



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

TESIS

**SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA ORAL EN ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA INTEGRAL DEL
ADULTO II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEDE LIMA 2016 - I**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: CESAR ENRIQUE SAN MIGUEL GALLARDO

ASESORA:

C.D CLAUDIA CECILIA RUÍZ PANDURO

Lima – Perú

2017

A mis padres, familiares y docentes de pregrado que ayudaron a mi formación profesional, también a dios por brindarme la salud y buenas decisiones en esta etapa profesional.

Agradecimiento:

A mis asesores, docentes y parte administrativa de la universidad Alas Peruanas que me brindaron sus instalaciones para la realización de esta tesis.

RESUMEN

El objetivo fue analizar en qué medida la salud bucal de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede lima 2016-I, se relacionan con su calidad de vida oral; durante el periodo de mayo a julio del 2016.

Es un estudio descriptivo-explicativo, de corte transversal en una muestra constituida por un total de 169 pacientes entre 55 a 75 años, atendido durante el periodo académico de mayo a julio correspondiente al año 2016. Se evaluó historia de caries y estado periodontal. La percepción de calidad de vida se midió con el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI).

Se encontró que la calidad de vida guarda relación con la salud bucal en adultos mayores. La autoevaluación puede variar de acuerdo con el sexo, nivel de escolaridad, hábitos higiénicos y de alimentación. Así mismo se ha encontrado una correlación negativa estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre el GOHAI y el índice CAOD ($r = -0,279$); como también una correlación significativamente estadística positiva ($p < 0,01$) entre el índice GOHAI y el componente caries dental del CAOD ($r = 0,214$). Igualmente, el componente ausente del CAOD, también presenta una correlación negativa significativa ($p < 0,01$) con el índice GOHAI ($r = -0,416$), así como la variable número de dientes sanos, con una correlación positiva estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con el índice GOHAI ($r = 0,279$); encontrando coincidencia con otros estudios realizados.

La calidad de vida oral percibida, obtenida mediante el uso del índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), indica un nivel de calidad de vida oral bajo, en la muestra de sujetos que acuden a la Clínica Estomatológica integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede lima 2016-I. Para medirla se

utilizó el perfil de impacto de salud bucal y el índice de valoración de salud oral geriátrica, siendo este último el que se utiliza con más frecuencia.

La conclusión es que los adultos mayores son un grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida y vulnerabilidad de su salud bucal. La autoevaluación de salud bucal es un indicador de calidad de vida en pacientes adultos mayores y el GOHAI ha demostrado ser un instrumento con alta sensibilidad a variables clínicas permitiendo detectar necesidades de atención con mayor facilidad.

Palabras clave: Adulto mayor, salud oral, calidad de vida oral.

ABSTRACT

To analyze the extent to which the oral health of the elderly served at the Adult Stomatology Clinic of Alas Peruanas University are related to their oral quality of life; During the period from May to July of 2016.

A descriptive-explanatory study with a cross-sectional study consisting of a total of 169 patients between the ages of 55 and 75, attended during the academic period from May to July corresponding to the year 2016. Caries history and periodontal status . The perception of quality of life was measured with the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI).

Quality of life was found to be related to oral health in the elderly. Self-assessment may vary according to sex, educational level, hygiene and eating habits. Likewise, a statistically significant negative correlation ($p < 0.01$) between the GOHAI and the CAOD index was found ($r = -0.279$); As well as a statistically significant ($p < 0.01$) positive correlation between the GOHAI index and the CAOD dental caries component ($r = 0.214$). Likewise, the missing component of the CAOD also has a significant negative correlation ($p < 0.01$) with the GOHAI index ($r = -0.416$), as well as the variable number of healthy teeth, with a statistically significant positive correlation ($p < 0.01$) with the GOHAI index ($r = 0.279$); Coinciding with other studies. The perceived oral quality of life, obtained through the use of the GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), indicates a low level of oral quality of life in the sample of subjects who attend the clinic of the UAP. To measure it, the oral health impact profile and the geriatric oral health assessment index were used, the latter being the most frequently used.

Older adults are a group of special interest for public health due to poor perception of their quality of life and vulnerability of their oral health. The oral health self-assessment is an indicator of quality of life in elderly patients and GOHAI has been shown to be an instrument with high sensitivity to clinical variables, allowing the detection of attention needs with greater ease.

Key words: Adult major, oral health, oral life quality.

ÍNDICE

PÁG.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRAFICOS

INTRODUCCIÓN

17

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

20

1.2 Formulación del problema

24

1.3 Objetivo de la investigación

25

1.4 Justificación de la investigación

26

1.4.1 Importancia de la investigación

27

1.4.2 Viabilidad de la investigación

27

1.5 Limitaciones del estudio

28

	PÁG.
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedente de la investigación	28
2.2 Bases teóricas	33
2.2.1 Salud bucal	33
2.2.1.1 Condiciones de la salud bucal	34
2.2.1.2 Condiciones funcionales	40
2.2.1.3 Condiciones psicosociales	47
2.2.2 Adulto mayor	50
2.2.2.1 Teorías explicativas sobre el envejecimiento	53
2.2.3 Calidad de vida oral	61
2.3 Definición de términos básicos	69
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	72
3.2 Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional	73
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	74
4.2 Diseño muestras, matriz de consistencia	74

	PÁG.
4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	75
4.4 Técnica de procesamiento de la información	76
4.5 Técnica estadística utilizada en el análisis de la información	76
4.6 Aspectos éticos contemplados	76
 CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSION	
5.1 Análisis descriptivo tablas y gráficos	77
5.2 Discusión	106
Conclusiones	118
Recomendaciones	120
Fuentes de información	121
 Anexos	
Anexo 1: Carta de presentación	
Anexo 2: Constancia de desarrollo	
Anexo 3: Matriz de consistencia	
Anexo 4: Ficha de recolección de datos	
Anexo 5: Fotografías	

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla N° 01. Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, según edad y sexo	77
Tabla N° 02. Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, del sexo según el nivel escolar.	79
Tabla N° 03. Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, de los hábitos de comportamiento nocivos como el consumo de tabaco según la edad y el sexo.	81
Tabla N° 04. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por los hábitos de comportamiento nocivos como el consumo de alcohol según la edad y el sexo.	84

Tabla N° 05. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por comportamientos habituales de higiene como Frecuencia de cepillado, según la edad y el sexo.	87
Tabla N° 06. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, con comportamientos habituales de higiene como Oportunidad de cepillado, según la edad y el sexo.	90
Tabla N° 07. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, en comparación de los hábitos de dieta como la frecuencia del consumo de azúcar según la edad y el sexo.	92
Tabla N° 08. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, de los hábitos de dieta como la frecuencia del consumo de alimentos según la edad y el sexo.	94

Tabla N° 09. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, dientes Cariado, Ausente y Obturado, CAOD y Dientes Sanos. Media y distribución según edad y sexo.	96
Tabla N°10. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por Autoevaluación y análisis de la media del índice GOHAI según la edad, el sexo y el nivel escolar.	98
Tabla N°11. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por la Autoevaluación de la condición bucal, según variables sociodemográficas, subjetivos y clínicas.	100

Tabla N°12. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, Variación de índice GOHAI según variables cualitativas.	103
Tabla N°13. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, Variación GOHAI vs variables cuantitativas. Correlación de Pearson, coeficientes entre GOHAI, y variables clínicas como CAOD y factores Cariado, Ausentes, Obturado Y N° de dientes sanos.	104

ÍNDICE DE GRAFICOS

	PÁG.
Grafico N° 01. Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, según edad y sexo.	78
Grafico N° 02. Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, del sexo según el nivel escolar.	80
Grafico N° 03. Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, de los hábitos de comportamiento nocivos como el consumo de tabaco según la edad y el sexo.	83
Grafico N° 04. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por los hábitos de comportamiento nocivos como el consumo de alcohol según la edad y el sexo.	86

	PAG.
Grafico N° 05. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por comportamientos habituales de higiene como Frecuencia de cepillado, según la edad y el sexo.	89
Grafico N° 06. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, con comportamientos habituales de higiene como Oportunidad de cepillado, según la edad y el sexo.	91
Grafico N° 07. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, en comparación de los hábitos de dieta como la frecuencia del consumo de azúcar según la edad y el sexo.	93
Grafico N° 08. Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, de los hábitos de dieta como la frecuencia del consumo de alimentos según la edad y el sexo.	95

INTRODUCCION

Para la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento es un fenómeno de la vida que el mundo moderno tiene que hacer frente. En números, se ha visto un aumento de la población adulta mayor del 5 al 7 % del total mundial en los últimos 60 años y se espera que crezca aún más para las décadas siguientes. Asociado a este incremento se han presentado cambios en la expectativa de vida al nacer, manteniendo las mujeres una expectativa superior alrededor de 6 años.¹

La decaída tasa de natalidad, la mejora en la calidad de vida, los mejores niveles de salud general, la mejora en las prestaciones de los servicios de salud, son algunas de las razones de las mejoras en la expectativa de vida y de que la población cada vez viva más y de forma adecuada. Sin embargo esta tendencia no es igual para todos los países y regiones del mundo, donde las diferentes razones socioeconómicas, geográficas y culturales hacen cambiar el panorama de salud bucodental.

Las enfermedades y manifestaciones de dolor en los mayores siempre se asociaban al envejecimiento, pero con la presencia de personas que demandan autonomía, salud, estética, relaciones sociales y deseos de vivir, dejando atrás una etapa de dependencia y depresión social, es necesario por parte de los profesionales de la salud oral asumir la responsabilidad de la atención bucodental, pero, no solo, respecto al tratamiento de la caries dental y una solución protésica, sino al manejo del individuo como ser integral, pensando en su bienestar físico, funcional y psicosocial.

Cuando no se tiene salud bucal, o cuando ésta se pierde, las funciones fundamentales descritas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo; la biológica y la psico-socio-afectiva. Es importante destacar el abandono al que se ve enfrentado el adulto mayor de nuestra época en su mismo hogar; en los centros hospitalarios, que no dan prioridad al paciente de manera integral, y con la salud pública que no planifica de manera universal ni equitativamente, donde las políticas están orientadas a la solución de otro tipo de problemas, dejando a este grupo de la población desprotegida.

El envejecimiento de las personas siempre está asociado a las enfermedades y manifestaciones de dolor, sin embargo son personas que demandan autonomía, salud, estética, relaciones sociales y deseos de vivir, dejando atrás una etapa de dependencia y depresión social, siendo necesario por parte de los profesionales de la salud oral asumir la responsabilidad de la atención bucodental, pero, no solo, respecto al tratamiento de la caries dental y una solución protésica, sino al manejo del individuo como ser integral, pensando en su bienestar físico, funcional y psicosocial, por lo que requiere del correcto funcionamiento del sistema estomatognático.

Encontramos que, el estado de la salud bucal en el adulto mayor, dependerá del resultado de los hábitos de higiene y cuidado bucal en el hogar de residencia de la persona, sea en el seno de su familia o en una institución geriátrica. Dependerá, también del grado de incapacidad física, de la presencia de enfermedades sistémicas asociadas, de la posibilidad de acceso a los servicios de salud en general, de las concepciones y valoración que se tenga de la salud oral.

La importancia numérica de este colectivo cobra importancia si se tiene en cuenta la inadecuada condición de la salud bucodental y las altas necesidades de tratamiento que se registra en los datos de estudios epidemiológicos realizados en nuestra sociedad.

Estudios realizados en sujetos de la tercera edad, revelan algunos datos transversales y descriptivos que desafortunadamente no ayudan demasiado a conocer en más profundidad el proceso de la enfermedad bucodental.

Este estudio ha tenido como objetivo, analizar en qué medida la salud bucal de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral; para ello se requiere en primera instancia observar, las condiciones de salud bucodental junto con las condiciones funcionales y, a la vez realizar una asociación con la percepción y autoevaluación que el individuo adulto mayor tenga de su propio estado de salud bucodental. Todo ello mediante la observación de la historia clínica y la aplicación de un cuestionario que facilitó recopilar y valorar los factores clínicos con elementos subjetivos y sociales.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La disminución de la tasa de natalidad, la mejora en la calidad de vida, los mejores niveles de salud general, la mejora en las prestaciones de los servicios de salud, son algunas de las causas de las mejoras en la expectativa de vida y de que la población cada vez viva más y de forma mejor. Sin embargo esta tendencia no es igual para todos los países y regiones del mundo, donde las diferentes razones socioeconómicas, geográficas y culturales hacen cambiar el panorama de salud bucodental. Para la OMS, el envejecimiento es un fenómeno de la vida que el mundo moderno tiene que afrontar. En términos numéricos, se ha visto un aumento de la población adulta mayor del 5 al 7 % del total mundial en los últimos 50 años y se espera que crezca aún más para las décadas siguientes. Asociado a este aumento se han presentado cambios en la expectativa de vida al nacer, conservando las mujeres una expectativa superior alrededor de 6 años.¹ El envejecimiento de las personas siempre está asociado a las enfermedades y manifestaciones de dolor, sin embargo demandan estética, relaciones sociales y deseos de vivir, dejando atrás una etapa de dependencia y depresión social, siendo necesario por parte de los profesionales de la salud oral asumir la responsabilidad de la atención bucodental, pero, no solo, respecto al tratamiento de la caries dental y una solución protésica, sino al manejo del individuo como ser integral, pensando en su bienestar físico, funcional y psicosocial, por lo que requiere del correcto funcionamiento del sistema estomatognático.² El sistema estomatognático, es responsable de la salud bucal, está compuesto por todos los elementos que se sitúan dentro de la

cavidad oral, las funciones del sistema estomatognático no están restringidas a la cavidad oral, ya que la propiocepción sensorial y la respuesta motora propia del sistema nervioso, se integran a los componentes anatómicos para formar la unidad morfo-funcional que conocemos. La armonía morfofuncional entre componentes del sistema estomatognático está relacionada con un estado de homeostasis, o sea, un equilibrio dinámico resultado de diferentes mecanismos fisiológicos que permiten mantener o restaurar la función normal del sistema.

En el sistema estomatognático se encuentran dos grandes grupos de funciones primordiales.² En el primero se encuentran las funciones fisiológicas, como: cortar (con incisivos) y despedazar los alimentos, masticar (molares), ejecutar el bolo alimenticio, dar inicio a los procesos de alimentación y deglución, hidratar la parte superior de la laringe, funciones como la de defensa e inmunología, diferenciar los alimentos por el gusto que nos brinda las papilas gustativas, y otros como la articulación del lenguaje. En el segundo grupo se ubican las funciones esenciales para toda persona que podríamos llamar de interacción social; acción mediante la cual se establece la posterior influencia social que recibe todo individuo y que va a determinar su conducta en la sociedad. La interacción adecuada del adulto mayor, va a depender de la influencia de otros grupos ya sean estos familiares, amicales y en algunos casos laborales.

Es importante manifestar que en muchos casos el adulto mayor, se ve enfrentado al abandono en su misma familia o en los centros de salud ya sean de nivel I, II o III, que no les dan prioridad de manera integral, y con la salud pública que no planifica de manera universal ni equitativamente, en la que las

políticas están orientadas a la solución de otro tipo de problemas, dejando a este grupo de la población vulnerable.

La conducta de la familia, es el estímulo para la respuesta del adulto mayor, que a su vez, siguiendo la línea, pasa a ser luego el estímulo en su conducta y comportamiento. Las interacciones regularizadas de este tipo constituyen la base de muchos de los hechos de influencia que ocurren dentro de este grupo de personas; por lo que se puede afirmar que la respuesta (conducta) es proporcional tanto a la actitud del medio que rodea al adulto mayor como al estímulo que estas personas presentan.³

Por otro lado tenemos que, los sistemas que brindan cuidados de salud general o especializada y cuidados de salud bucodental normalmente han evolucionado de manera distinta en todo el mundo, durante los últimos años. Los cuidados bucodentales sólo están parcialmente integrados en los sistemas públicos de salud o se encuentran totalmente ausentes; adecuados y asequibles, continúa siendo una aspiración lejana para la mayoría de las poblaciones en el mundo. Las caries sin tratar en dentición permanente y decidua ocupan el primer y décimo puesto, respectivamente, entre las 291 enfermedades más comunes.⁴ Estos datos severos proporcionan evidencias del descuido de las personas con respecto a la salud oral; un sistema ideal de atención primaria en salud bucodental debe brindar una cobertura universal, estar centrado en las personas, tener políticas de demanda y programas de salud preventivos y de promoción, e integrarse con la salud general en todas las políticas, incluido el trabajo, el medio ambiente y la educación. Así es más probable que se beneficie una mayor proporción de la población o sociedad que recurriendo a enfoques

tradicionales centrados en la atención curativa. La atención clínica en salud oral es generalmente costosa y por lo tanto fuera del alcance de los sistemas de salud más débiles, característicos de las economías con bajos recursos. Sumado a esta realidad tenemos la situación de los adultos mayores, una población que siempre ha sido postergada.

El estado de la salud bucal en el adulto mayor, dependerá del resultado de los hábitos de higiene y cuidado bucal, sea en el seno de su familia o en una institución geriátrica. Dependerá, también del grado de incapacidad física, de la presencia de enfermedades sistémicas asociadas, de la posibilidad de acceso a los servicios de salud y de las concepciones y valoración que se tenga de la salud bucal.⁵

Lo señalado por los autores nos conduce a reconocer la importancia de los sistemas que proporcionan cuidados de salud bucodental; del sistema estomatognático, y el predominio de la cavidad bucal en la calidad de vida de los individuos, especialmente los de la tercera edad. Cuando no se tiene salud oral, o cuando ésta se pierde, las funciones fundamentales descritas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo; la biológica y la psico-socio-afectiva emocional.

Este grupo poblacional, actualmente ocupa un espacio cada vez más importante en la sociedad, aunque acuden poco a los servicios odontológicos, atribuibles al difícil acceso a los servicios bucodentales, el bajo nivel socioeconómico mayoritario, el miedo a ser tratados y la baja motivación respecto a la salud oral.⁵ La importancia numérica de este colectivo cobra valor si se tiene en cuenta el mal estado de la salud bucodental y las altas necesidades de tratamiento que

se registra en los datos de estudios epidemiológicos realizados en nuestra sociedad.

El incremento de la longevidad y la calidad de vida van a llevar a que tengamos una sociedad con un alto porcentaje de personas de edad avanzada, que conservan buenas condiciones de salud y van a demandar servicios para preservar sus piezas dentarias en las mejores condiciones y durante el máximo número de años posibles.

Ante esta realidad; este estudio pretende analizar las condiciones de la salud bucal junto con las condiciones funcionales y psicosociales y su relación con la calidad de vida oral de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I, en los meses de Mayo a Julio del 2016.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema Principal

¿En qué medida la salud bucal de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral?

1.2.2 Problema Secundarios

a. ¿En qué medida las condiciones de la salud bucal de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral?

b. ¿En qué medida las condiciones funcionales de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral?

c. ¿En qué medida las condiciones psicosociales de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo Principal

Determinar la relación de la salud bucal y la calidad de vida oral de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I.

1.3.2 Objetivos Específicos

a. Conocer en qué medida las condiciones de la salud bucal de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral.

b. Determinar en qué medida las condiciones funcionales de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral.

c. Determinar en qué medida las condiciones psicosociales de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estado de la salud bucal en la población en general como en la de los pacientes geriátricos, dependerá del resultado de la cultura en cuanto a la salud, los hábitos alimenticios, de higiene y el cuidado oral en el hogar; de residencia de la persona, sea en el seno de su familia o en una institución geriátrica. Este estado obedece también del grado de incapacidad física, de la presencia de enfermedades sistémicas asociadas, de la posibilidad de acceso a los servicios de salud y de las concepciones y valoración que se tenga de la salud bucal.

Este grupo social denominado también de la tercera edad, en la actualidad ocupa un espacio cada vez más importante en la sociedad, aunque acuden poco a los servicios de salud odontológicos, sí lo hace en general, a servicios sanitarios, por encontrar con obstáculos como el difícil acceso a los servicios bucodentales, el bajo nivel socioeconómico mayoritario, el miedo a ser tratados y la baja motivación por desconocimiento con respecto a la salud oral. El alto índice hoy en día de esta población cobra importancia si se tiene en cuenta el mal estado de la salud bucodental y las altas necesidades de tratamiento que se registra en los datos de estudios epidemiológicos realizados en nuestro entorno social. El aumento de la longevidad y la calidad de vida pronostica una sociedad con un alto porcentaje de personas de edad avanzada, que van a necesitar de servicios para preservar sus dientes en las mejores condiciones. Una persona define su estado de salud oral, por su comportamiento y las condiciones a veces subjetivas incluidas en el amplio concepto de percepción de la salud; sin embargo encontramos existe una marcada desprotección hacia este grupo social; no existen programas de salud para mayores, cuyo objetivo

principal permita prestar un servicio odontológico y la oportuna percepción e identificación de sus necesidades principales.

1.4.1 Importancia de la investigación

Estudios realizados en personas de la tercera edad, revelan algunos datos transversales y descriptivos que desafortunadamente no ayudan demasiado a conocer en más profundidad el proceso de la enfermedad bucodental. Por lo que este estudio reviste de mucha importancia porque pretende analizar en qué medida la salud bucal de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I se relacionan con su calidad de vida oral; todo ello describiendo las condiciones de salud bucodental junto con las condiciones funcionales y, a la vez realizar una asociación con la percepción y autoevaluación que el individuo adulto mayor tenga de su propio estado de salud bucodental. Así mismo mediante la revisión de la historia clínicas y la aplicación de cuestionario GOHAI, Índice de Calidad de Vida Oral en Geriatría o Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría, va permitir recopilar y valorar los factores clínicos con elementos subjetivos y sociales. Los resultados permitirán a la Universidad o a los responsables de la clínica a centrar la atención en esta población que está dispuesta a recibir la atención y tratamiento necesario.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Se cuenta con los recursos humano, materiales, economía, tiempo y acceso a la información requerida para poder desarrollar ésta tesis.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No existieron limitaciones, los pacientes como también el personal de la clínica tuvieron una actitud colaborativa frente al desarrollo del estudio. Así mismo se encontró suficiente literatura especializada, tanto como teorías como estudios realizados que sirvió de apoyo y sustento para el trabajo.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Díaz J. et al. (2013). Planteó como objetivo analizar y comparar la salud con la calidad de vida oral, los indicadores de salud generales y orales, percepción subjetiva de la población de edad avanzada asistida en el "IPS Universitaria" y explorar sociodemográfico factores que se relacionaron con el caso. El estudio fue transversal en 100 adultos mayores que asisten a los servicios de salud en el IPS (2012), por medio de encuestas con información socio-demográfica, salud general y bucal. Utilizo el cuestionario OHIP-14 (oral perfil impacto en la salud). Se hizo un análisis descriptivo de la OHIP-14 para diferentes variables y razón de prevalencia fueron medidas mediante modelos multivariados. Demostrando resultados que la tasa de respuesta más alta (hasta 70%) se encontraron en las dimensiones "nunca" y "casi nunca" en OHIP -14. Peores indicadores de prevalencia impacto de la OHIP-14 fueron hallados en las mujeres, la población > 75 años, con un bajo nivel educativo y socioeconómico y en individuales. Un poco más de la tercera parte de los participantes informaron de 1 o más impactos en la salud relacionados con la calidad de vida oral de dimensiones (0,86; IC del

95%: 0.53- 1.19) y una puntuación de gravedad de 7,61 (IC del 95%: 5.98- 9.24), arribando a las conclusiones que, aunque en la mayoría de los encuestados, sus condiciones bucales no ejecutaron una influencia negativa en la calidad de vida. En un análisis más exhaustivo ha mostrado desigualdades gradientes de acuerdo con factores sociodemográficos.⁶

Taboada C.et al. (2014).El objetivo principal fue determinar la autopercepción de caries y la enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores en el estado de Hidalgo (mexico).la muestra fue de 102 adultos mayores de 5 comunidades, se les aplico el geriatric oral health assessment index, los resultados indicaron problemas en la autopercepcion de la salud bucal de los adultos mayores fue de 42.3 (\pm 11.0).

La población en la que se realizó el estudio se ubica en un nivel socioeconómico bajo, y esto podría explicar por qué el 73.5% de ellos percibio su condición de salud bucal como mala, el 12.7% regular y el 13.7% como buena. Se observó que los adultos mayores con una mala higiene bucal (IHOS > 1.0) tuvieron tres veces más la percepción de que su salud bucal es deficiente.⁷

Moya T. et al. (2014).La finalidad del estudio fue evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos ingresados a rehabilitación protésica. Estudio de porte transversal se realizó en 100 adultos de ambos sexos, de edad mayor a 60 años. Mediante el Geriatric Oral Health Assesment index (GOHAI) se buscó medir la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral. Análisis estadístico en STATA 12,0. Estudio aprobado por Comité de Etica de la Universidad Finis Terrae (Chile). El 89,0% percibio como negativa su calidad de vida relacionada con salud oral

(puntuación ≤ 57), siendo 44,51 (IC: 95% 42,45-46,46) la media de puntuación GOHAI.

El valor fue similar por sexo, edad y levemente menor en adultos portadores de prótesis dental ($p > 0,05$). La salud oral afecta negativamente la calidad de vida del individuo, situación de vital importancia para un país en el cual los habitantes están llegando a la vejez aceleradamente.¹²

Montes J. et al. (2014). El objetivo fue determinar el comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index y Oral Impacts on Daily Performances como medidas de efecto de la salud bucodental relacionada con la calidad de vida en adultos mayores en una misma población. (Instituto Mexicano del Seguro Social del suroeste de la Ciudad de México).

En los resultados se observaron un total de 531 sujetos de 60 años a más, participaron, 68.4% mujeres. La media (desviación estándar) de edad fue de 71.4 (7.0) años. El Geriatric/General Oral Health Assessment Index presentó una media de 46.8 (6.2)¹³

Heitor R. et al. (2016). El objetivo fue comparar las percepciones sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal, entre pacientes con enfermedad de Alzheimer (AD) y sus cuidadores mediante el uso del Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica (GOHAI). También se realizó la correlación entre GOHAI y la calidad de las prótesis, GOHAI se aplicó a 16 ancianos de (AD) y a sus cuidadores. El índice GOHAI se comparó con las medidas objetivas de la calidad de las prótesis de los pacientes con (AD), calificadas por un investigador. Los datos fueron sometidos a pruebas de Wilcoxon firmado y McNemar ($\alpha = 5\%$).

Las correlaciones de Kappa verificaron la concordancia para las puntuaciones de GOHAI entre pacientes con (AD) y cuidadores, se utilizó la correlación de Spearman para explorar la concordancia entre las puntuaciones de GOHAI y los índices de calidad de las prótesis. Las puntuaciones totales de GOHAI de pacientes con (AD) y cuidadores fueron similares ($P = 0,262$). En general Kappa fue bueno (0.62). No hubo correlaciones entre las puntuaciones GOHAI y la calidad de las prótesis.¹⁴

Antecedentes Nacionales

Rivadeneira M. et al. (2013). Hizo un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra probabilística de 380 adultos mayores (población). Se evaluó historia de caries, estado periodontal y situación protésica. La percepción de calidad de vida se midió con el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Se establecieron dos categorías: “mala calidad de vida” (puntuación ≤ 57) y “buena calidad de vida” (puntuación >57).

El análisis estadístico se hizo en programa STATA 11.0. Resultados: La edad media fue de 71,33 años (D.E. $\pm 7,26$); 66,1% son mujeres; 51,6% casado y 78,9% pensionado. Un 32,4% tiene educación media completa.

El COPD fue de 22,16 (IC: 95% 21,72-22,60) mayor en mujeres ($p>0,05$) y aumenta con la edad ($p< 0.05$). Un 44% tiene entre 1 y 4 piezas dentarias con lesiones de caries dental. El edentulismo fue de 7,1%. Un 20% presentó sacos periodontales $> a 5,5$ mm. Un 43% presenta higiene oral regular. Un 59,5% usa prótesis removible en el maxilar superior y 40,3% en el inferior. Un 76,6% percibe como mala su calidad de vida. Arribando a la conclusión que, la población de

adultos mayores son un grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida y vulnerabilidad de su salud oral.¹⁰

Gallardo (2013), desarrollo un estudio de tipo descriptivo; cuyo objeto fue ver que determina la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud bucal en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú. La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores (población), seleccionados mediante muestreo no probabilístico con ancianos voluntarios. La información se registró mediante una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Se hizo el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para determinar la relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, nivel educativo y presencia de enfermedades sistémicas se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. Los resultados fueron que la mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ($p: 0,239$), con el nivel educativo ($p: 0,085$), ni con la existencia de enfermedades sistémicas ($p: 0,438$). Conclusiones. La mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del estado. Asimismo, el GOHAI constituye un instrumento de fácil aplicación, que permite evaluar la autopercepción de salud oral y detectar las necesidades de atención para el tratamiento del adulto mayor; sin embargo, se

requieren más estudios que permitan validar el instrumento y evaluar su aplicación en programas preventivos de salud bucal.¹⁵

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Salud bucal

La salud bucal debe ser observada como componente de la calidad de vida, especialmente en la población geriátrica, cada vez más incrementada. La salud de una población es el resultado de la interacción de una serie de condicionantes que determinan su grado real y potencial de bienestar. La salud bucal depende de las condiciones de la cavidad bucal, las condiciones fisiológicas y las condiciones psicosociales.

Las patologías bucodentales afectan a 3900 millones de personas en todo el mundo, siendo la caries no tratada el proceso más prevalente, y la periodontitis severa el sexto, de 291 enfermedades estudiadas. Su impacto en el bienestar de las personas y de las sociedades es evidente en todas las etapas de la vida. La evidencia procedente de diferentes países demuestra el considerable ausentismo escolar y laboral relacionado con las condiciones bucodentales. Además, el estado de los dientes afecta a la dieta y a la nutrición en particular en niños y adultos mayores, mientras que las condiciones orales y pérdida de dientes tiene un negativo y significativo impacto en la calidad de vida de las personas, no sólo en el ámbito funcional sino también psicológico y social. A nivel mundial, las condiciones bucodentales representaron 15 millones de años de calidad de vida ajustada por discapacidad en 2010, lo que equivale a una pérdida promedio de salud de 224 años por cada 100.000 personas. Al igual que con la salud general, el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de

vida se distribuye de forma desigual entre los diferentes grupos socioeconómicos.¹⁶

Las mediciones subjetivas de la salud bucal y calidad de vida entre los adultos dentados muestran desigualdades considerables, con peores autopercepciones, cuanto más baja es la posición socioeconómica. Estos gradientes sociales son más fuertes en las edades más jóvenes, pero estas desigualdades en la calidad de vida de los pacientes geriátricos desdentados desaparecen. Sin embargo, el grado de las desigualdades sociales en la calidad de vida varía entre los países y se ve afectada por factores políticos y el contexto social; por lo que se requiere abordar las desigualdades de salud bucodental demandando acciones de salud pública en los determinantes más amplios de la salud, haciendo especial insistencia en la generación de adultos mayores, donde las desigualdades en la calidad de vida parecen ser más pronunciadas.¹⁶

2.2.1.1 Condiciones de la salud oral

El estudio del envejecimiento a nivel de la cavidad oral, se ha basado en la creencia de que hay un deterioro progresivo de la fisiología oral con el paso del tiempo. Estos conocimientos inexactos se han fundamentado en estudios comparativos entre sujetos de la tercera edad comprometidas médicamente, y sujetos jóvenes sanos, concluyendo que muchas estructuras estaban alteradas como consecuencia del envejecimiento. Para cuestionar este concepto es importante decir que algunos cambios que ocurren con la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. Otros cambios se presentan como consecuencia de algunas enfermedades, tales como la

enfermedad periodontal o la xerostomía, a veces relacionada con el consumo de medicamentos como benzodiazepinas.¹⁷

Los efectos de factores socioculturales y económicos son determinantes para que se presente un aumento en el número de tratamientos como las exodoncias y las restauraciones en los adultos mayores.

En este sentido, las modificaciones orales relacionadas con la edad pueden tener dos orígenes: por un lado, como expresión del envejecimiento propiamente dicho y, otros, como resultado de la acumulación de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedades pero que orientan a cambios bioquímicos, funcionales y estructurales.¹⁸ Entre los cambios más significativos que pueden ser vistos en las personas a medida que la edad avanza se encuentran, el cambio de la mucosa oral que generalmente se manifiesta en la atrofia de la misma, la disminución de la secreción salival debida a la atrofia en las glándulas salivares, pérdida de adherencia a nivel de los tejidos gingivales, cambios de tamaño, de forma y de color de la pieza dentaria, debido al desgaste y los efectos de las sustancias con colorantes y químicos abrasivos.¹⁹

Se sostienen que a nivel de los tejidos de soporte vemos que la anquilosis del ligamento periodontal, algo que puede ser normal por la edad de la persona, aunque puede presentarse movimiento dental tipo 2 o 3 como consecuencia de la enfermedad periodontal y a nivel articular, se aumenta la susceptibilidad a los cambios degenerativos y en los músculos periarticulares se puede presentar atrofia asociada a problemas masticatorios. Así mismo señalan los autores, que la retracción mandibular, el prognatismo, la pérdida de la dimensión vertical, la lengua prominente y los labios hendidos, son otros de los cambios fisiológicos

que pueden aparecer acompañando el proceso de deterioramiento y que se presentan como consecuencia de procesos patológicos en algunos estados que afectan la calidad de vida de las personas como el caso de la ausencia de dientes hasta llegar en algunos casos al edentulismo parcial o completo.²⁰

Otro aspecto a considerar que altera también la calidad de vida de las personas, es la presencia de lesiones cariosas principalmente caries radicular, los remanentes radiculares con focos infecciosos, la enfermedad periodontal manifestada en gingivitis y periodontitis, la xerostomía, la polimedicación y sus efectos secundarios, y las lesiones orales de tipo viral, además de otras enfermedades que se encuentran clasificadas en el grupo de lesiones precancerosas.²¹ Otras situaciones como las consecuencias de las prótesis mal adaptadas, los problemas masticatorios-deglutorios, y una multitud de estados iatrogénicos generados a consecuencia de algunos tratamientos, ayudan de la misma manera a la degeneración en la armonía bucal del individuo. Para reconocer los cambios que se presentan y asocian a la senectud, es útil identificarlos en función de las variaciones estructurales y funcionales a nivel de las siguientes estructuras: tejidos faciales, dental, periodontal, articulación temporomandibular, mucosa oral y en las glándulas salivares.²¹

a. Caries dental

La mayor esperanza de vida unida a un mejor cuidado bucodental en la población, ha derivado a que los pacientes puedan conservar sus piezas dentarias hasta una edad muy avanzada. Pero esta situación está dando un giro, actualmente el estado oral de los mayores no cumplen los requisitos de la OMS, mientras que en las demás cohortes (poblaciones) si los cumplen.

En cuanto a la enfermedad que afecta la estructura dental se encuentran, los procesos deteriorativos que no tienen origen carioso como lo son la atrición, abrasión erosión y abfracción, y los procesos destructivos producidos por caries. La caries coronal, tiene una menor incidencia que la caries radicular; es más baja, con respecto al paciente con una edad menor. Además, la presentación clínica de más relevancia en estos pacientes es sin duda la caries radicular.

- **En la atrición**, la pérdida gradual que se produce en los tejidos de las piezas dentarias, se da estrictamente por la fricción de diente con diente. Es un proceso fisiológico demasiado lento, pero es de gran importancia para determinar la edad humana en las ciencias forenses.²²

Entre los factores que va influir en el grado de atrición más importante es la edad, seguido del sexo, ya que normalmente los pacientes masculinos van a encontrar un proceso de atrición mucho más marcado que la mujer. El tipo de esmalte también influye, ya que si se presenta junto con hipoplasias o hipocalcificaciones, los dientes van a sufrir un proceso más marcado de atrición. La oclusión, al ser la una potencia muscular es la que está íntimamente relacionada con el sexo. Con la presencia de parafunciones como el bruxismo, el proceso de la atrición va a ser mucho más rápido y de esta manera se asociaría la relacionaría a una causa patológica y no fisiológica. ^{22,23} También va a influir la alimentación, especialmente con el consumo de alimentos con partículas abrasivas como habas, huesos, caramelos, etc., que van a ayudar a producir una atrición mucho más marcada. La función principal de la saliva es lubricar y si hay una alteración

en el flujo salival puede facilitar que haya una atrición aumentada en la superficie de los dientes. Otro aspecto a considerar según el autor es la presencia de prótesis completas o parciales, restauraciones y las pérdidas dentarias. Si se van perdiendo más dientes, los que quedan tendrán que soportar las cargas masticatorias y podrán presentar una atrición mucho más rápida.²²

- **La Abrasión**, es clasificada como desgaste dentario originado por una causa mecánica, pero en este caso es por el contacto de un agente externo (no de contacto de diente por diente); si su localización es a nivel incisal, parece ser un desgaste más típico de hábitos como en personas sopladoras de instrumento de viento o aquellos que acostumbran a utilizar sus incisivos para sostener cosas o elementos en el trabajo. Si es en la superficie oclusal, suele deberse a sustancias abrasivas, y si se localiza en cervical, es el caso más típico de adultos mayores por el uso de cepillos de cerdas más duras.²⁴
- **La erosión**, es otro tipo de desgaste de las piezas dentarias, su causa ya no es mecánica sino química, siendo exactos por la acción de ácidos, pero de tipo no bacteriano. El pH de estos ácidos va a estar por debajo del pH crítico de la saliva y va a afectar al esmalte. La erosión en piezas dentarias anterosuperiores, en vestibular y en gingival, puede deberse a causas ambientales de la dieta consumida. Por el uso de fármacos, normalmente se observan lesiones en la zona oclusal, como en pacientes que están acostumbrados a masticar los fármacos, como en el caso de la aspirina por su pH ácido.²²

- **La Abfracción**, también presenta pérdida de tejido dentario a nivel cervical, pero para diferenciarla se debe saber que suele aparecer en piezas dentales aisladas en las arcadas, acompañada además de lesiones subgingivales a diferencia de lo que se veía con la abrasión.²³ La caries de mayor incidencia en los pacientes geriátricos es la caries radicular con respecto a la caries coronal.

La caries radicular se considera una enfermedad que va a ser cada vez más común y más relevante día a día del operador. Coincide además, con la menor presencia de dientes en boca, incrementando así, la posibilidad de las piezas dentarias a sufrir la caries dental. Se define así la caries radicular, como un área en la superficie de la pieza dentaria, al nivel de la unión amelo-cementaria o en una ubicación más apicalmente dirigido, y que ha sufrido una disolución clínicamente aparente del mineral del tejido calcificado.²⁵ Así mismo se señala que, el agente primario causante suele ser el *Streptococcus mutans*, aunque estudios indican una fuerte asociación de *Lactobacillus* y *Actinobacillus*.²⁶

Otra característica en el paciente geriátrico es la presencia de lesiones cariosas secundaria, que en la práctica diaria se identifica en los pacientes que acuden por recambios en restauraciones recidivantes antiguas. Este tipo de caries tiene la característica de márgenes cervicales con zonas de acceso más complejo y con posibilidad de aislamiento complicado. La caries radicular se ubica fundamentalmente en superficies vestibulares y superficies proximales. Son más frecuentes en superficies proximales y generalmente no

llegan a palatino, simplemente por el efecto de limpieza que tiene la lengua con la ayuda de la saliva.

b. Alteración periodontal

El aumento de la edad de una persona, es considerado como uno de los factores de riesgo de la enfermedad periodontal. Los cambios registrados como causados por el envejecimiento incluyen una disminución en la queratinización, el epitelio se hace más fino, las fibras de colágeno se hacen más bastas, hay un incremento del cemento en sentido horizontal con una disminución del ligamento periodontal y las fibras principales se hacen más irregulares.²⁷

La función inmunológica, también tiene importancia cuando se analiza la respuesta de los tejidos ante el ataque bacteriano en la enfermedad del periodonto. Según algunos autores²⁸, la disminución del sistema inmunológico es un rasgo bien caracterizado del envejecimiento, donde se esperaría una menor respuesta del huésped a los patógenos periodontales. Sin embargo otros autores concluyen que la disminución de la función inmunitaria relacionada con la edad no tendría relación con la periodontitis.²⁹

2.2.1.2. Condiciones funcionales

El sistema estomatognático, con sus estructuras relacionadas por el sistema neuromuscular, desempeña funciones importantes para la supervivencia y comunicación del individuo. La masticación es una de esas funciones estomatognáticas de mucha importancia, pues es la fase inicial del proceso digestivo de alimentos.³⁰

El acto masticatorio es un proceso fisiológico que se inicia con la trituración de los alimentos, y termina con la formación del bolo alimenticio. Para la ejecución de esta tarea participan no solo las estructuras suaves y duras que componen la cavidad oral, sino también, estructuras más distantes que mantienen relaciones de continuidad funcional con el sistema estomatognático. Estos son: los remanentes implantados en los procesos alveolares, el periodonto, los músculos, la articulación temporomandibular, el paladar duro, los huesos maxilares, los labios, las mejillas, la lengua y las glándulas salivales mayores y menores.³¹ Además de eso, la masticación permite, a través de la acción nociceptiva de la cavidad bucal, juntamente con los propioceptores del periodonto, evitar que agentes extraños sean deglutidos; y aún contribuir para la salud de los tejidos orales, constituyendo un aumento continuo para su bienestar. Eso porque los alimentos compactos y fibrosos actúan sobre las encías como agente de limpieza y permiten que los tejidos sufran una queratinización constante, dando resistencia y capacidad de adaptación. Esto también es válido para el periodonto, donde se halla a vista los cambios que sufre el ligamento periodontal cuando uno o varios dientes no trabajan.³² Sin duda, el proceso de la digestión es facilitado cuando el alimento es bien triturado en la cavidad bucal. En este momento, la masticación mezcla el bolo alimenticio con la saliva, brindando un mayor estímulo de los botones gustativos.

La función masticatoria comprende una acción altamente organizada y compleja, que tiene la participación de diversos elementos. Dentro de ellos, el principal es la pieza dentaria, contenida en el interior del alvéolo dentario. Las piezas dentarias están constituidas de tejidos duros y suaves ejerciendo

funciones diversas, de acuerdo con su posición y características anatómicas. Pueden ser divididas en cuatro grupos diferentes, asignando sus respectivas funciones: el grupo de los incisivos, cortan los alimentos; el grupo de los caninos perforan y rasgan los alimentos; el grupo de los premolares, inician el proceso de trituración; el grupo dos molares, trituran y amasan los alimentos y se adaptan a las funciones de los grupos anteriormente nombrados.³²

La importancia de las piezas dentales en la salud de los individuos, especialmente en el adulto mayor, puede ser comprobada en estudios realizados en el que se observó durante seis años 1.929 adultos mayores japoneses en diversas condiciones (independientes, parcialmente dependientes y dependientes), con edad media de 79,7 años. Se vio que los adultos mayores edéntulos estaban en peor condición de salud general y corrían un mayor riesgo de incapacidad física y mortalidad, cuando comparados a dentados del mismo grupo etáreo, asociando positivamente la condición nutricional y la capacidad masticatoria con la morbilidad de los ancianos. De esa forma se puede concluir que una oclusión más funcional en consecuencia de un mayor número de piezas dentarias presentes puede llevar a una expectativa de vida más larga y que tener un promedio de 20 piezas dentarias presentes ayudaría a conseguir este gran objetivo.³³

Algunos autores³⁴ sugieren que la condición de la salud dentaria influye en la nutrición. Analizando tanto individuos que vivían en sus casas como institucionalizados, por medio de exámenes orales, entrevistas, control alimentario de cuatro días, examen de sangre y orina, se observó que tener 21 o más piezas remanentes naturales es compatible con una buena capacidad

alimentaria e ingestión óptima de nutrientes. Además, las ventajas de la ingestión de diversas fibras, son mayores para el grupo personas que cuentan con sus piezas dentarias naturales; a menor cantidad de piezas dentarias consecuentemente menor eficacia masticatoria, se ingiere menor cantidad de alimentos energéticos, azúcares, proteínas, no-lácteos, niacina, fierro, calcio y vitamina C y hay una clara relación entre el número de remanentes dentarios y niveles de salud corporal en relación al ácido ascórbico y retinol del plasma sanguíneo.³⁴

Además de los elementos dentarios, otras estructuras de la cavidad oral también ejercen alguna función masticatoria, siendo denominados órganos de acción secundaria. Entre ellas podemos nombrar la lengua, un órgano móvil cuya función nociceptiva permite reconocer la dureza de los alimentos, de sabor desagradable o lesivo a las estructuras digestivas altas. Mediante la acción molar de la masticación, la lengua tiene la capacidad de recolocar las partículas alimenticias que necesitan una mejor trituración en la cara oclusal de los dientes. Además de eso, en la deglución en su primera etapa, la lengua se adosa por la superficie antero-superior en el paladar y toma una forma arqueada, que sirve de canal para que los alimentos sean llevados a la faringe. En acción conjunta con la lengua, las mejillas ayudan a mantener y reconducir el bolo alimenticio a las caras oclusales de los dientes durante los movimientos de abertura y cierre de la boca, a través de las contracciones de músculos específicos, principalmente el buccinador. Otra estructura de acción secundaria es el paladar duro, contra el cual ciertos alimentos son presionados por la acción de la lengua. El contacto directo entre lengua y paladar duro permite captar la textura del bolo

alimenticio, ayudando en la formación del paladar. Es por eso que algunos pacientes, habitualmente adultos mayores, usuarios de prótesis totales superiores, muchas veces relatan la sensación de falta de paladar, mismo sabiendo que los botones y las papilas gustativas están localizadas en la lengua.³²

La pérdida de los remanentes dentarios tiene un efecto marcado en la capacidad masticatoria y en la elección de la comida. Por otro lado, esa pérdida dentaria parece tener pequeño efecto en los valores nutricionales.³⁵

Otra estructura que influye mucho en la masticación es la articulación temporomandibular (ATM). Hay estudios que demuestran que la ATM varía conforme el tipo de función que deba realizar. Por eso se presenta más o menos desarrollada en diferentes animales, variando de acuerdo con el tipo de masticación realizada. La ATM está en íntima relación con la articulación dentaria y los músculos masticatorios.³⁰

Hay dos tipos de movimientos mandibulares: masticatorio y no masticatorio.³⁰

Los movimientos no masticatorios son las excursiones de lateralidad y de protrusión, efectuadas en el plano horizontal. Los movimientos masticatorios son los movimientos de revolución de la mandíbula, realizados en ciclo en el plano vertical. Existen otros dos tipos son movimiento voluntario y movimiento funcional. Se llama movimiento funcional a la mordida natural que son ejecutados en dirección vertical mientras que el movimiento voluntario es el conjunto de movimientos de deslizamiento, de fricciónamiento y de bruxismo que son realizados con los dientes de los arcos opuestos en contacto. Además de los movimientos expuestos, se considera uno más, que es el mandibular de

reflejo³⁰. Los elementos neurofisiológicos que concurren para cada uno de esos tres tipos de movimientos son distintos, aunque los mecanismos musculares sean básicamente parecidos.³⁰

Las actividades musculares brindan una fuerza de compresión que recibe el nombre de fuerza de masticación. La fuerza de masticación, varia de una persona para otra y cambia también conforme el estado de la salud oral de cada persona.³¹

Funcionalmente, cuando se pierden los remanentes dentarios, el maxilar y la mandíbula sufren un proceso por atrofia difusa. Lo primero a desaparecer es el hueso alveolar, pero la atrofia puede eventualmente envolver partes de los cuerpos del maxilar superior y del inferior. Estas mudanzas esqueléticas llevan a una alteración considerable del tabique óseo residual en la mandíbula y el maxilar.³⁶ De ahí la necesidad de rehabilitar protéticamente a estos adultos mayores. No solo bajo el punto de vista estético, sino también morfofuncional, devolviendo al paciente la posibilidad de restablecer el equilibrio del sistema estomatognático. Esto puede ser realizado tanto por medio de prótesis convencionales (prótesis fijas y prótesis removibles parciales o totales) o prótesis sobre implantes, inclusive en pacientes con edad avanzada cuando los mismos se presentan en condiciones óptimas. Para que eso suceda con el éxito anhelado, son indispensable cuidados especiales en el plan de tratamiento e instalación de estas prótesis, además del mantenimiento periódico de estas.

La pérdida de hueso en pacientes totalmente edéntulos y no rehabilitados, es muy negativo ya que trae consecuencias, como la disminución del ancho y de la altura del hueso de soporte, no permitiendo una futura rehabilitación con

implantes oseointegrados.³⁷ La cresta oblicua interna y milohioidea se tornan prominentes, con puntos dolorosos localizados. Hay una disminución progresiva de la superficie de mucosa queratinizada, una prominencia de los tubérculos genianos superiores, puntos dolorosos y movimiento aumentado de la prótesis. Las inserciones de los músculos quedan cercanas a la cresta alveolar. Ocurre elevación de la prótesis en función de la contracción de los músculos milohioideo y buccinador, sirviendo como soporte posterior. Puede haber un movimiento de la prótesis para anterior debido a la inclinación anatómica (angulación de la mandíbula con pérdida ósea moderada a severa). También se observa disminución de la mucosa, con sensibilidad a la abrasión y parestesia debido a la dehiscencia del canal neurovascular mandibular, además de un papel más activo de la lengua durante la masticación. Hay un efecto antiestético en el tercio inferior de la cara por la pérdida de hueso y un mayor riesgo de fractura del cuerpo de la mandíbula debido a la atrofia del tejido óseo, de una alguna manera repercute en el bienestar del adulto mayor.³⁷

Es posible ver, aún cierto desinterés de los ancianos inadecuadamente rehabilitados por los alimentos saludables y que generalmente son, también, los más consistentes. Esto está relacionado principalmente con la pérdida de la eficiencia masticatoria. Estos individuos tienden, por tanto, a dar preferencia por una alimentación más blanda y pobre en nutricionalmente hablando, provocando déficits nutricionales que comprometen el funcionamiento de los demás órganos del cuerpo humano. Para algunos autores, los ancianos normalmente tienen problemas alimenticios y apenas 17,5% pueden masticar carnes y frutas consistentes.³⁸ Esto tiene relación directa con la capacidad para la preparación

correcta del bolo alimenticio en la boca. Se sabe que, con la edad, hay una disminución natural en la secreción de los jugos gástricos, de ahí que el condicionamiento de los alimentos en la cavidad oral es de fundamental importancia en los pacientes geriátricos.³⁸

2.2.1.3. Condiciones psicosociales

La mala salud oral tiene impacto sobre la salud en general de los individuos de diversas maneras: muchas condiciones causan dolor, afectan a la calidad de vida, reducen la productividad. Los cuidados requeridos resultan una inversión financiera para los sistemas sanitarios y para los afectados. La salud bucal se ve afectada por un conjunto de determinantes sociales, que la OMS define como “circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”.¹⁶ A su vez, éstos determinantes se ven influenciados por varias circunstancias socioeconómicas y políticas. La salud oral, al igual que la general, también se caracteriza por un gradiente social, con un mejor estado de salud en la parte superior del estatus social y una mayor carga de patologías en los niveles más bajos. Es un fenómeno general que se ve en todos los países y en todas las poblaciones dentro de estos. Este gradiente social en salud significa que las desigualdades en salud general y en salud oral afectan a todas las personas.¹⁶

El edentulismo afecta a los más pobres, mucho más que los ricos; y el número de días de clases perdidas debido a la mala salud oral es significativamente mayor para los niños de familias de bajos ingresos económicamente hablando, las minorías étnicas y los inmigrantes.¹⁶Un punto esencial para mejorar la salud

bucodental a nivel mundial es hacer frente a los determinantes sociales de la salud bucodental.

Las enfermedades bucodentales presentan factores de riesgo que tienen relación, entre otros, con la mala salud, el tabaquismo y el consumo de alcohol, factores que comparten con las cuatro patologías crónicas más importantes, a saber: las patologías cardiovasculares, el cáncer, las patologías respiratorias crónicas y la diabetes. Es imprescindible ver que las patologías o afecciones a nivel oral, son en su mayoría repercusiones de patologías crónicas. El mal hábito de una mala higiene bucal constituye un factor de riesgo para el origen de varias patologías bucodentales.

La prevalencia de estas patologías varía dependiendo de la región geográfica de que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud oral. También tienen mucha importancia diversos determinantes sociales. La prevalencia de patología bucodentales está en crecimiento en los países de ingresos bajos y medianos; en todos los países, la carga de morbilidad por esta causa es considerablemente mayor en las poblaciones.¹⁶

La pérdida de estabilidad del periodonto también ha sido tema de controversia en los estudios de la enfermedad periodontal con respecto a la edad. Estudios revelan que con el seguimiento de un grupo de sujetos concluyeron que la mayor pérdida de fijación periodontal de un 89% fue en adultos mayores frente a un 35% en adultos jóvenes.³⁹ Otros estudios reforzaron esta teoría y determinaron que la pérdida de fijación estaría relacionada con niveles basales de fijación y mayor pérdida de fijación adicional.⁴⁰

Así mismo se indica que existen otros factores que se asocian al comportamiento, el estrés ha sido estudiado y está implicado como factor etiológico de la gingivitis ulcerativa necrotizante; así mismo el consumo de tabaco es considerado como factor de riesgo principal y con participación muy activa en la enfermedad periodontal progresiva.⁴¹ A su vez señala que existen diversos factores de riesgo médicos que se asocian con la edad, ya que la mayoría de los cuadros crónicos que afectan con frecuencia a los adultos mayores no afectan directamente al periodonto, pero si pueden afectar al tratamiento periodontal. Como ejemplos estarían los pacientes con artritis que pueden no ser capaces de manejar elementos de higiene como el hilo dental. Los pacientes con patologías cardíacas casi con seguridad están usando medicamentos que tendrán un impacto sobre el plan de tratamiento periodontal, y aquellos con pérdida auditiva o alteraciones visuales, no entenderán completamente la información suministrada por el clínico en cuanto a cuidados y tratamiento.⁴²

Se sostiene que, patologías como la diabetes mellitus, es de los problemas sistémicos a tener en cuenta, ya que hay estudios que introducen conceptos de grado de control metabólico junto con la presencia de cálculos como importantes para determinar la susceptibilidad a la enfermedad periodontal.⁴³ Así mismo, estudios en patologías como la osteoporosis, muestran resultados como la osteopenia del hueso mandibular asociada a la disminución de la masa ósea esquelética en pacientes con esta enfermedad.⁴⁴

El uso de drogas farmacéuticas es un factor de riesgo de igual forma importante para desarrollar enfermedad periodontal. A medida que aumenta el número de

fármacos tomados, se produce un riesgo exponencial de reacciones adversas farmacológicas. El efecto de los medicamentos sobre los tejidos gingivales se manifiesta con frecuencia en forma de hipertrofia o hiperplasia gingival, asociado principalmente a medicamentos con fines anticonvulsivos, inmunosupresores y antagonistas de los canales del calcio.⁴⁵

2.2.2. Adulto Mayor

Antes de definir al anciano como unidad de análisis central (variable fundamental) de la presente investigación, es importante conocer cuáles son algunas de las acepciones respecto a lo que tradicionalmente se ha utilizado para definir al adulto mayor, longevo, de la tercera edad y /o al viejo. En ese sentido se identifican tres distintos significados de la edad, siendo ellos: la edad cronológica (la que se tiene), la edad social (la que se aparenta) y la edad fisiológica (la que se siente).⁴⁶ Estableciéndose la forma en que éstos significados se relacionan en un contexto social, político y cultural determinado; poniendo especial énfasis en la forma cómo se desarrolla el vínculo entre edad y relaciones de género, lo cual brinda elementos para su diferenciación. La edad social se define como parte de un proceso de validación social y se refiere a las actitudes, conductas y aptitudes adecuadas; a las percepciones subjetivas que permiten asumir responsabilidades, ser sujeto de derechos y adquirir ciudadanía; lo cual marca diferencia entre cuán mayor el sujeto se siente y a la edad atribuida o sea la edad que los otros atribuyen al sujeto, por su comportamiento social. La edad cronológica es definida desde criterios biológicos y se refiere al calendario de vida; es decir, al número de años que una persona ha cumplido. En cada fase resalta una serie de características físicas y metabólicas funcionales, lo que significa para el individuo una serie de cambios

en su posición, inclusión y relacionamiento dentro de la sociedad ya que muchas de las normas que definen las responsabilidades y privilegios de un sujeto dependen de su edad cronológica: explícitas en la legislación de los diferentes naciones, en los códigos civiles, penales y laborales.⁴⁶

Algunos estigmas surgen cuando se percibe que a determinada edad las capacidades de aprendizaje, incrementan o disminuyen, lo cual es debatible con los nuevos enfoques que consideran a todos los individuos como sujetos de derecho y desde el ámbito de la teoría de las capacidades⁴⁷ pueden complementarse por las destrezas y habilidades que pueden adquirirse o que se han acumulado durante toda una vida.

El prejuicio de que el anciano ya no aprende, ha servido a varios sistemas sociales en el mundo para justificar la institución social de la jubilación, la cual es fundada en la edad cronológica, aunque socialmente se perciba que la sabiduría puede apoyar la productividad. De lo que se infiere que el senectud social está relacionado con las transiciones que se producen en el curso vital de cada individuo, el cual es marcado por un varias condiciones de vida, de experiencias, de recursos, de valores, hábitos y autoestima entre otras cosas; el proceso del envejecimiento social está claramente marcado por el género, a lo cual es importante sumar los factores socioeconómicos y el acceso a servicios básicos. Por lo tanto, la edad social y la edad cronológica contribuyen a incrementar las desventajas estructurales, pero de forma diferente según se trate de mujeres o de hombres.⁴⁶

Se defiende la idea de que en las sociedades actuales, las pautas que prevalecen la edad social están siendo más fluidas y flexibles; de esa cuenta las

normas referidas al trabajo y la educación, a la vestimenta y las actividades de ocio estarían menos ligadas a la edad cronológica que en el pasado; sin embargo, esta apreciación responde a un enfoque de la senectud como un tiempo dedicado al desarrollo personal, la autonomía, el consumo y estilos de vida juveniles.⁴⁸

El deterioro fisiológico, se relaciona con la capacidad funcional del cuerpo del individuo y con la gradual osteopenia, disminución del tono muscular y de la fuerza, lo que estigmatiza la decadencia de capacidades en el adulto mayor.⁴⁶ Esos cambios destacan modificaciones negativas en las capacidades sensoriales: alteraciones en la visión, la audición y el tacto; en los metabolismos y en la movilidad; lo que supone dificultades y modificaciones en la autopercepción del mundo, de sí mismos y de los demás, lo cual conlleva efectos en la interpretación de la realidad y del comportamiento. Con ello por los cambios motrices, aumenta el cansancio, problemas como la gonartrosis y la lentitud motriz, suponen un decaimiento de la autonomía funcional y mayor vulnerabilidad y pérdida de ser independiente, necesitando ayuda para movilizarse y la paciencia de los familiares, demandando la existencia de servicios básicos. Los cambios en la corteza cerebral inciden en la memoria, el aprendizaje y la cognición, aunque no todos tienen la misma idiosincrasia para que les afecte de igual manera.⁴⁶

Las hormonas juegan un papel importante ya que los neurotransmisores y otros elementos fisiológicos en interacción son responsables de los cambios en el transcurso de los años. La velocidad y la distribución temporal de estos cambios fisiológicos varían según la posición de los sujetos en la estructura social sus

condiciones de vida, según el género y la clase social. De ahí que se coincide ⁴⁶ respecto a que durante la vejez se dan cambios específicos en la esfera biofisiológica, de acuerdo a las condiciones de cada sujeto.⁴⁹ El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los adultos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen sin alteración en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

Durante los últimos años se ha propuesto varias teorías para explicar la naturaleza del envejecimiento. Por la naturaleza multicausal del envejecimiento, resulta imposible que una teoría única pueda explicar todos sus mecanismos. Sin embargo hay coincidencia al indicar que envejecimiento compromete diferentes genes, el envejecimiento ocurre a todos los niveles al nivel molecular, nivel celular y nivel de órgano.⁵⁰ Todos estos fenómenos del deterioramiento de una persona no los puede explicar un mecanismo único, por lo tanto, la teoría que valore la naturaleza multicausal será la que conseguirá un acercamiento científico más racional.

2.2.2.1. Teorías explicativas sobre el envejecimiento

Hay diversos teóricos que plantean su perspectiva biológica, social y fisiológica, es preciso para el análisis del problema a investigar, conjugar y comparar los diversos enfoques con el fin de dar la explicación necesaria.

a. Teorías genéticas:

En la actualidad se mantienen tres teorías genéticas

✓ **Teoría de la regulación génica:**

Nos indica que cada especie tiene un conjunto de genes que aseguran el desarrollo fisiológico y la reproducción; la duración de la fase de reproducción va depender de la capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos. De acuerdo con esta teoría, el deterioro del organismo es el desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido el mantenimiento de la fase de reproducción.⁵¹

✓ **Teoría de la diferenciación terminal**

Nos indica que el envejecimiento a nivel celular se debe a una serie de modificaciones de la expresión genética, pero que comportan una diferenciación terminal de las células. Se hace énfasis en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética.⁵²

✓ **Teoría de la inestabilidad del genoma.**

En esta teoría nos indica la inestabilidad del genoma como causa del deterioramiento del organismo, y pueden producirse modificaciones tanto al nivel del DNA como afectando a la expresión de los genes sobre el RNA y proteínas.⁵³

Estas tres teorías genéticas pertenecen al entorno celular el papel de ser el responsable de todos los daños provocados al azar en el DNA.

✓ **Teoría de la mutación somática**

Nos habla del envejecimiento que ocurre como un resultado de la acumulación de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas.⁵⁴

También propugnó esta idea que después se cristalizó por otros autores,

los cuales refieren que la lesión en el ADN sería fundamentalmente al nivel mitocondrial.⁵⁴

Así mismo se sostiene que la causa fundamental del deterioro celular es una inestabilidad del genoma mitocondrial, por una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador de los radicales de oxígeno. De este manera, las células privadas de la capacidad de regenerar sus agentes mitocondriales, sufrirán una disminución irreversible en su capacidad para sintetizar ATP, con la consiguiente degradación senescente del funcionamiento fisiológico y muerte final.⁵⁵

✓ **Teoría de los radicales libres**

Nos indica que el deterioro del organismo resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, patología y con su proceso intrínseco. Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles. con esta teoría se pretendía explicar varios aspectos entre ellos el incremento de la longevidad en especies animales sometidas a manipulaciones nutricionales y ambientales; como también el proceso de envejecimiento y el gran número de patologías en cuya patogenia están implicados los radicales libres del oxígeno.⁵⁶

Las reacciones de los radicales libres contribuyen considerablemente al desarrollo de desórdenes estocásticos observados durante el envejecimiento. Los radicales libres, además, están implicados en patologías degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil, Alzheimer, enfermedades autoinmunes. Pese a ser la teoría de los radicales libres la de mayor adeptos en los últimos años, permanecen preguntas sin una respuesta clara, como la de si los radicales libres contribuyen a la inicio y/o propagación del envejecimiento.⁵⁷

✓ **Teoría error- catástrofe**

Nos habla de que en la avance de la edad, surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas irregulares. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causarían mayor errores en la próxima generación de proteínas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida "catastrófica" de la homeostasis celular que conlleva a la muerte celular. Según esta teoría, el deterioro del organismo estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas y se ha demostrado inequívocamente que no es así. Durante la senescencia aparecen formas anómalas de algunas proteínas, pero no surgen de errores en la biosíntesis de proteínas sino que se trata de cambios post sintéticas.⁵⁸

✓ **Teorías evolutivas**

La senectud es perjudica a el individuo en casi todos los aspectos y constituye una característica normal en la vida de los animales superiores, ⁵⁵ hay tres teorías evolutivas que explican por qué ocurre el deterioro del organismo: La primera teoría postula que el envejecimiento es una

adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin el deterioro del organismo de las personas el recambio y renovación de poblaciones resultaría perjudicado. Como una explicación general del envejecimiento, esta teoría se criticó por 2 razones: a) La mayor parte de las muertes naturales, exceptuando a humanos, ocurren por accidentes, que suceden antes de que el envejecimiento sea evidente. Esto nos indica que la mayoría de los animales no sobreviven en su estado salvaje el tiempo suficiente para entrar a la senectud. b) Esta teoría selecciona el grupo y requiere condiciones especiales que no tienen muchas especies, entonces esto nos indica que, según esta teoría evolutiva, solo los individuos más aptos son los que dejan su impronta en el acervo hereditario de las siguientes generaciones, eligiéndose aquellas modificaciones genéticas que mejoren las aptitudes de los individuos.⁵⁵ Esta teoría propone que el control genético activo de los acontecimientos de la senectud está mediado por genes específicos. La segunda teoría indica que las mutaciones perjudiciales que se activan tarde son las responsables del deterioro. Los genes del envejecimiento se habrían instalado cómodamente en los cromosomas humanos porque la selección natural no habría podido evitar su difusión. Los alelos perjudiciales seguirán en una especie si sus efectos nocivos no se evidenciaban hasta avanzada ya la madurez sexual⁵⁵. Por lo tanto, esta teoría afirma que se acumulan una variedad de genes perjudiciales que se activan tarde, y que causan deterioro o senectud y muerte cuando un individuo se traslada a un medio protegido y vive el tiempo suficiente para experimentar sus alteraciones

negativas. La tercera teoría sugiere que la senectud es el resultado de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana.⁵⁵

✓ **Teoría de la desvinculación:**

Nos afirma que las personas van haciéndose cargo del cese de sus habilidades a medida que envejecen y en ese mismo grado se van desvinculando distanciando del mundanal ruido.⁵⁹ Es cierto que los ancianos no están en condiciones de competir ni de producir al ritmo que los jóvenes pero en ellos también puede haber un tipo diferente de competitividad y de producción. Además, esta desvinculación también se puede estar dando más por los estereotipos y prejuicios que en el anciano y en la sociedad existen que por una desvinculación real. La desvinculación empieza con una resta de acciones que tienen que ver con la competitividad y con la productividad y tiene claro sentido adaptativo realista que por lo demás, es aceptado y practicado a su vez también por parte de la sociedad que va acomodando sus demandas, expectativas y encargos al avance del deterioro que produce el envejecimiento.⁵⁹

En base a lo último esta teoría señala que "... los individuos mayores son proclives a ciertas formas de aislamiento social, a modelos sociales que implican reducción de contactos humanos, el bienestar, la felicidad de los ancianos, no estaría en función de sentirse útil o ejercer una función. Si a la vejez se le dota de seguridad, ayuda eficiente, servicios lo determinante será el deseo de desvinculación del contexto social previo a su jubilación, pues de ello surgirá el bienestar sólido de tal desprendimiento social".⁶⁰

Así mismo esta teoría nos dice que "... una vez traspuesta una determinada edad, es normal que las personas vayan reduciendo los roles más activos, busquen otros de menor actividad reduzcan la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales y se vayan centrando cada vez más en su propia vida interior".⁵⁹

✓ **Teoría de la actividad**

Esta teoría afirma que las personas más activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas, describe cómo el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuanto más actividades sociales realiza el individuo.⁶¹ La satisfacción está directamente vinculada con el nivel de actividad. Inclusive llega a decir que el incremento de actividad en la edad madura predice una moral alta y un descenso de actividad indicaría una moral baja en la senectud. Algo interesante que explica la teoría de la actividad porque plantea la causa con respecto a la situación del anciano es: "Esta pérdida refleja no sólo en el plano social sino incluso en el área familiar. Como consecuencia del efecto de la modernización dado que en estos momentos el anciano no posee los roles tradicionales de socialización y transmisión de valores, roles tales como la transmisión de información vía oral el anciano como pozo de sabiduría y experiencia, han dejado de valorarse y como tal su rol se muestra aparentemente superfluo".⁶¹

Culturalmente se asume que la actividad en las personas mayores, no solamente ayudan a un buen envejecimiento, sino que también ayudan a sobrevivir ante determinados procesos de patologías. La teoría de la

actividad es muy conocida y sirve de argumento teórico a muchas prácticas de animación entre los mayores y a otros programas de envejecimiento activo. En otro estudio comparado entre la teoría de la desvinculación y de la actividad, muestran acuerdo con los fundamentos de ambas teorías (separación y retiro a una vida reposada-actividad unido a satisfacción personal) para buscar el deterioramiento del organismo saludable, pero señala que ni una ni otra es concluyente para demostrar toda la causa asociada entre estilo de vida y envejecimiento satisfactorio.⁶² Por tanto, la desvinculación puede ser inadecuada para unos pero para otros es una respuesta adaptativa. Por último, referir que la adaptación satisfactoria a la vejez, estaría relacionada con patrones conductuales de acomodación de las personas mayores. Los autores cuestionan la existencia en los mayores de estas dos tendencias excluyentes entre sí (separación-integración) ya que pueden existir personas mayores desligados de sus actividades pero que mantienen una interacción social que les reporta una vejez satisfactoria.⁶³

✓ **Teoría del contexto social**

Esta teoría describe que existen tres factores que destacan por su nivel de incidencia: los condicionamientos económicos, la salud y los apoyos sociales. Los elementos provenientes del contexto social son susceptibles de influir desfavorablemente al originar una degradación de la actividad, son desfavorables para la vejez y el proceso del envejecimiento. Uno de los aspectos más importantes al tratar el tema de la vejez, es el rubro social, eso quiere decir, todas las relaciones que guarda el adulto mayor

con los demás (amigos, familia, etc.) así como ellos guardan las relaciones con el mismo.

El individuo trae a la senectud una serie de experiencias que no pueden modificarse y que deben integrarse a las circunstancias actuales. Por otro lado encontramos que, la persona que envejece sufre muchas transformaciones internas se deben en parte, en cambios en el concepto. Erickson cree que este proceso genera sentimientos o de integridad o de desesperación; conforme a esto se puede manifestar, que efectivamente es una etapa de cambios radicales, tanto en la manera de vivir, como a las situaciones a las que se enfrentan, por lo tanto la crisis a la que se enfrentan los adultos mayores, es muy viable tomando en cuenta a lo que van viviendo.⁶⁵

Para terminar se puede adicionar que, a pesar de que algunas teorías son parecidas entre sí, existen varios elementos rescatables todos, conceptos como "marginación", "aislamiento", "desapego", "vejez satisfactoria", "el rol del anciano", etc., que contribuyen a comprender con mayor claridad la problemática del anciano y la situación en la que se encuentra inmerso y que de alguna u otra manera contribuye al deterioro de su salud integral.

2.2.3 Calidad de vida oral

La calidad de vida es el producto de los procesos sociales, de la satisfacción de las necesidades consideradas como básicas (vivienda, educación, salud, cultura), la Calidad de Vida se presenta como un elemento fundamental.⁶⁶ Sin embargo, a pesar de que su valoración resulte fundamental para la atención a

las personas, y en especial a las personas mayores, el concepto no posee todavía ni una justificación teórica suficiente, ni un desarrollo teórico-práctico en el contexto general, ni gerontológico en particular, y su estudio supone un campo donde los diferentes especialistas aportan enfoques diferentes: los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico/biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en la salud y los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su gratificación; sin embargo debería verse la calidad de vida desde un enfoque más integral . Todas estas diferenciadas formas de entender el término, no hacen más que imposibilitar el establecimiento de un sentido unificador que facilite el uso y desarrollo del concepto de calidad de vida. A la vez, el debate también se establece sobre su naturaleza (objetiva o subjetiva), sobre el enfoque en su delimitación y estructura dimensional (local o global) y sobre los instrumentos o formas de medida más adecuadas para su evaluación.⁶⁶

El término “calidad de vida”, se ha generalizado sin embargo, su origen se vincula principalmente a la medicina; la preocupación desde cualquier dimensión es por la tendencia al incremento en la esperanza de vida de las personas y por el incremento de la prevalencia de las patologías crónicas, circunstancia que ha convertido a la calidad de vida en un objetivo primordial de la atención médica, cuando los límites biológicos de la vida hacen que ya no sea posible incrementarla, o cuando es más importante la satisfacción con la vida que el aumento de unos pocos años.⁶⁷

Los conceptos de Calidad de Vida y de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, son constructos, cada vez más adoptados científicamente y utilizados

habitualmente; se han convertidos para algunos un objetivo, para otros la meta o aspiración a la que todo ser humano quiere lograr.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud; la salud es considerada uno de los principales valores del ser humano y uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida, porque a la vez que la propia salud genera cierto nivel de calidad de vida, también repercute en el resto de los determinantes de la misma. En la actualidad, la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencia, la calidad de vida, hace referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por prácticamente todos los sujetos, y frecuentemente relacionadas con la sensación de salud física y psíquica, como también a la satisfacción de otras necesidades vinculadas al ámbito de nuestras relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental donde vivimos.⁶⁸

Por ello, muchos autores consideran que la salud no sólo es el valor predominante, sino aglutinante de los distintos elementos integrantes de la calidad de vida.^{69, 70,71.}

En el ámbito de las ciencias de la salud, la valoración de la calidad de vida surge directamente vinculada a la necesidad de establecer los beneficios y limitaciones que podía generar el uso de terapias para el mantenimiento de la vida, frente a la idoneidad o calidad de la misma, cuando se recibía esa terapia. Durante muchos años, la investigación y atención sanitaria en los países desarrollados, se ha distinguido por los grandes avances en el tratamiento de las patologías y por la búsqueda de la disminución del impacto de esas enfermedades sobre las

actividades de la vida diaria de los pacientes (aunque en general, se ha prestado menos atención a cómo se llevaban a cabo dichas actividades en términos cualitativos). La aparición de nuevos tratamientos paliativos, no exentos de importantes efectos adversos, que aun no estando dirigidos a la curación, consiguen aliviar los síntomas, mejorar la función y/o limitar la progresión y las consecuencias incapacitantes de la patología, han contribuido al aumento del número de personas con enfermedades crónicas e incapacitantes, que sin riesgo de muerte inminente, plantean sin embargo el dilema de si las vidas de muchos de estos enfermos son realmente dignas de ser vividas. De este modo surge el término específico de calidad de vida relacionada con la salud, y directamente vinculados con la esperanza de vida, otros conceptos, como el de años de vida ajustados a calidad, para referirse al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar, provocan limitaciones de las actividades personales y sociales habituales, del bienestar psicológico y de otros aspectos del día a día de las personas y de su calidad de vida global juzgada por el propio individuo.⁷²

En Medicina y otras ciencias afines a la salud, la mayoría de autores están de acuerdo en que, al igual que sucede con la calidad de vida, la calidad de vida relacionada con la salud es también un concepto multidimensional ⁷³ y aunque no existe un consenso absoluto respecto a cuál debe ser el modelo a seguir conceptualmente hablando ni a cómo debe hacerse operativa su medición, casi todos los modelos que pretenden su análisis parten de la definición de salud que presentó la Organización Mundial de la Salud en 1948 (OMS: 1948) “estado de completo bienestar físico, mental y social, que no sólo comporta la ausencia de enfermedad o dolencia”. La principal ventaja de esta definición es que incorpora

una interpretación subjetiva a la misma.⁷⁴ Al incluir elementos de carácter psicológico y social (afectivos, sanitarios, nutricionales, sociales y culturales), que intentan superar la visión biologista predominante hasta esa época, basada exclusivamente en los determinantes objetivos de la salud, vinculados de manera única al diagnóstico médico de una enfermedad concreta (pruebas analíticas o fisiológicas).⁷⁵ Con esta perspectiva que pretende incorporar elementos subjetivos a la valoración de la salud, la definición de la misma ha evolucionado desde un planteamiento inicial puramente conceptual, hacia el uso de escalas diagnósticas que permiten medir la percepción general de la salud y relacionarla con la calidad de vida, pues tanto la vitalidad, el dolor, la discapacidad y otros aspectos subjetivos, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Sin embargo, con esta interpretación no se cambia esencialmente la forma de valorar la salud, pues aunque el concepto “estado de salud” introducido por la OMS amplíe la definición al ámbito integral de los individuos, e incluya la valoración de los elementos subjetivos que garantizarían la satisfacción de las necesidades humanas, excluye en cambio todos aquellos otros elementos subjetivos que existen de manera independiente a la persona, y que también pueden influir en la salud misma, como sus creencias o sus sentimientos, por lo que en realidad, aunque se pretenda valorar los elementos subjetivos que influyen en el nivel de salud, ésta se continúa midiendo de forma objetiva. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud, en cambio, pretende aunar las nociones de salud, percepción de salud y calidad de vida, agrupando tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos otros que son externos a éste pero que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud.⁷⁴ Nos

hallamos así ante un constructo multidimensional, que no puede ser observado de manera directa, sino deducido de manera indirecta a través de indicadores.⁷⁶ La calidad de vida relacionada con la salud oral no es cuantificable mediante instrumentos genéricos de salud general, debido a que estudios realizados no incluyen aspectos relacionados con la salud oral.⁷⁸

La calidad de vida puede ser modificada por la salud general (determinada por aspectos físicos y psicológicos) y por factores específicos de salud, entre los cuales se encuentra la salud oral y los tratamientos que se realicen a ese nivel. El objetivo de medir la calidad de vida junto con la historia clínica y el examen físico es proporcionar información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito. Estudios internacionales han demostrado que los desórdenes bucales tienen un efecto significativo en el bienestar y satisfacción de los ancianos.⁷⁷

Actualmente existe mucho interés en las consecuencias de la salud bucal en términos de cómo afecta la calidad de vida de las personas. Las enfermedades bucales generalmente no son irremediables, pero pueden afectar al individuo en su capacidad de alimentarse, comunicarse (hablar), y en la socialización con el medio que lo rodea.⁷⁹

Por esto se ha hecho necesario crear instrumentos específicos que permitan estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, correlacionar los hallazgos con las medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos otorgados.⁷⁹

La calidad de vida se define como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Se refiere a un control de todos los aspectos que influyen en nuestra vida, cómo el individuo percibe su existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus normas y sus inquietudes.⁸⁰

En el adulto mayor cualquier proceso biológico y psicológico está íntimamente ligado a la calidad de vida del individuo y a la percepción de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación a sus expectativas e intereses.⁷⁷

Se trata de un concepto amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Por otro lado tenemos que la calidad de vida relacionada con la salud oral tiene implicancias importantes para la práctica clínica y de investigación estomatológica, ya que centra sus enfoques en cómo los pacientes perciben las necesidades de tratamiento y la eficacia que este tiene; también permite al operador comprender mejor que el bienestar de un paciente va más allá de simplemente tratar enfermedades bucales.⁸²

La salud impacta de manera significativa en la calidad de vida de las personas, es así como en las últimas décadas se ha impregnado el concepto de calidad

de vida relacionada con la salud, donde la salud bucal es fundamental para lograr el completo bienestar físico, psicológico y social.⁸¹

El envejecimiento saludable está relacionado directamente con la calidad de vida y desde una perspectiva estomatológica significa un adecuado control de las patologías que afectan la cavidad oral y la rehabilitación de los tejidos que han resultado dañados.⁸³ El edentulismo total está fuertemente asociado a una reducción de la calidad de vida, la que, además de comprometer significativamente la función masticatoria, dificulta las interacciones sociales y afecta la salud psicológica de las personas. Los ancianos desdentados, rehabilitados con prótesis totales acrílicas sufren más dolor y malestar, además de experimentar mayores dificultades para masticar que los adultos mayores con dentadura natural completa.

Se han desarrollado diferentes instrumentos con el propósito de evaluar la calidad de vida en relación con la salud oral. El instrumento más utilizado en adultos mayores y adultos jóvenes con este propósito, adaptado a varios idiomas y validado en investigaciones científicas, es el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI, Índice de Calidad de Vida Oral en Geriatria o Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatria), publicado en 1990 por Kathryn A. Atchison y Teresa A. Dolan. Este cuestionario fue realizado para valorar, en poblaciones de ancianos, los problemas funcionales, así como estimar el grado de impacto psicosocial asociado a los problemas orales; también para evaluar la efectividad funcional y psicosocial de un tratamiento dental adecuado.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Adulto mayor**

El adulto mayor es la persona adulta en plenitud de su tercera edad; personas adultas mayores y ancianos son vocablos que se refieren a lo mismo, aunque el término ha evolucionado para dignificar a los ancianos superando referencias estigmatizadas y excluyentes, por lo que se denomina adulto mayor a toda persona de 60 años o más de cualquier sexo, raza religión, color, posición económica y social.

- **Longevidad**

Se define como la extensión del ciclo de vida hasta llegar a edades superiores. Su aumento en la población mundial ha llevado a los gerontólogos a dividir la población anciana en categorías por edad, debido a la variabilidad que presentan. Atchley (2001), sugiere las categorías siguientes: viejo joven de 65 a 74 años, viejo de mediana edad de 75 a 84 años, y los viejos viejos de 85 años o más. La población vieja joven incluye a las personas que están más saludables, utilizan sus recursos y talentos de forma significativa, están activos y tienen una edad mediana longeva, entre 65 y 74 años, prolongándose inclusive hasta los 80 años en algunos casos.

- **Vejez**

Se define la vejez en términos de edad cronológica por conveniencias estadísticas y establece la demarcación entre las etapas de la vida. La vejez se define así, en torno al número de años vividos. A mayor años

más avanzada la vejez y mayores vulnerabilidades y consecuencias se atribuyen a ésta.

- **Gerontología**

Se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la senectud. Estudia sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas desde dos puntos de vista. Primero, cómo la vejez afecta al individuo.

- **Envejecimiento**

Es un fenómeno natural que refiere los cambios que ocurren a través del ciclo de la vida y que marcan diferencias entre las generaciones jóvenes y las viejas. Es un proceso de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social que ocurren a través del tiempo. El envejecimiento biológico se refiere a los cambios físicos que reducen la eficiencia del sistema de órganos del cuerpo tales como pulmones, corazón o sistema circulatorio.

- **Senectud o Senescencia**

Se define como el envejecimiento biológico normal. La mayoría de las funciones y habilidades de las personas llegan a un punto máximo entre las edades de tres a veinte años, luego de lo cual termina el desarrollo y comienza el período de estabilidad o decadencia.

- **Salud**

Se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o patologías.

- **Salud bucal**

Se define como la salud bucal a la dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado, es un componente integral de la salud.

- **Calidad de vida**

Es la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural.

- **Calidad de vida oral**

Se define como la percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasadas y presentes, su implicación en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y el sistema de valores que su contexto sociocultural le inspira.

CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis General

Existe una relación directa y significativa entre la salud bucal de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I y su calidad de vida oral.

3.1.2 Hipótesis Secundarias

- Existe una relación directa y significativa entre las condiciones de la salud bucal de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I y su calidad de vida oral.
- Existe una relación directa y significativa entre las condiciones funcionales de los adultos mayores atendidos la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I y su calidad de vida oral.
- Existe una relación directa y significativa entre las condiciones psicosociales de los adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I y su calidad de vida oral.

3.2 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES Y OPERALIZACIÓN

• VARIABLES PRINCIPALES:

Salud bucal. (Variable independiente), (X) es la causa supuesta de algún cambio de la variable dependiente.

Calidad de vida. (Variable dependiente), (Y) es una respuesta afectada por una variable independiente.

3.2.1 Definición conceptual

- SALUD BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES: Ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes.
- CALIDAD DE VIDA ORAL: La calidad de vida está relacionada con un grado con que las personas aprovechan las posibilidades importantes de la vida para sentirse mejor.

3.2.2 Definición operacional

VARIABLE	DIMENSIONES	Indicadores
V.INDEPENDIENTE: SALUD BUCAL	Condiciones de la salud oral	Caries dental
		Alteración periodontal
		Función masticatoria
	Capacidad funcional	Limitaciones en la ingesta de alimentos
		Sensibilidad a los alimentos
		Limitaciones para hablar
	Capacidad psicosociales	Socializar adecuadamente
		Satisfacción con su apariencia dental
		Preocupación por problema dental
V.DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA ORAL	Problemas oro-funcionales	Incomodidad al comer frente al resto
		Limitaciones para relacionarse
		Síntomas molestos y disconfort
	impacto psicosocial	Limitadas sensación de bienestar oral
		Capacidad para sentirse bien
		Nivel de efectividad funcional
		Nivel de efectividad psicosocial del tratamiento bucodental

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

4.1. DISEÑO METODOLOGICO

El diseño Correlacional fue puesto en ejecución en el desarrollo de la investigación, los diseños correlacionales/causales; tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto. Así mismo fue de carácter Transversal, debido a que se recolectó los datos en un solo momento, en un tiempo único. El propósito fue describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado.

Esta investigación tuvo como propósito medir y encontrar evidencias de como la variable independiente (X) Salud Bucal, se relaciona con la variable dependiente (Y) Calidad de vida oral de los adultos mayores atendidos en la clínica estomatológica integral del adulto II de la universidad alas peruanas sede Lima 2016-I, en los meses de Mayo a Julio.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

4.2.1 Población

La población: 300 adultos mayores atendidos en la clínica estomatológica integral del adulto II de la universidad alas peruanas sede Lima 2016-I de los cuales se tomó una muestra aleatoria de 104 pacientes, en los meses de Mayo a Julio del 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

➤ Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores entre 55 a 75 años de edad de ambos sexos.
- Pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas.
- Adultos mayores en aparente buen estado de salud

➤ Criterios de exclusión

- Pacientes que sean menores de 55 años que acudan a la Clínica Estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas. Pacientes mayores de 75 años que acudan a la Clínica Estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó en dos momentos: en primer lugar, se extrajo datos acerca de las variables sociodemográficas de los adultos mayores consignados en las historias clínicas, como también datos obtenidos cuando se realizaron los exámenes clínicos en las unidades odontológicas para obtener el diagnóstico del estado de salud bucal, luego se aplicó el cuestionario Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI); se evaluaron los niveles de percepción de Calidad de Vida relacionados con la salud bucal en los adultos mayores; presencia de dientes careados, ausentes por caries y obturados, (índice de CAOD).

El primer instrumento utilizado fue la historia clínica, siendo de fundamental importancia en el campo de la Odontología; permite entrar en contacto con el paciente, con el cual se establece una buena y correcta comunicación, y recoger una serie de datos de los cuales se obtiene una valoración previa muy necesaria para poder elaborar un correcto plan de tratamiento preventivo y curativo. Luego la aplicación de un Cuestionario que ha permitido obtener datos sociodemográficos del adulto mayor, presencia de hábitos y las primeras impresiones de cómo evalúa la condición de su boca.

4.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Luego se realizó la Tabulación y análisis de datos, mediante el programa estadístico. Los datos cualitativos fueron analizados con el programa ATLAS TI y los datos cuantitativos procesados con el paquete estadístico SPSS 21.0

4.5. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para conocer los datos cualitativos se utilizó el programa estadístico ATLAS TI, tomando en cuenta que las variables de estudio son de naturaleza cuantitativa procesados en el paquete estadístico SPSS 21.0.

4.6. ASPECTOS ETICOS CONTEMPLADOS

En el siguiente estudio no experimental, que involucra seres humanos donde se buscó el principio de no maleficencia, la información obtenida de los pacientes fue confidencial (fichas anónimas). también se utilizó los principios de declaración de Helsinki adoptada por la asamblea medica mundial (Helsinki 1964).

CAPITULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y TABLAS

Tabla Nº 01

Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, según edad y sexo

EDAD	SEXO					
	M		F		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hasta 64 años	16	29,6	18	34,7	34	32,1
65 a 74	22	40,7,	24	46,5,	46	43,5
75 y mas	15	28,6	19	18,8	34	24,4
Total	53	51,7	51	48,3	104	100

Fuente: propia del investigador

Se identificó una edad media de 68,34 años. En cuanto a los grupos de edad, del total de pacientes, se encuestaron y examinaron 34 (32,1%) de entre 55 hasta 64 años de edad, 46 (43,5%) de 65 a 74 años y 24 (24,4%) del grupo de 75 años y más. Según el sexo, se realizaron 51 (48,3%) exámenes a pacientes de sexo femenino y 53 (51,7%) de sexo masculino. El sexo femenino presentó una distribución en grupos de edad del 34,7%, 46,5% y 18,8% correspondientes a los grupos de 55 hasta 64 años, 65 a 74 años y 75 y más años. Las encuestas del sexo masculino indicaron 29,6%, 40,7% y 18,8% respectivamente para los grupos de 55 hasta 64 años, 65 a 74 años y 75 y más años. Según los estadísticos, se indica una media de edad en la participación de pacientes de 68 años, con límite inferior de 55 años y un límite máximo de 91 años según, lo representado.

Gráfico N° 01

Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, según edad y sexo

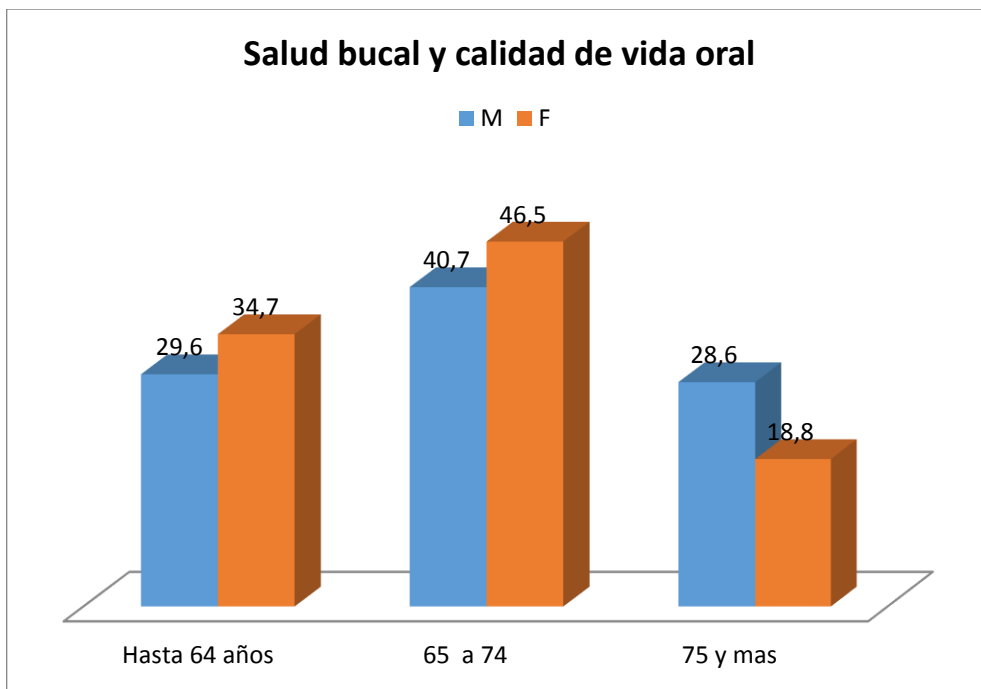


Tabla Nº 02

Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, del sexo según el nivel escolar

SEXO	NIVEL ESCOLAR											
	sin instrucción		Básica		Regular		Técnica		Superior		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
M	11	20,4	25	46,3	12	23,1	5	9,3	1	0,9	54	51,7
F	18	38,6	26	50,5	4	7,9	1	2,0	1	1,0	50	48,3
Total	29	29,2	51	48,3	16	15,8	6	5,7	2	2,0	104	100

Fuente: propia del investigador

Según los datos sobre el Nivel Escolar, del total de la muestra (n=104), 31 (29,2%) están en la categoría de sin instrucción (quienes no han recibido ni participado en ningún nivel de educación), repartidos por sexo en 11 mujeres y 20 hombres.

En el nivel de educación básica (quienes han recibido educación básica primaria) se encontraron 51 (48,3%) pacientes, 25 de ellos del sexo femenino y 26 del masculino.

El nivel de educación regular con 16 (15,8%) pacientes y repartidos por sexo en 12 mujeres y 5 hombres; con formación intermedia (han recibido formación de nivel técnico), de un total de 6 (5,7%) participantes, 5 son mujeres y 1 hombre.

Finalmente en la categoría de educación superior, de 2 (1,0%) pacientes, uno del sexo femenino y uno masculino.

La distribución porcentual del nivel escolar de la muestra, indica un mayor número de pacientes que han recibido un nivel de educación básica (48,3%), seguido de la categoría de sin instrucción (29,2%), y continuamente el nivel de educación regular (15,8%), formación intermedia (5,7%) y por último los diplomados o licenciados (1,0%).

Gráfico N° 02

Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, del sexo según el nivel escolar

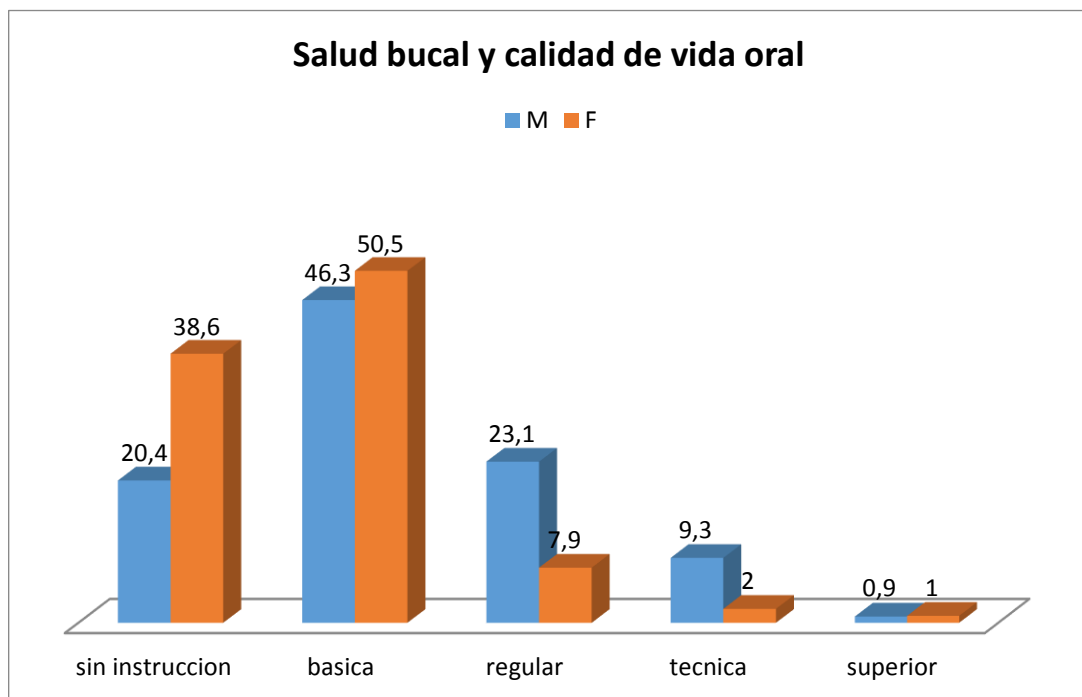


Tabla N° 03

Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, de los hábitos de comportamiento nocivos como el consumo de tabaco según la edad y el sexo

TABACO	EDAD								SEXO			
	Total		Hasta 64 años		65 a 74		75 a mas		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fumador	19	18,7	10	29,9	7	15,4	3	9,8	15	27,8	4	8,9
No fumador	51	48,8	14	43,3	25	54,9	13	45,1	10	18,5	41	81,2
Ex fumador	33	31,6	9	26,9	13	28,6	11	43,1	28	52,8	5	8,9
Ocasional	1	1	0	0	1	1,1	1	2	1	0,9	1	1

Fuente: propia del investigador

El consumo de tabaco, (calificado como un hábito de comportamiento nocivo), tras la encuesta se identificó que la muestra mantenía un grupo de fumadores activos de 19 pacientes. Así mismo como no fumadores a 51 encuestados; definidos como exfumadores a 33, y 1 como aquellos que manifestaron realizar la práctica o el consumo ocasionalmente.

Del grupo de fumadores activos (18,7% de la muestra), según el sexo, un número de 15 pacientes pertenecen al sexo masculino y 4 al femenino.

Analizándolos por grupos de edad, 10 son menores de 64 años, 7 de entre 65 y 74 años y 3 pacientes con más de 75 años de edad.

Dentro de los no fumadores (48,8% de la muestra), 10 son hombres y 41 son mujeres. Según el grupo de edad: 14 de entre 55 y 64 años, 25 de entre 65 y 74 y 12 pacientes del grupo de más de 75 años.

El grupo de exfumadores (31,6% de la muestra) incluye 28 hombres y 5 mujeres según la encuesta; y tras el análisis por grupos de edad: 9 de entre 55 a 64 años; 13 pacientes entre 65 y 74 años de edad y 11 del grupo de mayores de 75 años.

De la muestra, la mayoría de pacientes se encuentran en el grupo de no fumadores (48,8%), seguido en orden por los definidos como exfumadores (31,6%), después los fumadores activos (18,7%) y en mínima proporción los que lo hacen ocasionalmente (1%).

Gráfico N° 03

Relación entre la salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, de los hábitos de comportamiento nocivos como el consumo de tabaco según la edad y el sexo

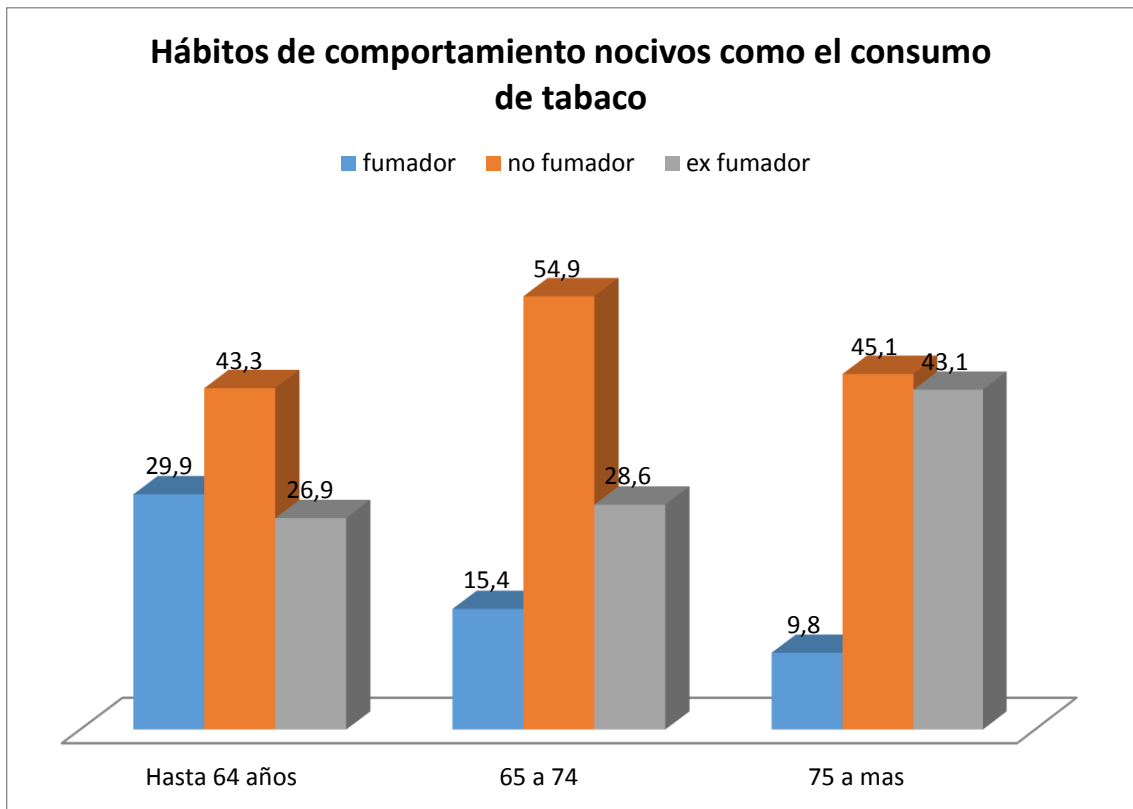


Tabla Nº 04

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por los hábitos de comportamiento nocivos como el consumo de alcohol según la edad y el sexo

Alcohol	EDAD								SEXO			
	Total		Hasta 64 años		65 a 74		75 a mas		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bebedor	22	21,	10	31,3	10	23,1	1	3,9	15	28,7	7	12,9
No bebedor	27	26,3	8	22,4	12	26,4	8	31,4	6	11,1	21	42,6
Ex bebedor	4	3,8	0	0	1	2,2	3	11,8	4	7,4	0	,0
Ocasional	51	48,8	16	46,3	22	48,4	13	52,9	28	52,8	23	44,6
Total	104	100	34	100	45	100	25	100	53	100	51	100

Fuente: propia del investigador

El consumo de alcohol, (dentro del grupo de hábitos de comportamiento nocivo), indica en la muestra una distribución con 22 pacientes bebedores activos, como no bebedores a 27 pacientes, ex bebedores a 4 pacientes y 51 que manifestaron realizar la práctica ocasionalmente.

Los identificados en el grupo de bebedores activos (21,1% de la muestra y quienes beben diariamente 2 o más copas de bebidas con contenido de alcohol) según su distribución por sexo: 6 pertenecen al sexo femenino y 16 al masculino.

Si los analizamos según los grupos de edad, corresponden 11 pacientes a menores de 64 años, 10 de entre 65 y 74 años, y 1 del grupo de mayores de 75 años de edad.

En el segundo grupo, los definidos como no bebedores (26,3% del total), están distribuidos según el sexo en 12 pacientes pertenecientes al sexo masculino y 43 del sexo femenino.

Teniendo en cuenta la edad para este grupo se identifican 15 como menores de 65 años, 24 de entre 65 a 74 años y 16 de más de 75 años de edad. Otros denominados ex bebedores, equivalen solo al 3,8% de la muestra, siendo el total 8 pacientes pertenecientes al sexo masculino; de los cuales y según la edad, 2 se encuentran en el rango de entre 65 a 74 años y 6 en el de mayores de 75 años. Hay otro grupo que son los denominados bebedores ocasionales (48,8% de la muestra), quienes según el sexo se distribuyen en 57 del sexo masculino y 45 del femenino.

Revisando los grupos de edad, 31 son menores de 64 años, 44 pacientes de entre 65 y 74 años de edad y 27 de más de 75 años de edad.

De la muestra y propiamente en la variable consumo de alcohol, hay un mayor número de pacientes (48,8%) en el grupo que practican el consumo ocasionalmente; seguido de los denominados no bebedores con un 26,3%, luego como bebedores un 21,1% y finalmente un 3,8% en el grupo de ex bebedores.

Gráfico N° 04

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por los hábitos de comportamiento nocivos como el consumo de alcohol según la edad y el sexo

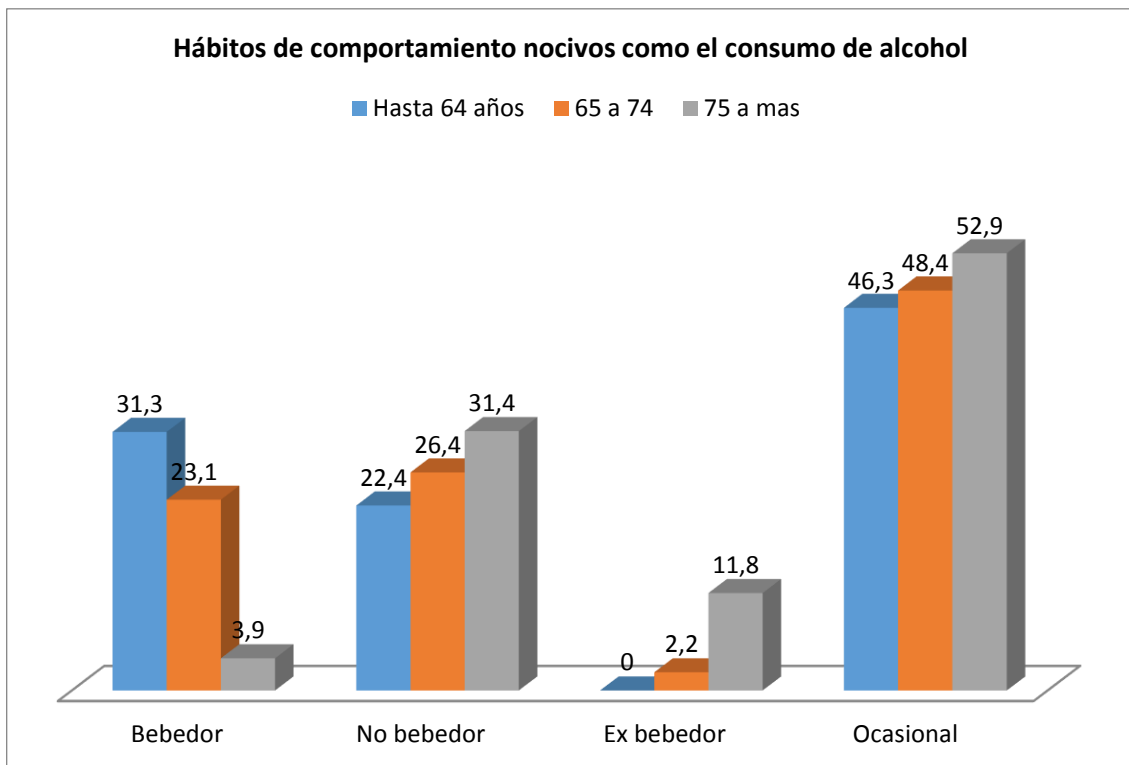


Tabla Nº 05

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por comportamientos habituales de higiene como Frecuencia de cepillado, según la edad y el sexo

Frecuencia de cepillado	EDAD									SEXO			
	Total		Hasta 64 años		65 a 74		75 a mas		M		F		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Una vez al día	38	36,4	13	28,8	17	38,5	7	29,4	27	43,5	15	28,7	
Dos o más veces	58	55,5	18	58,2	25	53,8	14	54,9	27	43,5	34	68,3	
Nunca	8	8,1	1	3,0	4	7,7	4	15,7	13	12	3	3,0	

Fuente: propia del investigador

Las variables escogidas, dentro de los comportamientos habituales de higiene se indicaron para conocer en la muestra el uso de elementos y actividades diarias como el cepillado, el uso de dentífrico y además el del colutorio, según está reflejado en la metodología.

En cuanto a la frecuencia del cepillado y según los resultados, el 36,4% de la muestra se cepilla “una vez al día”, el 55,5% “dos o más veces” y el 8,1% reportan “nunca” realizar la práctica de cepillado.

Si analizamos por sexo, del grupo de los hombres, un 43,5% practican el cepillado una vez al día, y otro porcentaje igual lo practican dos o más veces, mientras que solo el 13% reporta no realizar la práctica. En el grupo de las mujeres, el 28,7% lo realizan una vez al día y un poco más del 68% hacen la práctica dos o más veces; tan solo un 3% reportan no realizar nunca el cepillado dental.

Si revisamos los datos según los grupos de edad, en los tres grupos evaluados (menores de 64 años, entre 65 y 74 años y mayores de 75 años de edad) hay un mayor porcentaje de sujetos que practican el cepillado (más del 50% para los tres grupos de edad) dos o más veces al día; además se observa también un aumento en el número de personas que nunca realizan la práctica de cepillado en la medida que aumenta la edad en las personas mayores.

Gráfico N° 05

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por comportamientos habituales de higiene como Frecuencia de cepillado, según la edad y el sexo

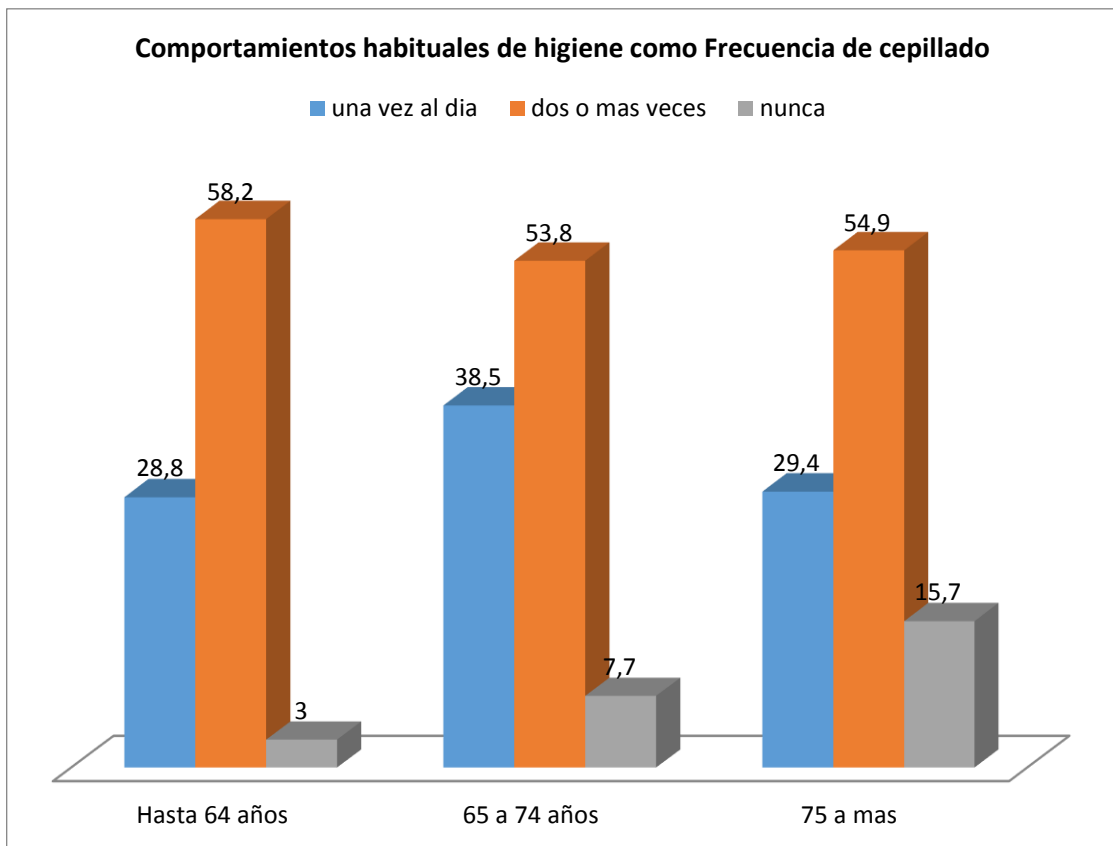


Tabla N° 06

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, con comportamientos habituales de higiene como Oportunidad de cepillado, según la edad y el sexo

Oportunidad de cepillado	EDAD								SEXO			
	Total		Hasta 64 años		65 a 74		75 a mas		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Después de la comida	66	63,2	20	59,7	28	61,5	18	70,6	32	59,3	39	67,3
Entre comidas	6	5,7	1	4,5	3	6,6	1	5,9	4	7,4	2	4,0
Antes de acostarse	24	23,0	11	32,8	11	24,2	2	7,8	11	20,4	13	25,7
Ninguna	8	8,1	1	3,0	3	7,7	4	15,7	7	13,0	1	3,0

Fuente: propia del investigador

La oportunidad de cepillado, del total de la muestra, el 63,2% reporta realizar la práctica de cepillado en un espacio de tiempo “posterior a la comida”, un 5,7% lo realizan “entre las comidas” y el resto de la muestra que corresponde al 23% hacen la práctica del cepillado “antes de acostarse”.

En cuanto al análisis por sexo se observa en la muestra tanto para el grupo femenino como para el masculino un comportamiento similar a los porcentajes registrados en la evaluación de la muestra en general para cada una de las variables. Revisando y comparando los resultados según los grupos de edad, hay dos datos o situaciones a destacar. El primero está en las personas que realizan la práctica de cepillado en el momento posterior a la comida, donde aumenta en porcentaje para cada grupo de edad en la medida que hay mayor edad. Y segundo, es el la situación contraria, donde disminuye la práctica del cepillado antes de acostarse, en cada grupo de edad en la medida que esta aumenta.

Gráfico N° 06

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, con comportamientos habituales de higiene como Oportunidad de cepillado, según la edad y el sexo

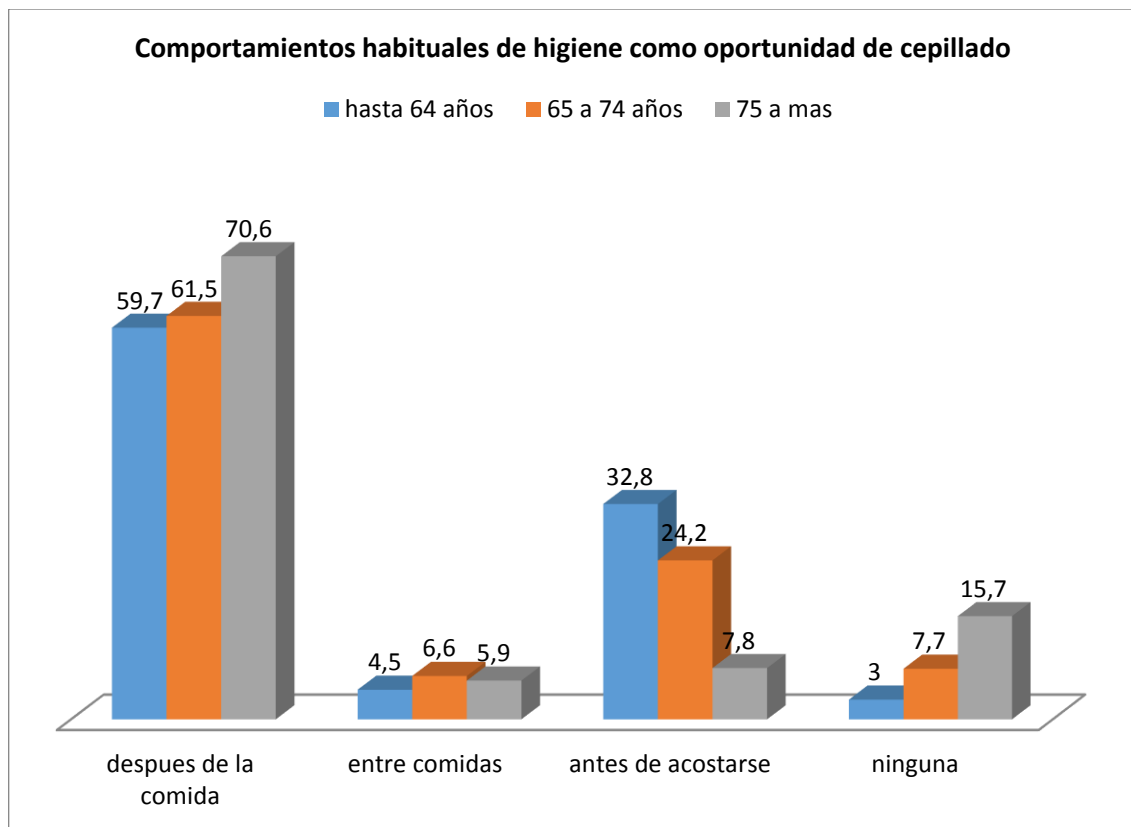


Tabla N° 07

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, en comparación de los hábitos de dieta como la frecuencia del consumo de azúcar según la edad y el sexo

Consumo de azúcar	EDAD								SEXO			
	Total		Hasta 64 años		65 a 74		75 a mas		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Con la comida	43	41,2	13	38,8	25	54,9	5	19,6	26	48,1	17	33,7
Entre comidas	50	47,8	20	59,7	13	28,6	17	66,7	24	45,4	26	50,5
Nunca	11	11	1	1,5	7	16,5	3	13,7	4	6,5	7	15,8

Fuente: propia del investigador

Los resultados obtenidos de los hábitos de dieta, están definidos primero en la variable frecuencia de consumo de azúcar y segundo en el tipo o consistencia de azúcar consumido.

Los resultados indican que en la muestra (n=104), hay un hábito de frecuencia de consumo de azúcar acompañado con la comida en el 41,2% de los encuestados; el consumo entre comidas es del 47,8% y sólo un 11% de la muestra registra nunca realizar consumos de azúcar.

Si se compara por sexo, se observa una tendencia a mayor consumo por parte del sexo masculino frente al femenino, pero éste último, lo realizan con mayor frecuencia entre comidas (50,5%), mientras que en el grupo de los hombres el momento de consumo de azúcar es similar entre las dos variables.

Valorando estos datos con respecto a la edad, merece resaltar que en el grupo de personas que nunca consumen azúcar, casi la totalidad son mayores de 65 años de edad.

Gráfico N° 07

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, en comparación de los hábitos de dieta como la frecuencia del consumo de azúcar según la edad y el sexo

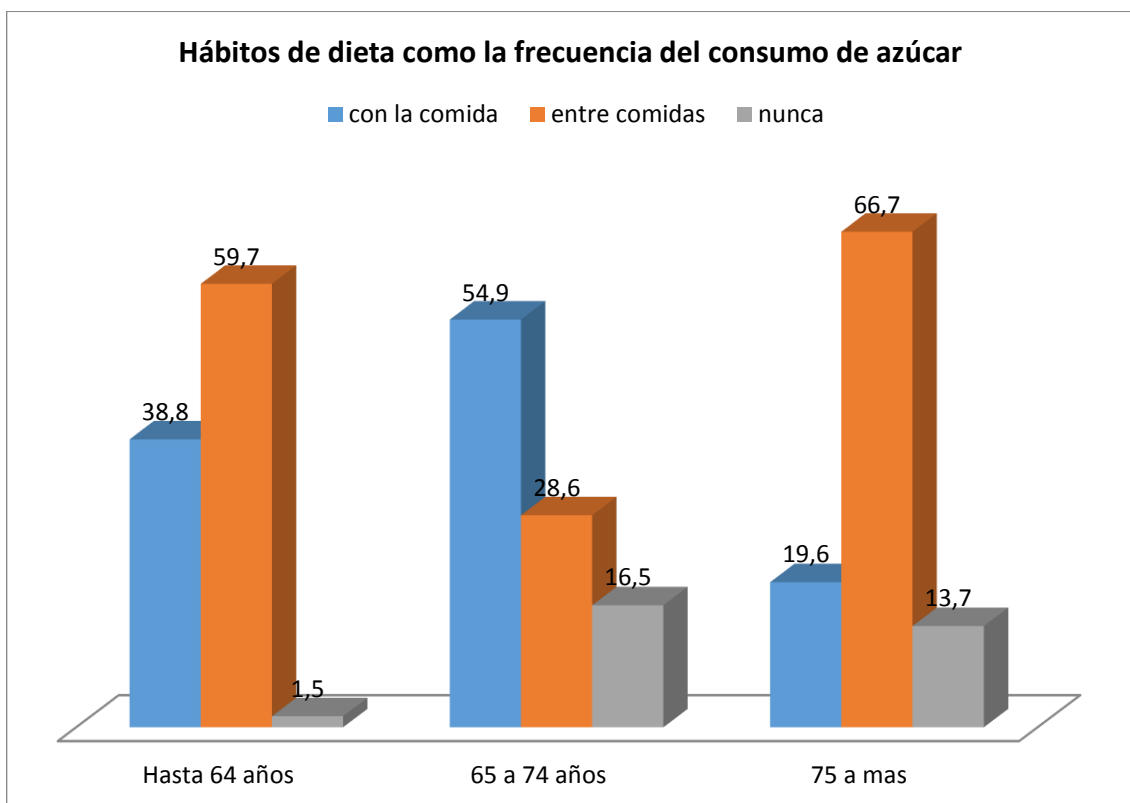


Tabla N° 08

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, de los hábitos de dieta como la frecuencia del consumo de alimentos según la edad y el sexo

Consumo de alimentos	EDAD								SEXO			
	Total		Hasta 64 años		65 a 74		75 a mas		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Sólido</i>	9	8,6	2	7,5	5	12,1	1	3,9	5	10,2	3	6,9
<i>Semisólido</i>	63	60,8	24	70,1	21	45,1	19	76,5	31	57,4	32	64,4
<i>Líquido</i>	20	19,6	7	20,9	12	26,4	2	5,9	14	25,9	7	12,9
<i>Ninguno</i>	12	11,0	1	1,5	7	16,5	4	13,7	4	6,5	8	15,8
<i>Total</i>	104	100	34	100	46	100	26	100	54	100	50	100

Fuente: propia del investigador

La consistencia o tipo de alimentos consumido indica un consumo de tipo sólido en el 8,6% de la muestra, semisólido en el 60% y líquido en casi un 20% de los encuestados.

Valorando las diferencias según el sexo se observa un comportamiento muy similar para mujeres y hombres en el tipo de dieta sólida y semisólida con respecto a la muestra general. En cuanto a la dieta de tipo líquido en los hombres la cifra duplica a la de las mujeres.

Gráfico N° 08

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, de los hábitos de dieta como la frecuencia del consumo de alimentos según la edad y el sexo

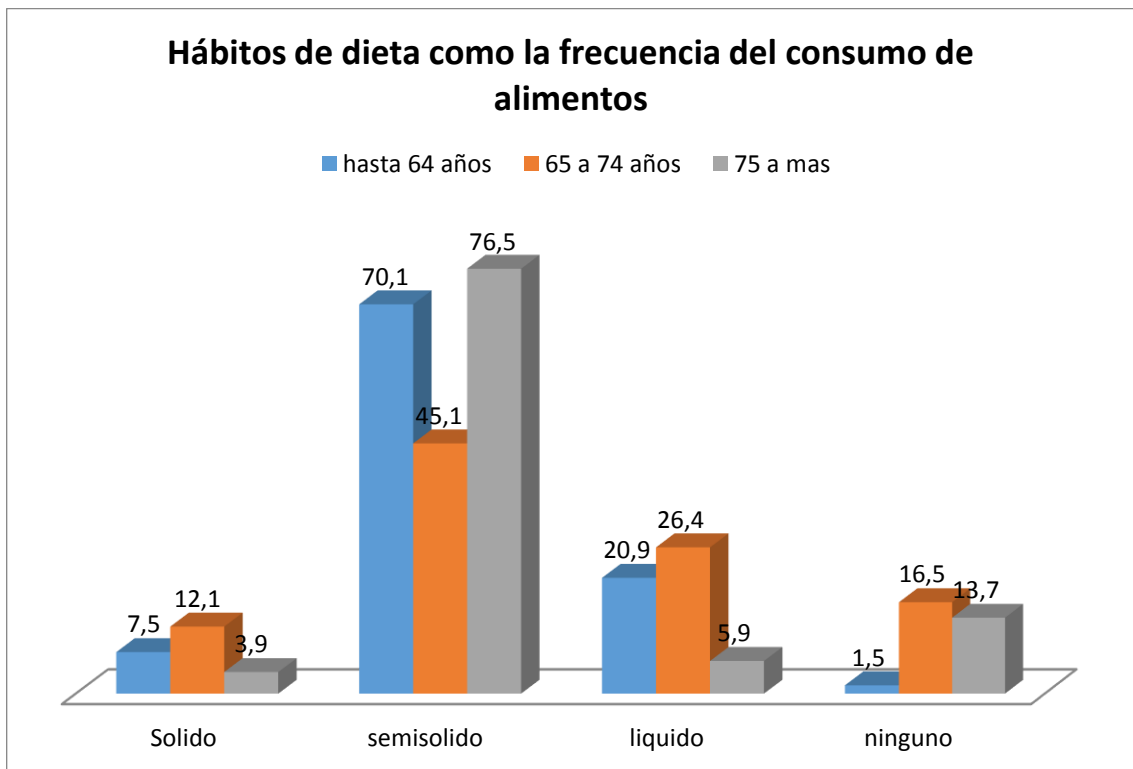


Tabla N° 09

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, dientes Cariado, Ausente y Obturado, CAOD, y Dientes Sanos. Media y distribución según edad y sexo

		N	C	A	O	CAOD	Dientes sanos
Media	general	104	4,4	15,58	1,84	21,86	10,14
sexo	M	54	4,94	16,59	1,67	23,20	8,80
	F	50	3,90	14,5	2,02	20,42	11,58
Edad	<64 años	33	5,99	13,06	1,48	20,52	11,48
	65-74	46	3,69	15,86	1,87	21,42	10,58
	>75 años	25	3,75	18,39	2,25	24,39	7,61

Fuente: propia del investigador

Los resultados reflejados en la tabla 9, indican una media del índice CAOD general en la muestra de 21,86 (IC 95% 20,86-22,85).

Revisando sus componentes de forma individual, se indica un valor de 4,44 (DE±4,9) para el componente Cariado, 15,58 (DE±8,3) para el componente Ausente y el componente Obturado con un valor de 1,84 (DE±2,9).

Se puede comprobar la influencia o predominio del elemento ausente en este grupo etario, el cual es causante del valor elevado del índice CAOD y representa aproximadamente el 71% de su valor total.

En cuanto a la diferencias según el sexo, se aprecia un valor de 20,42 para el CAOD en el sexo femenino, mientras que el masculino se aprecia un valor de 23,20.

En cuanto a los componentes del índice, se identifican valores superiores en el sexo masculino para los componentes cariado y ausente, mientras que en el componente obturado se aprecia levemente superior el valor para el sexo femenino (media 2,02) respecto al masculino (media 1,67).

Comparando los valores según la edad, se aprecia que estos aumentan en función de la mayor edad ($p=0,012$). Así, el grupo de hasta 64 años tiene un índice CAOD de 20,52 (IC 95% 18,62-22,42), los de 65 a 74 años 21,42 (IC 95% 19,96-22,88) y los mayores de 75 años de edad con un valor de 24,39 (IC 95% 22,56-26,23)

Analizando los componentes se aprecia un aumento en los valores en función del aumento en la edad para los componentes ausente y obturado, pero el comportamiento en el componente cariado es diferente, ya que el valor es mayor en el grupo de hasta 64 años con respecto a los de mayor edad

En cuanto a los grupos de edad, hay diferencias estadísticas ($p=0,012$), donde los menores de 64 años tienen una media de 11,48 (IC 95% 9,58-13,38), los de 65 a 74 años de 10,58 (IC 95% 9,12-12,04) y los mayores de 74 años de 7,61 (IC 95% 5,77-9,44) de media de dientes sanos.

Los resultados del CAOD difieren estadísticamente ($p=0,04$) con los grupos de la variable consumo de alcohol; de la misma forma como se presenta cuando es comparado este grupo y sus resultados del número de dientes sanos ($p=0,04$)

Tabla N° 10

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por Autoevaluación y análisis de la media del índice GOHAI según la edad, el sexo y el nivel escolar

		Autoevaluación						GOHAI	
		Buena		Regular		Mala			
		N	%	N	%	N	%	N	
Total 104 (100%)		25	24,4	46	44,0	33	31,6	39,12	
EDAD	Hasta 64	34	10	39,2	15	32,6	8	25,8	39,28
	64 a 75	45	11	43,1	23	48,9	12	36,4	39,63
	75 y mas	25	4	17,6	8	18,5	13	37,9	38,02
SEXO	M	54	11	41,2	25	54,3	19	56,1	39,30
	F	50	15	58,8	21	45,7	14	43,9	38,94
Nivel Escolar	Sin Instr.	29	7	25,5	9	20,7	13	43,9	38,41
	Básica	51	14	54,9	25	54,3	12	34,8	39,43
	Regular	16	4	17,6	8	16,3	4	13,6	39,82
	Técnica	6	1	2,0	3	6,5	2	7,6	38,92
	Superior	2	0	,0	1	2,2	1	,0	35,50

Fuente: propia del investigador

Resultados de Calidad de Vida: Autoevaluación y GOHAI: Autoevaluación de salud bucodental

A la pregunta enmarcada en el concepto de autoevaluación del paciente, la muestra (n=104), indica que el 24,4% (n=26) consideran tener una buena condición de salud bucodental, frente al 44% (n=41) que responden estar en una

condición de salud bucodental en estado regular y un tercer grupo correspondiente al 31,6% de la muestra (n=33) quienes se identifican con autoevalúan con una condición de salud bucodental mala

Comparando la autoevaluación con los grupos de edad y, tras un análisis, se observa que en el grupo de una autoevaluación buena (grupo a-b), el 39,2% son menores de 65 años; un 43,1% de entre 65 y 74 años de edad, y los de más de 75 años corresponden al 17,6%.

En el grupo de autoevaluación regular (grupo a-r), son menores de 65 años un 32,6%. De entre 65 a 74 años, está el 48,9% y con más de 75 años un 18,5%. Definidos con una autoevaluación mala (grupo a-m), se encuentran distribuidos en un 25,8% los de hasta 64 años, 36,4% los de entre 65 y 74 años de edad y con más de 75 años un grupo correspondiente al 37,9%. Haciendo una valoración por sexo, en el grupo a-b, está conformado por un 58,8% perteneciente al sexo femenino, y un 41,2% del sexo masculino. El grupo a-r, presenta un comportamiento contrario al anterior, donde el sexo femenino lo compone el 45,7% de la muestra y el de sexo masculino un 54,3%. Finalmente con los identificados en el grupo autoevaluación mala (a-m), el 43,9% son de sexo femenino, mientras que un 56,1% son de sexo masculino.

Valorando los resultados de la autoevaluación con el nivel escolar, se observa en el grupo autoevaluación buena (a-b) una mayor concentración de pacientes con un nivel de educación básica (54,9%), seguidos del nivel sin instrucción, educación media, formación intermedia o técnica. El grupo autoevaluación regular (a-r), mantiene unas características similares donde los sujetos en mayor

concentración están en un nivel de educación básica, seguidos de los sin instrucción y de educación media.

Tabla Nº 11

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, por la Autoevaluación de la condición bucal, según variables sociodemográficas, subjetivos y clínicas

Variables	Buena	Regular	Mala	P
Edad (media)	%	%	%	
55-64	39,2	32,6	25,8	0,037**
65-74	43,1	48,9	36,4	
75 +	17,6	18,5	37,9	
Sexo (%)	%	%	%	
femenino	58,8	45,7	43,9	0,221
masculino	41,2	54,3	56,1	
Nivel escolar	---	---	---	0,047**
Tabaco (%)	%	%	%	
Fumador	11,8	20,7	21,2	0,078
No fumador	68,6	44,6	39,4	
Exfumador	19,6	33,7	37,9	
Ocasionalmente	0,0	1,1	1,5	
Alcohol	---	---	---	0,441
Frecuencia de cepillado	---	---	---	0,604
Oportunidad de cepillado	---	---	---	0,154
Consumo de azúcar	---	---	---	0,837
CAOD	19,73	21,30	24,27	0,02*
C	4,25	4,46	4,56	,945
A	13,37	14,90	18,23	0,04*
O	2,10	1,95	1,48	,483
Nº de dientes sanos	12,27	10,70	7,73	,002*
GOHAI	41,10	38,99	37,79	0,01*

Fuente: propia del investigador

Los del grupo autoevaluación mala (a-m), con un comportamiento distinto, donde la mayor concentración de sujetos está en un nivel de educación de analfabeto (43.9%), seguido de los de educación básica y media.

Al comparar los resultados de la autoevaluación de la salud bucodental con las variables sociodemográficas, se observa que la variable edad, al compararla con las tres respuestas de la autoevaluación buena, regular o mala, nos indica una relación estadística que puede indicar algún grado de asociación entre estas dos variables ($p=0,037$).

El sexo no muestra ninguna posible relación estadísticamente significativa con la autoevaluación, mientras que la variable nivel escolar, muestra una relación estadísticamente significativa ($p=0,047$) con la autoevaluación.

Con el segundo grupo de variables definidas como de comportamiento, solo se observa una posible relación estadísticamente significativa ($p=0,078$) con la variable consumo de tabaco, mientras que con el resto de variables cualitativas definidas dentro del mismo grupo (consumo de alcohol, frecuencia de cepillado, oportunidad de cepillado y consumo de azúcar), no se encontraron posibles asociaciones realizado el test "Chi-cuadrado de Pearson", manteniéndose la no relación estadística entre estas variables independientes.

De la misma manera y, tal como se refleja en la tabla 11, se realizaron las comparaciones entre la autoevaluación de la salud bucodental y las variables numéricas que componen el grupo de variables clínicas del estado de salud bucodental.

Se encontraron asociaciones con significancia estadística entre la autoevaluación de la salud bucodental y variables como CAOD ($p=0,02$), componente ausente ($p=0,04$) y, el número de dientes sanos ($p=0,002$).

El grupo a-m, presenta unos valores CAOD de 24,27, siendo muy superior a los registrados por el grupo a-b con CAOD de 19,73 y el grupo a-r con CAOD de 21,30.

Siguiendo la tendencia anterior, el grupo a-m, registra un valor del elemento ausente del CAOD de 18,23. El grupo a-b presenta un valor de 13,37, aumentando en el grupo a-r con valor de 14,90.

El número de dientes sanos es menor en los sujetos del grupo a-m, 7,73. Mientras que aumenta su valor en los grupos a-r (10,70 IC 95% 9,27-12,12) y a-b (12,27 IC 95% 10,09-14,46).

No parece haber ninguna relación estadísticamente significativa entre la autoevaluación de la salud bucodental y variables clínicas del estado bucodental tales como el componente cariado del CAOD, el componente obturado del CAOD, con el índice de caries radicular.

Tabla Nº 12

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, Variación de índice GOHAI según variables cualitativas

Variables cualitativas	GOHAI	
	Media	P
Sexo	---	0,975
Edad	---	0,172
Nivel escolar	---	0,503
Tabaco	---	0,097
Alcohol	---	0,072
Frecuencia de Cepillado		
Una vez al día	38,17	
Dos o más veces	39,91	0,036*
Nunca	38,00	
Oportunidad de Cepillado	---	0,784
Consumo de azúcar	---	0,198
Tipo de alimentos	---	0,076

Fuente: propia del investigador

El índice de calidad de vida oral aplicado a los adultos mayores “Geriatric Oral Health Assessment Index” o GOHAI, indica en su resultado un valor de 39,12 (DE±4,96). Solo se aprecia una relación estadística entre el GOHAI y la variable de comportamiento definida como frecuencia de cepillado ($p=0,036$) (Aplicado el test ANOVA).

Tabla N° 13

Salud bucal y calidad de vida oral en adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016 – I, Variación GOHAI vs variables cuantitativas. Correlación de Pearson, coeficientes entre GOHAI, y variables clínicas como CAOD y factores Cariado, Ausentes, Obturado Y N° de dientes sanos

	GOHAI	
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
CAOD	-,279(**)	,000
Cariado	,214(**)	,002
Ausente	-,416(**)	,000
Obturado	,136(*)	,050
Nº de Dientes Sanos	,279(**)	,000

Fuente: propia del investigador

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Según la escala de respuestas propuesta por los autores, para categorizar el resultado del test con un resultado máximo de 60, el de la muestra indica que se encuentra en un nivel de calidad de vida oral bajo, definido como valor de 50 o menor, según las tres categorías de nivel alto, moderado y bajo.

Revisando los datos del índice GOHAI, frente a los de la autoevaluación de salud bucodental, se aprecia una disminución estadísticamente significativa de $p=0,01$ (test ANOVA) donde el grupo que manifiesta mantener una buena salud bucodental, presenta un GOHAI de 41,10 (IC 95% 39,65-42,55).

El segundo grupo con respuesta de salud bucodental regular, presenta un GOHAI de 38,99 (IC 95% 37,96-40,02) y, el grupo de la autoevaluación mala, indica un GOHAI de 37,79 (IC 95% 36,71-38,87).

La tabla número 13, ilustra los resultados de la valoración de los datos del GOHAI, al compararlos frente al conjunto de variables sociodemográficas y de comportamiento desarrolladas en este documento.

Al parecer y según los datos estadísticos, no hay ningún tipo de asociación de variables independientes entre los resultados del GOHAI y los grupos de edad, sexo, nivel escolar, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y, las demás variables de higiene bucodental y dieta.

5.2 Discusión

El aumento de la población de personas mayores de 55 años es un fenómeno inminente en el mundo, y de manera especial en la población peruana.

En la actualidad los estudios realizados se centran para entender y comprender los fenómenos que acontecen alrededor del envejecimiento y sobre todo a conocer e interpretar los cambios fisiológicos, patológicos y los generados por los profesionales en el ejercicio, buscando mejorar la atención en salud bucodental, lo que implica una mejora en la calidad de vida.

Atchison y Dolan (1990), desarrollaron el GOHAI, con el fin de tener un instrumento que permita establecer una evaluación objetiva de los problemas de salud oral de los adultos mayores. A ellos se han sumado algunos desarrollados en países como Canadá, Francia, Alemania, China, Japón, Suecia, Turquía, entre otros, quienes han seguido la huella y mantienen el interés por conocer, validar y utilizar esta herramienta (GOHAI), con el fin de comprender los procesos que suceden alrededor de las personas mayores e incluso de los adultos jóvenes en sus países.

Encontramos diversos trabajos que incluyen variables diferentes; siempre buscando la comparación con factores de calidad de vida oral, como es en este caso, el índice de calidad de vida oral de geriatría GOHAI.

Por otro lado Atchison (2006), también justifica el uso del GOHAI, para relacionarlo con valoraciones postquirúrgicas tras cirugía orofacial, teniendo en cuenta la percepción de salud después del tratamiento realizado.

En Japón, Ikebe (2007), además de la valoración de la función masticatoria, la relaciona con la calidad de vida oral en ancianos. Otros, como Ozcelik (2007), evalúan el impacto de tratamientos realizados a nivel de tejidos periodontales.

Los resultados obtenidos y mostrados en el presente estudio, son representativos de los pacientes que acuden a la clínica estomatológica del adulto de la UAP, no pudiendo ser generalizados para toda la población que acuden a ser atendidos, debido a la gran influencia de los factores sociodemográficos y de carácter subjetivo de los participantes en la encuesta, que además, buscando una solución a sus problemas de salud bucodental.

Aunque la mayoría de los trabajos en poblaciones de personas mayores concentran sus muestras en adultos de más 65 años, la muestra de este estudio (n=104), fue seleccionada a partir de los 55 años, con la finalidad de permitir de tener en cuenta las recomendaciones de la OMS.

La muestra además, conserva la característica de ser una población funcionalmente independiente y con capacidad de responder a un cuestionario, tienen la característica de acudir voluntariamente a la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima 2016-I. La muestra de este estudio presenta unas características comparables, según se observa en trabajos publicados. Así como hay estudios que presentan muestras similares, otros manejan muestras mayores, como también intereses distintos. Krstrup y Poul Petersen (2006), comparan el estado periodontal y su influencia con la edad y otros factores sociodemográficos; pero en este caso en una población de 1115 sujetos de edades de 35 a 44 y 65 a 74 años de edad.

Características sociodemográficas

En nuestro estudio, la mayoría de los participantes se encontraban en el grupo de edad de 65 a 74 años, seguido de los del primer grupo. Siempre consideradas personas independientes que asisten por su propia cuenta a la clínica de la universidad, con una mayor participación del sexo masculino.

Las características del nivel escolar de los participantes de nuestro estudio, está representado en un 48,3% de sujetos con un nivel de educación básica, seguido de una proporción menor con la condición de sin instrucción, y en una mínima participación de personas con niveles de educación más altos. Estos datos pueden corroborar, que las condiciones y tipo de personas que acuden a las clínicas de la facultad, son de recursos medios y con búsqueda de abaratar costos en el servicio y tratamiento bucodental.

Hábitos nocivos

En cuanto al comportamiento habitual de la muestra, es una población donde el 51% han practicado el consumo de tabaco durante gran parte de su vida, de los cuales casi un 70% lo han dejado, quizá influenciado por recomendaciones médicas. De la misma manera los resultados indican que el hábito del tabaco ha estado presente más en los hombres que en las mujeres (más del 80%), las cuales en una menor proporción lo han experimentado. Si se analiza por grupos de edad, se observa cómo, cuando aumenta la edad, aumenta la proporción de sujetos exfumadores en su grupo y de la misma manera se aprecia la disminución de los que practican el hábito del tabaco. El porcentaje de fumadores activos de la muestra, coincide con los resultados de los sujetos adultos mayores que mantienen el hábito positivo del tabaco en el estudio de Shah y Sundaram (2004).

Sus datos indican que el hábito está presente en el 19,5% de la muestra, comparado con el 18,7 de nuestro estudio.

Nuestros datos, siguen la tendencia de comportamiento para el hábito del consumo de tabaco según los fumadores activos. En el caso de los exfumadores, la muestra de nuestro estudio tiene un porcentaje menor (31,6%) frente a los indicados en el estudio de la población canadiense; mientras que los que nunca han fumado, en nuestro estudio indica datos muy superiores con los comparados (48,8% no fumadores de nuestro estudio).

En la variable consumo de alcohol, se consideró a una persona bebedora, a quien consumía alguna copa de vino al día y además alguna copa de licor, siendo el concepto diferente de bebedor a alcohólico. La mayoría de los encuestados han manifestado consumir alguna copa ocasionalmente (48,8%), y en una menor cantidad los que se han definido como no bebedores (26%). Los hombres consumen más que las mujeres, según los datos obtenidos, pero el 78% de los no bebedores son del sexo femenino.

En la muestra, sólo el 25%, han mantenido un consumo diario y frecuente de bebidas con contenido alcohólico durante casi toda su vida, de los cuales, solo cerca del 4% han dejado de consumirlo.

Hábitos de higiene

Según la muestra, parece haber una práctica de cepillado que podría clasificarse como moderada, ya que poco más de la mitad manifiesta realizar un cepillado dental de dos o más veces durante el día, seguido de un grupo menor del 36% que la realiza una vez al día.

Lamentablemente, pese a la información que se maneja en los medios de

comunicación y la difusión en cuanto a la prevención y la higiene dental, todavía hay población que no practica ninguna actividad de higiene bucodental, como lo indica el 8% de la muestra, la cual manifiestan nunca realizar práctica de cepillado (tabla 5 y 6).

Las mujeres según los resultados, realizan con más frecuencia la práctica del cepillado dental que los hombres (68% frente a un 46% respectivamente). Siendo estos últimos quienes lideran, pero en la categoría de quienes no cepillan nunca (13% frente a 3%).

Si se analiza por grupos de edad, se mantiene el porcentaje de más del 50% que sí cepillan dos o más veces al día, pero se destaca en los resultados, que existe mayor número de sujetos que nunca cepillan en la medida que aumenta la edad.

El momento ideal para la realización del cepillado dental es inmediato a la comida, según el 63% de los encuestados. Le sigue un importante grupo que lo practican antes de acostarse (23%) y poco más del 5%, realizan su higiene dental entre las comidas. No se aprecian diferencias importantes en cuanto a la edad y el sexo, ya que mantienen características similares.

Hábitos de dieta

Nuestra muestra tiene un hábito de consumo de azúcar en casi el 90%, repartido en dos grupos, quienes la consumen con las comidas y quienes la consumen entre las comidas, que son la mayoría (47,8%). Los hombres frecuentan más consumos de azúcar que las mujeres, pero las mujeres lo realizan en mayor proporción “entre comidas”. Solo el 11% de la muestra no tiene momentos de consumo de azúcar, y la mayoría se encuentran en la edad superior de los 65

años, siendo de ellos el 30% masculino y el resto femenino.

La consistencia o tipo de alimentos consumido para el 60% de la muestra es de tipo semisólido, seguida de líquidos en solo un 20%, siendo los mayores de 75 años quienes consumen más de tipo semisólido. Los trabajos relacionados en esta discusión, no indican datos que se puedan comparar con el hábito de dieta de nuestra muestra.

Estado bucodental

Los problemas a nivel bucodental se reflejan de manera importante en el CAOD elevado de la muestra con un valor de 21,86 (IC 95% 20,86-22,85). Sin embargo hay que aclarar que este resultado puede estar influenciado por el componente de ausencias dentales; importantes en este grupo de población. Se justifica el comportamiento del CAOD, de manera individual con los resultados de sus componentes; estos indican un valor de media de 4,44 para el componente cariado, 15,58 del ausente y 1,84 del componente obturado.

Así mismo, los varones parecen tener mayor índice de caries que el sexo femenino, al igual que presentan mayor media, en el índice de dientes ausentes. Las mujeres por el contrario, parece, tienen mejor actitud preventiva de los problemas dentales en cuanto a restauraciones se refiere, ya que presentan un componente obturado levemente superior.

Los problemas de caries dental, se ven mayores en los valores del índice CAOD, en los pacientes de mayor edad, y se aprecia un aumento en su índice, a la vez que aumenta a edad de la muestra. Son mayores los valores de dientes ausentes y obturados en los sujetos de mayor edad, pero hay un mayor índice del componente cariado en los sujetos de edad comprendida entre los 55 y 64 años.

La media de dientes sanos es de 10,14 (IC 95% 9,15-11,14); se observa una media superior en mujeres, ante el resultado de los hombres. Analizando las diferencias de edad, se aprecia que con el aumento de los años, este índice parece ir disminuyendo.

En cuanto a los grupos de edad, se observa según los resultados, un aumento de sextantes excluidos en la medida que aumenta la edad de la muestra, quizá debido al aumento en el número de ausencia de piezas dentarias.

En las categorías de menor severidad, el sangrado se mantiene en proporciones similares para la edad de 55 a 64 años y de 65 a 74 años, mientras que los de mayor edad parece presentar una situación aumentada. La presencia de cálculo es mayor en los menores de 65 años.

Autoevaluación y percepción de la salud bucodental

En cuanto a la percepción de salud, se ha permitido obtener mediante el uso de una herramienta (índice GOHAI como indicador de salud), se ha podido convertir las respuestas e impresiones de los pacientes un tanto subjetivas, en una condición de salud bucodental objetiva con la ayuda de este instrumento.

La autoevaluación indica que un 24% de los encuestados tienen una condición bucal buena, aunque la gran mayoría (44%) reconocen estar en unas condiciones regular o aceptables, y solo el 31% califican su situación bucodental como mala.

El índice GOHAI (39,12), según la escala de valoración de su respuesta sugerida por Atchison y Dolan (1990), se encuentra en un nivel de calidad de vida oral bajo, dato que sintetiza objetivamente la percepción de salud bucodental de la muestra, sin embargo, hay que tener en cuenta que la muestra, representa a un

grupo de sujetos que acuden demandando tratamiento odontológico.

Los pacientes cuya autoevaluación es regular, de la misma manera coincide con un valor medio del GOHAI, y el grupo de la autoevaluación negativa coincide a si mismo con el valor más negativo de media del GOHAI en este grupo.

Esto concluye que, por lo menos haciendo una valoración general de los datos interpretados, la autoevaluación subjetiva del estado de salud de la muestra, no es independiente de la valoración de su calidad de vida oral, pero si contrasta con las personas que tienen una visión positiva del estado de su boca, ya que los datos de la puntuación del GOHAI, se encuentra en la escala de calidad de vida oral bajo.

Los resultados de las validaciones realizadas, indican datos interesantes de la percepción de la salud por parte de estas poblaciones condicionadas a sus características propias.

La versión alemana del GOHAI realizada por el grupo de Alexander Hassel et al. (2008), determinó en sus resultados una media del GOHAI de 56, para quienes reportaron tener satisfacción con el estado de su boca y una media de 44, para quienes no estaban satisfechos de su condición bucal.

Este estudio aportó comentarios de que el GOHAI, es un instrumento de medida de aplicación corta y compacta, y que puede mejorar la tasa de respuesta en los participantes, ideal para utilizarla como herramienta en estudios trasversales y longitudinales de personas mayores. La muestra de este estudio indica unos valores del GOHAI superiores.

Aspectos sociodemográficos, de comportamiento y la autoevaluación y percepción de salud

Las variables sociodemográficas como el sexo, edad y nivel escolar, al igual que algunas pertenecientes al grupo de los hábitos de comportamiento como el consumo de tabaco y alcohol, parece no mostrar diferencias importantes entre los subgrupos de cada variable, desde el punto de vista de la calidad de vida oral (GOHAI).

Otras, como la frecuencia de cepillado, sí registra diferencias, de tal manera que se puede interpretar como la calidad de vida puede estar asociada a la frecuencia de cepillado dental; el cepillado de dos o más veces al día, indica una tendencia a tener una mejor calidad de vida oral, según la percepción de los pacientes que acuden a la Clínica de la UAP, mientras que los que nunca cepillan, estadísticamente su calidad de vida oral es inferior. Sin embargo, hábitos como el momento del cepillado, no indican asociaciones importantes en los datos reflejados del GOHAI.

La autoevaluación de la salud bucodental, no presenta ningún tipo de asociación estadísticamente importante en su análisis de los tres grupos según el sexo de los participantes en el estudio. Pero si arrojó importancias estadísticas con respecto a la edad y comparado con el nivel escolar. Existe una asociación estadística entre la edad y a autoevaluación de la salud bucodental, buena, regular o mala. A menor edad (55 a 64 años), hay una mayor proporción de respuesta autoevaluación de la salud bucodental “positiva o buena”. En el grupo de edad medio (de 65 a 74 años), se presenta una mayor proporción de valoración de la salud de concepto “regular”; y, a mayor edad, hay una

autoevaluación de la salud bucodental “negativa o mala” en una mayoría de los encuestados. Estadísticamente el nivel escolar puede ser determinante para establecer un concepto de autoevaluación de la salud. Sin embargo, aunque el valor de la importancia estadística no es tan relevante ($p=0,047$), si se aprecia un mayor número de sujetos en la categoría de analfabetos con un concepto de autoevaluación “negativo o malo”. Mientras que en la categoría de sujetos con nivel de educación básica, hay una mayor concentración de sujetos con una valoración de autoevaluación de salud bucodental como “regular”.

Ante la evidencia de los resultados, parece no existir ninguna relación (estadísticamente comprobada) entre el concepto de autoevaluación de la salud bucodental y el comportamiento de los sujetos de la muestra, por lo menos en cuanto a hábitos nocivos como el consumo de tabaco y alcohol, y variables como los hábitos de higiene bucal y de dieta rica en consumos de alimentos.

Aspectos clínicos, autoevaluación y percepción de la salud

La autoevaluación de la salud bucodental, aparentemente contrasta con la condición clínica, debido a que los sujetos parece, tienen una visión más positiva, aunque con unos datos clínicos, realmente poco satisfactorios. Puede deberse a que utilizan otros criterios subjetivos como determinantes de su concepto de condición bucal. Pese a tener una media en el CAOD de 21,86, el 24% de la muestra definen su concepto de salud bucodental como bueno, y la gran mayoría (44%) la autoevalúan como regular. El grupo que define su salud bucal buena, presenta índices menores en el CAOD. A pesar del concepto negativo que da la interpretación del CAOD para este grupo (CAOD=19,73), quienes definen su salud bucal como buena, presentan una media en el CAOD,

notablemente inferior, respecto al valor de 24,27 de media para los de la autoevaluación mala.

Sin embargo, aunque, no parecen ser importantes las diferencias numéricas de los valores en el componente cariado y obturado, el componente ausente del CAOD, estadísticamente puede indicar el valor que tiene para los sujetos en el momento de hacer una autoevaluación de su salud bucodental, la ausencia de piezas dentarias.

El componente ausente, además, corrobora el motivo por el cual, el valor del CAOD es tan elevado cuando se trata estudios de poblaciones de adultos mayores. Siguiendo el mismo concepto, el grupo de autoevaluación buena, quizá tiene en cuenta, el bienestar y confort que puede proporcionar la presencia de dientes sanos en boca, ya que presentan una media más elevada de dientes sanos (12,27). Igualmente, existe una disminución en el valor de este, ya que disminuye su valor numérico, en la medida que disminuye el valor de salud bucodental de regular a malo (número de dientes sanos 10,70 y 7,73 respectivamente). El análisis tras el test de correlación de Pearson, aplicado para comparar las medias de los valores clínicos con los índices de calidad de vida oral, revelan la importancia y el impacto que produce indicadores como el CAOD, componente cariado, componente ausente, y el número de dientes sanos, en la percepción de la salud bucodental.

A menor índice CAOD, mejor va a ser la calidad de vida oral percibida de la muestra. Lo indica así el valor numérico del índice GOHAI, que cuanto más alto, tendrá una interpretación más positiva en su lectura, y con una correlación negativa frente al CAOD. A menor número de dientes ausentes, mejor va a ser

la calidad de vida oral de la muestra, y a mayor número de dientes sanos, mejor es la percepción de la salud bucodental de los sujetos estudiados.

Es necesario resaltar dos aspectos importantes, y es que según los resultados, las necesidades percibidas tras el estudio se incrementan con la edad y además, que aun cuando el individuo no es capaz de determinar sus necesidades específicas de tratamiento bucodental, si puede orientar oportunamente su derivación a la consulta profesional.

CONCLUSIONES

Analizando la posible relación entre el GOHAI y las variables clínicas, los resultados indican tras la aplicación del test de correlación de Pearson, que hay variables que presentan relación con este índice de calidad de vida oral.

Existe una correlación negativa estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre el GOHAI y el índice CAOD ($r = -0,279$). Existe además, una correlación positiva de significancia estadística ($p < 0,01$) entre el índice GOHAI y el componente caries dental del CAOD ($r = 0,214$).

De la misma manera el componente ausente del CAOD, también presenta una correlación negativa significativa ($p < 0,01$) con el índice GOHAI ($r = -0,416$), así como la variable número de dientes sanos, con una correlación positiva estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con el índice GOHAI ($r = 0,279$).

La calidad de vida oral percibida, obtenida mediante el uso del índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), indica un nivel de calidad de vida oral bajo, en la muestra de sujetos que acuden a la clínica estomatológica integral del adulto II de la universidad alas peruanas sede Lima 2016-I

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

Los datos clínicos del estado bucodental, siendo negativos, son el reflejo de un índice de calidad de vida oral bajo y contrastan aparentemente con las personas que tienen una visión positiva en la autoevaluación del estado de su boca.

Según la interpretación de los datos, la autoevaluación subjetiva del estado de salud bucodental de la muestra, no es independiente de la calidad de vida oral percibida mediante el índice de calidad de vida oral indicado para adultos mayores.

RECOMENDACIONES

- Según los resultados de este estudio, se propone la puesta en marcha de un programa preventivo dirigido a disminuir la prevalencia de la enfermedad bucodental de los adultos mayores en la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede-Lima.
- Se recomienda incluir como herramienta el índice de calidad de vida oral, que contribuya de manera objetiva y práctica a identificar no sólo la percepción del estado de salud bucodental sino como un instrumento de medición del impacto de los tratamientos realizados e intervenciones llevadas a cabo en la población de la tercera edad.
- Según los resultados obtenidos de este estudio, se sugiere realizar estudios posteriores utilizando el geriatric oral assessment health index (GOHAI), para ver cuál es la evolución o involución de la autopercepción de la calidad de vida oral de los pacientes de la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede-Lima.
- Se sugiere que mediante los resultados obtenidos referentes a la salud bucal, se hagan estudios posteriores para poder encontrar las diversas causas del deterioro de esta misma y así poder hacer charlas preventivas a los pacientes de la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas sede-Lima.
- Se sugiere tomar como antecedente este estudio, para la medición de calidad de vida oral y salud bucal en poblaciones de adultos mayores.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Una guía práctica para el profesional. Sao Paulo-Brasil: Artes Médicas Ltda; 2006.
2. Bullón FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica, La atención Odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IM&C. 2010
3. Federación Dental Internacional, Declaraciones de Principios de la FDI aprobadas/revisadas. 2016
4. Bates, J, Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. México D.F: Manual Moderno. 2009
5. Espinoza, I. La prevalencia de lesiones de la mucosa oral en las personas de edad avanzada en Santiago, Chile. J Oral Pathol Med. 2010
6. Díaz. J. Ortodoncia: Teoría y clínica. Bogotá: Corporación para la investigación biológica.2013.
7. Taboada, C. Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, México.2014
8. Gonzáles, L. y col., Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodontológico. Av Odontoestomatol. 2007.
9. Díaz-Martell, L. Estudio comparativo de la edad cronológica y la edad dentaria de individuos peruanos de ambos sexos.. (Tesis CD). Lima: UPCH.2011.
10. Rivadeneyra, M. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores, Revista Estomatológica Herediana, Lima, 2013
11. De la Fuente-Hernández, J. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental, Universidad Nacional Autónoma de México, México DF, México, 2010.
12. Moya T. Calidad de vida relacionada con salud oral en adultos ingresados a rehabilitación protésica. Universidad Finis Terrae., Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae. Chile. 2014.
13. Montes, J. et al, Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances

- (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México (Mexico) 2014.
14. Heitor, R. Oral health-related quality of life in mild alzheimer: patient versus caregiver perceptions. (Brasil) journal special care in dentistry. 2016.
 15. Gallardo, M. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana UPCH. Lima 2013
 16. Organización Mundial de la Salud, Las enfermedades bucodentales en el mundo. 2013.
 17. Punzón, R. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del adulto mayor. Trabajo de Investigación requisito para optar al título de cirujano Dentista .Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 2010.
 18. Arriola RI, Santos MJ, Martínez RN, Barona DC, Martínez-González JM. Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodontológico. Av Odontoestomatol. 2009;25(1):29-34.
 19. Fontana JE. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones orales más comunes encontradas en ancianos. In: Toma de decisiones clínicas en odontología geriátrica. McGraw-Hill Interamericana. 2007
 20. Silvestre Donat FJ, Serrano Martínez C. El síndrome de boca ardiente: revisión de conceptos y puesta al día. Medicina Oral. 2010.
 21. López-López, J (2009) estudios de las enfermedades periodontales. Med Oral Patol Oral Cir Bucal
 22. Davis, J. (2008), Odontoestomatología forense. Bogotá: Ecoe Ediciones.
 23. Grippo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. J Am Dent Assoc., 2009.
 24. Barboza, G. (2006); Anatomía dentaria. Universidad San Sebastián, Santiago.
 25. Shay K. Root caries in the elderly: an update for the next century. J Indiana Dent Assoc. 2007.

26. Lynch E, Beighton D. Relationships between mutans streptococci and perceived treatment need of primary root-caries lesions. *Gerodontology*. 2003
27. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, Ho AW, Koch G, Dunford R, et al. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol*. 2010 Jan;66(1):23-9.com
28. Kay MMB. Immunity and aging. In Holm-Pedersen P, Loe H (eds). *Geriatric Dentistry*. Copenhagen, Munksgaard, 2006.
29. Page RC. Periodontal diseases in the elderly: A critical analysis of current information. *Gerodontology*. 2006
30. García A., *Fundamentos teóricos e práticos de oclusión*. 1ª ed. São Paulo: CID Editora. 2008
31. Tamaki T. Fisiología do aparelho mastigatório. In: Tamaki, T. *ATM: Noções de interesse protético*. 2da ed. São Paulo: Ed. Sarvier; 2001. p. 1-19.
32. Sá Filho FPG *Fisiología Oral*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2004.
33. Shimazaki Y, Influencia del estado de la dentición en la discapacidad física, deterioro mental y la mortalidad en los ancianos institucionalizados. *J Dent Res* 2009
34. Sheiham, A. et al., The relationship among dental status, nutrient intake and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2005; 80(2):408-41
35. Musacchio E, La pérdida de dientes en los ancianos y su asociación con el estado nutricional, factores socioeconómicos y de estilo de vida. *Revista de Odontología*. 2007
36. Dubrul, EL. *Anatomía Oral de Sicher e Dubrul*. 8ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 2008.
37. Misch CE. *Prótesis sobre Implantes*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Santos. 2010.
38. Steele, J: La relación entre el estado dental, la ingesta de nutrientes y el estado nutricional de las personas mayores. *J Dent Res*, 3º edición .2007.
39. Gargurevich, S. Indicadores para la futura pérdida de inserción clínica en la periodontitis adulta: variables del paciente. *J Periodontol*. 2009.
40. Lindhe J, et al. Clinical risk indicators for attachment loss. *J Clin Periodontol.*, 2001).

41. Monteiro da Silva AM, Los factores psicosociales en enfermedad periodontal: Una revisión. J Clin Periodontol 2005
42. Grossi, L., Evaluación del riesgo para la enfermedad periodontal: AT. Los indicadores de riesgo para la pérdida de inserción. J Periodo , 2011
43. Levy B. Es la periodontitis una enfermedad de los ancianos? Revista de Gerodontología.2006.
44. Kamen, R. Envejecimiento y atención social: elementos para su análisis y planificación. Barcelona: Herder .2007
45. Cardozzo, G. Estomatología Geriátrica, Madrid. 2011.
46. Arber J. y Ginn. L. Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid. Marcia. 1996
47. Sen, A. La viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo Departamento de Ciencia Política y Gobierno, 2000.
48. Laslett, H. Sociología de la Longevidad. Determinantes biológicos y sociales de la Longevidad. Oxford, Ohio . 1987
49. Cohen J.D. La Naturaleza Bioquímica de la Información cerebral 1995.
50. Strehler, BL. Origin and comparison of the effects of time and high.energy radiation on living systems , 2012,
51. Kanungo, M. Bioquímica del envejecimiento. Nueva York: Academic Press.2008.
52. Cutler, R. Conceptos generales para auxiliaries geriaticos.-2006.
53. Miquel J, Fleming JE. Una hipótesis de dos etapas en el mecanismo de diferenciación celular in vitro en el envejecimiento celular seguido de mutagénesis mitocondrial intrínseca. Gerontol Exp .2004
54. Szilard L. On the nature of the aging process. Proc Natl Acad Sci USA 1999;45:30-45.
55. Comfort, Una buena edad, la tercera edad. Madrid: Editorial Debate. New York: Elsevier 1997
56. Harman D. Envejecimiento: una teoría basada en la química de los radicales libres y la radiación. J Gerontol. 1996
57. Nohl, H. La participación de los radicales libres en el envejecimiento: una consecuencia o causa de la senescencia. Free Rad Med. 2001.

58. Orgel, G. El mantenimiento de la exactitud de la síntesis de proteínas y su relevancia para el envejecimiento. Una corrección. Proc Natl Acad Sci EE.UU. 1963
59. Buendía J., Gerontología y Salud. Perspectivas. Edit. Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 2007.
60. Zaes, L. Cambio y socialización en la tercera edad. Investigaciones Psicológicas, 2005, Vol. 12: 129-152
61. Atchley R. Edad clasificación y agrupamiento. En Maddox G. (Ed). La enciclopedia del envejecimiento. Springer Publishing Company, Nueva York, 2007
62. Havighurst et. al, La biología del envejecimiento celular. Convergencia de las teorías sobre el envejecimiento celular hacia el concepto de umbral crítico de acumulación de errores. Rev Gerontol. 1989
63. Fernández, R. "Gerontología social". Ediciones Pirámides, Madrid.2008.
64. Bazo, L. y otros, "Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional". Colección: gerontología social. Editorial médica panamericana, Madrid 2009.
65. Kaufman, F., "Psicología normal de la vejez". Editorial paidós, Buenos Aires.2008
66. Setien, M. L. indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas-Siglo XXI, 2003
67. Lara-Muñoz, M. y cols., Las necesidades económicas de las personas mayores y e l envejecimiento de las sociedades. Tesis para optar el grado de Doctor. Universidad de Antioquia. 2005
68. Gómez , L. y Pascual, M. "Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 2001-2005". Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 2005. n.º 71-72, pp. 79-108.
69. Kaplan, RM; Quality of life measurement. In: Karoly P (Comp) Measurement strategies on health psychology. NY: Wiley.1985
70. Moreno, Evaluación de la calidad de la vida.En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC (Eds) Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI: 1045-70.2006

71. Ximénez, C. Evaluación de la CV en el proceso salud-enfermedad. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI, pp 1045. 2006.
72. Lawton, MP Calidad de vida y el final de la vida. En J.E. Birren y K.W. Schaie (eds.): manual de la psychology de envejecimiento (5th ed.). San Diego, CA: Academic Press.2001
73. Patrick, DL y Erickson P. , Estado de salud y la política: la calidad de vida en la evaluación de la atención de salud y asignación de recursos. Nueva York: Oxford University Press. 1993.
74. Badía, X.; Salamero, M., Y Alonso, J.: La medida de la salud. Guia de escalas de medición en español. Barcelona: Edimac, 1999
75. Bergner, M. "La calidad de vida, estado de salud y la investigación clínica". En Care Med, 27 (Suppl), pp 1456-1485. 1989
76. Siegrist, J Broer, M y Junge, A. La vejez como oportunidad: un estudio sobre las políticasde tiempo libre dirigidas a la gente mayor. (traducido al español) IMSERSO. Madrid. 1996
77. Carvajal C, Sarmiento M. "Determinación de la Relación entre Satisfacción Derivada de la Rehabilitación Protésica y su Calidad Técnica". Trabajo de Investigación para optar al Título de Cirujano Dentista .Facultad de Odontología Universidad de Chile.2003
78. Dolan, TA, Asociación de la salud dental de auto-reporte y medidas generales en el Experimento Seguro de Salud. Comunidad Dent Oral Epidemiol.2010.
79. Vélez, JL. Desarrollo adulto y envejecimiento. Ed Síntesis. Madrid.2009
80. Mirrachi C. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. Rev Dent Chile. 2005
81. Moncada C.G., (2008), Parámetros para la evaluación de la estética dentaria antero superior. Rev Dent Chile. 2008
82. Sischo L., Oral salud de la calidad de la vida: ¿Qué, por qué, cómo, y las implicaciones futuras. J Dent Res. 2011
83. Gagliardi D.I., Impacto de la atención dental relacionada con la salud oral y de tratamiento entre los adultos de edad avanzada. Aust Dent Assoc. 2008

ANEXOS

Pueblo libre, 23 de Noviembre del 2016

CARTA N° 053 - 2016 - EPEST- FMH y CS - UAP

Señor(ita):

Dra. DENNISE CAMPOS FAJARDO
Administradora de la Clínica Estomatológica UAP

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la alumno **SAN MIGUEL GALLARDO CESAR ENRIQUE**, con código **2008153890**, de la Escuela Académico Profesional de Estomatología -Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA ORAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL DEL ADULTO II SEDE LIMA 2016 - I"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,


UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. MIRIAM DEL ROSARIO LOZANO SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA


Constancia de desarrollo

Se hace constar que el bachiller de estomatología de la universidad alas peruanas – Lima CESAR ENRIQUE SAN MIGUEL GALLARDO, con código de estudiante 2008153890, ha realizado su trabajo de campo de la tesis:

“ LA SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA ORAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA INTEGRAL DEL ADULTO II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEDE LIMA 2016 – I” durante los meses de mayo, junio y julio del 2016, demostrando respeto, eficiencia y responsabilidad.

Se expide esta constancia, para fines que estime conveniente.

Coordinador académico de la Clínica Integral del Adulto II


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
C. FERNANDO AVILA NAPAN
COP. 810

Anexo 4: Instrumento de recolección de datos (GOHAI)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario ANÓNIMO, la finalidad es obtener datos. Puede responderlo con total libertad y con absoluta sinceridad; el propósito es conseguir información que nos permita conocer la situación de su salud bucal y qué podemos hacer entre todos para mejorarla y se pueda sentir mejor.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR

Sexo	Hombre (1)		Nivel de escolaridad	Sin instrucción	
	Mujer (2)			Básica (1)	
Grupo de Edad	55-64		Ocupación	Regular(2)	
	65-74			Técnica (3)	
	75 a mas)			Superior	

2. PRESENCIA DE HÁBITOS
















Consumo azúcar	Con la comida	Oportunidad de cepillado	Después de las comidas		
	Entre comidas		Entre comidas		
	Nunca		Antes de acostarse		
Los alimentos que consume son:	Sólidos	Frecuencia de cepillado	Ninguna		
	Semisólidos		Una vez al día		
	Líquidos		Dos o más veces		
	Sólidos		Nunca		
Consumo tabaco	Si (1)	No (2)	Consumo alcohol	Si (1)	No (2)
















3. COMO EVALÚA LA CONDICIÓN DE SU BOCA

4. SITUACIÓN DE LA SALUD ORAL:

Indicadores de valoración de salud oral en geriatría	Buena	regular	Mala
1.- ¿ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o dentadura?			
2.- ¿ha tenido problemas al masticar comida como carne o manzana?			
3.- ¿ha tragado los alimentos cómodamente?			
4.- ¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?			
5.- ¿Evita estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes?			
6.- ¿se siente contento con el aspecto de sus dientes o dentadura?			
7.- ¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?			
8.- ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?			
9.- ¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?			
10.- ¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes?			
11.- ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?			
12.- ¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?			

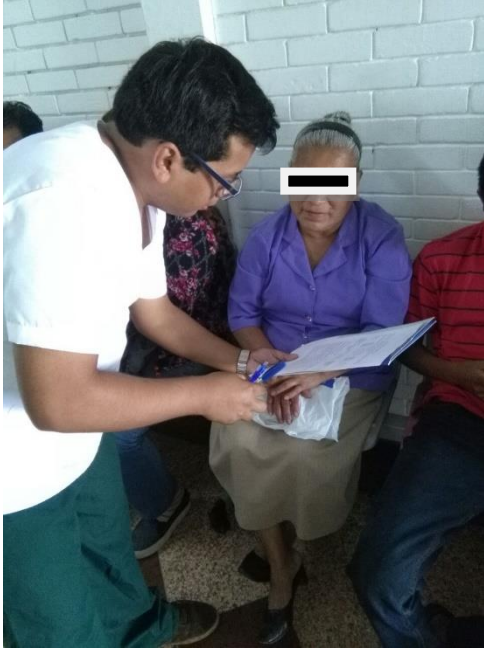
Ubicación de Caries dental y Alteraciones periodontales

CUADRANTE 1								CUADRANTE 2							
															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

CUADRANTE 4								CUADRANTE 3							
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

*sera asignando para fines del estudio

Anexo 5: Fotos de recolección de datos.



1



2



3



4