo K. Conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el hospital Luis Negreiros Vega de Lima. Tesis Bachiller UAP Lima 2013.
35. MINSA. Situación de la salud Bucal en el Perú. Lima: Ministerio de Salud, Estrategia sanitaria Nacional de salud Bucal; 2013.
36. Gonzaga, H. Buso, L. Intrauterine Dentistry: An integrated Model of Prevention. Brazilian Dental Journal. 12(2):139-142. 2001
37. Magnusson, Bengt. Odontología Preventiva. Savat editores. Reimpresión 1987
38. Benites M. Nivel de conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus futuros hijos en el Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia Toluca, Estado de México, Noviembre de 2014
39. Campos L, Rabaldo E, Bez J, Garcia E, Eger BH. Conhecimento da mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). Rev Sul-Bras Odontol. 2010; 7(3):287-95.

40. Calatrava L. 2002. Crecimiento científico contemporáneo, escenario epidemiológico actual de las enfermedades bucales y currículo odontológico. Acta Odontológica Venezolana. 40: 100-108.
41. CORRÊA , M.S.N.P.; VIERIA, R.S.; BOSCO, V.L. – Conversando com a familia: o que os odontopediatras e cirurgioes – dentistas precisam saber. In: CORRÊA , M.S.N.P. – Sucesso no atendimento odontopediatricos. São Paulo: Ed Santos, 2002. P. 601 – 607.
42. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 2000. La salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General
43. Gutiérrez Robledo. Vejez [internet] [citado 2017 febrero 18] URL disponible en: <http://inger.gob.mx/bibliotecageriatrica/acervo/pdf/mexylarevolucion.pdf>
44. Mendoza N. y Martínez Maldonado. Envejecer [internet] [citado 2017 febrero 18]. URL disponible en: http://inger.gob.mx/bibliotecageriatrica/acervo/pdf/envejecimiento_y_salud_18_modelos.pdf
45. Organización de Naciones Unidas, Reunión sobre envejecimiento, Kiev, urss, onu, 1979
46. Reporte mundial de salud, ¿Qué es edad prospectiva? [internet] [citado 2017 febrero 20] URL disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_chap1_fig05_es.pdf

47. Davis BK. Dental aesthetics and the aging patient. *Facial Plast Surg.* 2006;22:154- 60.
48. Ribeiro de Castro MC, Ramos-e-Silva M Physiologic alterations of oral mucosa due to aging: a review. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2005;13:184-8.
49. Glassman P. New models for improving oral health for people with special needs. *J Calif Dent Assoc.* 2005;33:625-33
50. Diaz-Arnold AM, Marek CA. The impact of saliva on patient care: A literature review. *J Prosth Dent.* 2002;88:337-43.
51. Beer KT. Campaign against radio-xerostomia. *Ther Umsch.* 1998;55:453-55.
52. De Rossi SS, Slaughter YA. Oral changes in older patients: a clinician's guide. *Quintessence Int.* 2007;38:773-80.
53. Oginni AO, Oginni FO, Adekoya-Sofowora CA. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in Nigerian adult patients with and without occlusal tooth wear. *Community Dent Health.* 2007;24:156-60.
54. Hirshberg A., Calderon S., Kaplan I. Update review on prevention and early diagnosis in oral cancer Refuat Hapeh Vehashinayim. *Review Hebrew.* 2002;19:38-48, 89.
55. González Franco LM, Escobar Restrepo GD, Turizoa Rovira AP, Vélez Ceballos M, Cardona Gill D. Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores. *Rev Nac Odontol –*

Availa le fro w ucc edu co revistanacionaldeodontologia articulo- -
vol -n pdf

56. Sánchez-García, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. State of dentition and its impact on the capacity of elders to perform daily activities. *Salud Pública Mex* 2007;49:173- 181.
57. Esquivel R, Jiménez J, González-Celis AL, Gazano A. Efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *Revista adm* 2006;63(2): 62-68.
58. San Martín C, Villanueva J, Labraña G. Revisión Bibliográfica Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor (Parte II) Resumen Introducción. *Revista Dental de Chile*. 2002;93(3):23–6.
59. Measuring Oral Health and Quality of life. Available from: <http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuringoral-health-and-quality-of-life.pdf>
60. Fuente-Hernández Jdl, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela MC Z-AA. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica*. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>

ANEXOS

Anexo N° 1

Carta de presentación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Arequipa, 05 de abril del 2018

Doctor

Jefe de la Oficina de Capacitación
ESSALUD CAP III Melitón Salas Tejada
Presente.-

ASUNTO: Solicito ingreso con fines investigativos

De mi mayor consideración:

Reciba usted el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hago de su conocimiento que el Sr. **CALDERÓN PODESTÁ ROLANDO JESÚS**, identificada con DNI 46562330, egresada y para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación titulada: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADO DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DE MELITON SALAS SOCABAYA-AREQUIPA 2018. Por este motivo es que, SOLICITO a su digno despacho permitirle el ingreso a las instalaciones de la institución que dignamente representa, para la recolección de datos y muestras por un período de 30 días, a partir del 09 de Abril al 09 de Mayo del año 2018.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde a la presente, es propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi más alta consideración.

Atentamente,


Dra. Karina Flores Sánchez
C.M.P. 52415 - R.N.E. 15290
PEDIATRA
CAP. III Melitón Salas Tejada



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
MG. HUBER SALINAS PINTO
COORDINADOR ACADÉMICO
Escuela Profesional de Estomatología

Anexo N° 2

Constancia desarrollo de la investigación

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACION – 2018

Karina Flores Sánchez; Jefa de la Oficina De Capacitación Interna del CAP III
MELITON SALAS TEJADA.

HACE CONSTAR:

Que el señor: **Rolando Jesús Calderón Podestá**.- BACHILLER DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, con DNI N°
46562330, ha ejecutado su PROYECTO DE INVESTIGACION titulado: **“NIVEL
DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS
MAYORES. CAP III MELITÓN SALAS TEJADA – ESSALUD SOCABAYA.
AREQUIPA, 2018.”** desde el mes de Abril – Mayo, del presente año 2018.

Habiendo desarrollado en forma satisfactoria durante el tiempo
programado, siendo así como consta según el presente informe.

Se expide la presente a solicitud escrita de parte del interesado,
para los fines necesarios.

Arequipa, 09 de mayo del 2018


.....
Dra. Karina Flores Sánchez
C.M.P. 32115 - R.N.E. 15290
PEDIATRA
CAP. III Melitón Salas Tejada


Anexo N° 3

Instrumento de recolección de datos

ENCUESTA

EDAD: años **SEXO:** Masculino () Femenino ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

ESTADO CIVIL:

Analfabeto ()

Soltero ()

Primaria ()

Casado ()

Secundaria ()

Conviviente ()

Técnico ()

Divorciado ()

Superior ()

Viudo ()

1.- ¿Qué es la caries dental?

- a. No es una enfermedad contagiosa
- b. Es una enfermedad causada por bacterias y consumo de azúcares.
- c. Es una enfermedad causada por tener diabetes y consumo de azucares
- d. Es una enfermedad causada por problemas del corazón

2.- ¿La caries es una enfermedad infecciosa?

- a. Verdadero
- b. falso

3.- ¿La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra)?

- a. Verdadero
- b. falso

4.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por:

- a. Compartir utensilios
- b. Compartir cepillos dentales
- c. Besos en la boca
- d. Todas las anteriores

5.-¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a. Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes
- b. Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes
- c. Es el sarro que se forma en los dientes
- d. Es una masa que solo se encuentra en los dientes cariados

6.- ¿Cada cuánto tiempo se visita al odontólogo?,:

- a. cada 6 meses
- b. Cada 1 año
- c. Cada 2 años
- d. Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para evitar enfermedades dentales?

- a. El flúor
- b. Higiene bucal
- c. No Consumo de azúcares
- d. Todas las anteriores

8.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

- a. Carnes rojas y blancas
- b. Yogurt, leche y derivados
- c. Frutas y vegetales
- d. Harinas y menestras

9.- ¿Cuántas veces al día y en qué momento debe cepillarse los dientes?

- a. 1 vez al día después de comer
- b. 2 veces al día antes de comer
- c. 3 veces al día después de comer
- d. Si no tengo dientes, no es necesario que me cepille los dientes.

10.- El cepillado más importante de todo el día es:

- a. En la mañana
- b. Después de almuerzo
- c. Antes de acostarse
- d. Antes de almuerzo

11.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a. Cada 3 meses
- b. Cada 8 meses
- c. Al año
- d. Nunca

12 -¿Una persona con pocos dientes o ninguno y no tiene prótesis puede comer cualquier tipo de alimento?

- a. Si
- b. No

13- ¿Si no tiene ningún diente debe realizar higiene bucal?

- a. Si
- b. No

14.- El adulto mayor puede presentar los siguientes síntomas:

- a. Boca seca
- b. Menor cantidad de saliva
- c. Disminución del sentido del gusto
- d. Ninguna es correcta.
- e. Todas son correctas

PUNTAJE:

Pregunta N° 1:	1 punto			
Pregunta N° 2:	1 punto			
Pregunta N° 3:	1 punto			
Pregunta N° 4:	3 punto	Rpta a =01pts	Rpta b = 1pts	Rpta c = 1 pts
Pregunta N° 5:	2 punto	Rpta b =01pts	Rpta c = 1pts	
Pregunta N° 6:	2 punto	Rpta a =01pts	Rpta b = 1pts	
Pregunta N° 7:	3 punto	Rpta a =01pts	Rpta b = 1pts	Rpta c = 1 pts
Pregunta N° 8:	1 punto			
Pregunta N° 9:	1 punto			
Pregunta N° 10:	1 punto			
Pregunta N° 11:	1 punto			
Pregunta N° 12:	1 punto			

Pregunta N° 13: 1 punto

Pregunta N° 14: 3 punto Rpta a =01pts Rpta b = 1pts Rpta c = 1 pts

Anexo 4

Matriz de datos

	EDAD	EDAD	SEXO	GRADO INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	CONOCIMIENTO	NIVEL CONOCIMIENTO
1	72	De 71 a 80 años	Femenino	Técnico	Soltero	9	Bajo
2	81	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Viudo	9	Bajo
3	66	De 65 a 70 años	Masculino	Secundaria	Conviviente	8	Bajo
4	80	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	11	Regular
5	80	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Viudo	12	Regular
6	70	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Conviviente	8	Bajo
7	87	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	7	Bajo
8	79	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	8	Bajo
9	81	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	16	Bueno
10	83	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Casado	10	Bajo
11	69	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
12	84	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	14	Bueno
13	66	De 65 a 70 años	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
14	72	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	10	Bajo
15	80	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Viudo	13	Regular
16	72	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	8	Bajo
17	86	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Conviviente	15	Bueno
18	67	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	11	Regular
19	82	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Viudo	14	Bueno
20	67	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
21	89	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	11	Regular
22	75	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	10	Bajo
23	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	9	Bajo
24	70	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	12	Regular
25	85	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Viudo	10	Bajo
26	83	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
27	77	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Viudo	10	Bajo
28	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Conviviente	7	Bajo
29	87	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	12	Regular
30	89	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Casado	9	Bajo
31	89	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	11	Regular
32	78	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	11	Regular
33	91	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	13	Regular

34	85	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Divorciado	12	Regular
35	81	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Conviviente	11	Regular
36	67	De 65 a 70 años	Masculino	Primaria	Casado	11	Regular
37	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	7	Bajo
38	67	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
39	65	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	13	Regular
40	88	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Casado	9	Bajo
41	86	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Conviviente	9	Bajo
42	70	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Viudo	12	Regular
43	73	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
44	76	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	8	Bajo
45	65	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Conviviente	9	Bajo
46	82	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Viudo	8	Bajo
47	79	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
48	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	9	Bajo
49	87	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	11	Regular
50	81	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Casado	8	Bajo
51	74	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	6	Bajo
52	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	10	Bajo
53	72	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Divorciado	10	Bajo
54	79	De 71 a 80 años	Masculino	Primaria	Casado	11	Regular
55	65	De 65 a 70 años	Masculino	Secundaria	Casado	9	Bajo
56	79	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
57	68	De 65 a 70 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
58	79	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Conviviente	10	Bajo
59	78	De 71 a 80 años	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
60	72	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
61	77	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
62	89	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	12	Regular
63	77	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	12	Regular
64	83	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Casado	9	Bajo
65	75	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	11	Regular
66	78	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	7	Bajo
67	66	De 65 a 70 años	Femenino	Técnico	Soltero	13	Regular
68	74	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
69	76	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
70	73	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
71	68	De 65 a 70 años	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
72	82	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Casado	14	Bueno
73	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Divorciado	10	Bajo
74	81	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Casado	13	Regular
75	89	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	9	Bajo
76	78	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	10	Bajo

77	87	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	12	Regular
78	79	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	13	Regular
79	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Viudo	7	Bajo
80	77	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Viudo	10	Bajo
81	71	De 71 a 80 años	Femenino	Técnico	Viudo	11	Regular
82	75	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	12	Regular
83	69	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Soltero	12	Regular
84	86	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Viudo	7	Bajo
85	82	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Casado	10	Bajo
86	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	7	Bajo
87	75	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Viudo	10	Bajo
88	73	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Soltero	9	Bajo
89	86	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
90	67	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	10	Bajo
91	75	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Viudo	8	Bajo
92	81	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	10	Bajo
93	69	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	10	Bajo
94	72	De 71 a 80 años	Femenino	Técnico	Soltero	9	Bajo
95	81	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Viudo	9	Bajo
96	66	De 65 a 70 años	Masculino	Secundaria	Conviviente	8	Bajo
97	80	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	11	Regular
98	80	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Viudo	12	Regular
99	70	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Conviviente	8	Bajo
100	87	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	7	Bajo
101	79	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	8	Bajo
102	81	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	16	Bueno
103	83	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Casado	10	Bajo
104	69	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
105	84	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	14	Bueno
106	66	De 65 a 70 años	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
107	72	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	10	Bajo
108	80	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Viudo	13	Regular
109	72	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	8	Bajo
110	86	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Conviviente	15	Bueno
111	67	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	11	Regular
112	82	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Viudo	14	Bueno
113	67	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
114	89	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	11	Regular
115	75	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	10	Bajo
116	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	9	Bajo
117	70	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	12	Regular
118	85	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Viudo	10	Bajo
119	83	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo

120	77	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Viudo	10	Bajo
121	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Conviviente	7	Bajo
122	87	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	12	Regular
123	89	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Casado	9	Bajo
124	89	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	11	Regular
125	78	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	11	Regular
126	91	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	13	Regular
127	85	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Divorciado	12	Regular
128	81	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Conviviente	11	Regular
129	67	De 65 a 70 años	Masculino	Primaria	Casado	11	Regular
130	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	7	Bajo
131	67	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
132	65	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	13	Regular
133	88	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Casado	9	Bajo
134	86	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Conviviente	9	Bajo
135	70	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Viudo	12	Regular
136	73	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
137	76	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	8	Bajo
138	65	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Conviviente	9	Bajo
139	82	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Viudo	8	Bajo
140	79	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
141	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	9	Bajo
142	87	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	11	Regular
143	81	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Casado	8	Bajo
144	74	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	6	Bajo
145	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	10	Bajo
146	72	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Divorciado	10	Bajo
147	79	De 71 a 80 años	Masculino	Primaria	Casado	11	Regular
148	65	De 65 a 70 años	Masculino	Secundaria	Casado	9	Bajo
149	79	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
150	68	De 65 a 70 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
151	79	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Conviviente	10	Bajo
152	78	De 71 a 80 años	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
153	72	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
154	77	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
155	89	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	12	Regular
156	77	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	12	Regular
157	83	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Casado	9	Bajo
158	75	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	11	Regular
159	78	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	7	Bajo
160	66	De 65 a 70 años	Femenino	Técnico	Soltero	13	Regular
161	74	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
162	76	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo

163	73	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
164	68	De 65 a 70 años	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
165	82	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Casado	14	Bueno
166	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Divorciado	10	Bajo
167	81	De 81 años a más	Femenino	Secundaria	Casado	13	Regular
168	89	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	9	Bajo
169	78	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	10	Bajo
170	87	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	12	Regular
171	79	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	13	Regular
172	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Viudo	7	Bajo
173	77	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Viudo	10	Bajo
174	71	De 71 a 80 años	Femenino	Técnico	Viudo	11	Regular
175	75	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	12	Regular
176	69	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Soltero	12	Regular
177	86	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Viudo	7	Bajo
178	82	De 81 años a más	Masculino	Secundaria	Casado	10	Bajo
179	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	7	Bajo
180	75	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Viudo	10	Bajo
181	73	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Soltero	9	Bajo
182	86	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
183	67	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Casado	10	Bajo
184	75	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Viudo	8	Bajo
185	81	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	10	Bajo
186	69	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	10	Bajo
187	76	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	8	Bajo
188	65	De 65 a 70 años	Femenino	Secundaria	Conviviente	9	Bajo
189	82	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Viudo	8	Bajo
190	79	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
191	82	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Viudo	9	Bajo
192	87	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	11	Regular
193	81	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Casado	8	Bajo
194	74	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	6	Bajo
195	68	De 65 a 70 años	Femenino	Primaria	Casado	10	Bajo
196	72	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Divorciado	10	Bajo
197	79	De 71 a 80 años	Masculino	Primaria	Casado	11	Regular
198	65	De 65 a 70 años	Masculino	Secundaria	Casado	9	Bajo
199	79	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
200	68	De 65 a 70 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
201	79	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Conviviente	10	Bajo
202	78	De 71 a 80 años	Masculino	Primaria	Casado	8	Bajo
203	72	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
204	77	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo
205	89	De 81 años a más	Masculino	Primaria	Casado	12	Regular

206	77	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	12	Regular
207	83	De 81 años a más	Femenino	Primaria	Casado	9	Bajo
208	75	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	11	Regular
209	78	De 71 a 80 años	Femenino	Primaria	Casado	7	Bajo
210	66	De 65 a 70 años	Femenino	Técnico	Soltero	13	Regular
211	74	De 71 a 80 años	Masculino	Secundaria	Casado	12	Regular
212	76	De 71 a 80 años	Femenino	Secundaria	Casado	9	Bajo

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

Sacca Uday Xavier
Universidad Alas Peruanas
Cuestionario

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE							MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE												
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100												
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																		X							
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos																		X							
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.																				X					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																					X				
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																						X			
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.																						X			
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.																							X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los items.																								X	

Anexo 6

Fotografías





