



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

TESIS

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL EN
LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE UNA POBLACION DE
LA CIUDAD DE CHICLAYO”**

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

AUTOR:

BACHILLER JOSUE ROJAS BRAVO

ASESOR:

Dra. C.D. Marisel Roxana Valenzuela Ramos

PIMENTEL – PERÚ

2016

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL EN LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES DE UNA POBLACION DE LA CIUDAD DE
CHICLAYO”**

Esta tesis fue elevada y aprobada para la obtención del título de Cirujano dentista por la Universidad Alas Peruanas.

PIMENTEL – PERÚ
2016

Se dedica este trabajo:

A Dios por ser el guía de mis anhelos y guardián de mis preocupaciones, a mi familia por ser fuente de inspiración y reflexión durante todo el trabajo de investigación.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

A mis maestros, que dedicaron sus tiempo para hacer realidad mis sueños y por otorgar su gran ayuda a realizar el proyecto de investigación.

Se reconoce a:

A la Lic. Tarcila Monja Gonzales.

Dra. C.D. Marisel Valenzuela Ramos.

Ing. Juan Ramos Gómez.

Dr. Antonio Durand Picho.

Mg. Walter Gallegos Luza.

ÍNDICE

RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCION	xi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción del Problema de Investigación	12
1.2 Delimitación de la investigación	13
1.3 Problema de Investigación	13
1.4 Objetivos de la investigación	14
1.5 Hipótesis	15
1.6 Variables de la Investigación (Definición Conceptual y Operacional)	15
1.6.1 Operacionalización de variables	16
1.7 Metodología de la Investigación	17
1.7.1 Tipo y nivel de la investigación	17
1.7.2 Método y diseño de la Investigación	17
1.7.3 Población y muestra de la Investigación	18
1.7.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
1.7.5 Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes de la Investigación	21
2.2 Bases teóricas	25
2.2.1 Adulto mayor	25
2.2.2 Situación de las personas adultas mayores en el Perú	26
2.2.3 Situación de Salud del Paciente Adulto Mayor en el Perú	31
2.2.3.1. Atención Integral de Salud para Personas Mayores en Perú. 32	
2.2.3.2. Atención Odontológica del adulto mayor en el Perú	39
2.2.4 Salud en el Adulto Mayor	43

Anexo 5: Carta de Aceptacion de La Organizacion	87
Anexo 6: Carta de Aceptación de La Organización	88
Anexo 7: Fotografías	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Operacionalización de variables	16
Tabla N° 02: Clasificación del adulto mayor	26
Tabla N° 03: Países con mayor y menor esperanza de vida	27
Tabla N° 04: Esperanza de vida en Latinoamérica 1985 -2030.....	29
Tabla N° 05: Esperanza de vida en el Perú.....	30
Tabla N° 06: Porcentaje de Población de 60 años a más, según condición de pobreza ENAHO 1997-2001.....	30
Tabla N° 07: Porcentaje de Población adulta mayor inactiva por sexo, según razones de inactividad ENAHO 2003-2004.	31
Tabla N° 08: Clasificación de la persona adulta mayor según el Ministerio de salud del Perú	37
Tabla N° 09: Flujograma de atención integral de salud para el adulto mayor en establecimiento del primer nivel de atención (23).....	41
Tabla N° 10: Paquete de atención integral de salud del adulto mayor.....	42
Tabla N° 11: Cambios sistémicos en el Adulto Mayor	44
Tabla N° 12: Enfermedades más frecuentes en el anciano por sistemas	46
Tabla N° 13: Cambios tejido dentario	50
Tabla N° 14: Estructura del instrumento Oral impacts on Daily Performance (OIDP).....	55
Tabla N° 15: Nivel de salud en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultos mayores.	60
Tabla N° 16: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física.	61

Tabla N° 17: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial.	62
Tabla N° 18: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor.	63
Tabla N° 19: Género y calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.	64
Tabla N° 20: Intervalo de edades y el nivel de escala obtenido en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.	65
Tabla N° 21: grado de instrucción y el nivel de escala obtenido en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.	67
Tabla N° 22: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física	69
Tabla N° 23: calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial.....	70
Tabla N° 24: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor.....	70
Tabla N° 25: Edad y nivel en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.	71
Tabla 26: Grado de instrucción y nivel en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores	71
Tabla N° 27: Género y calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.	72
Tabla N° 28: PRUEBA DE Kolmogorov-Smirnov en Nivel de salud en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01: Escala de calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores	60
Gráfico N° 0 2: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física	61
Gráfico N° 03: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial	62
Gráfico N° 04: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor.	63
Gráfico N° 05: género y calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.	64
Gráfico N° 06: intervalo de edades y el nivel de escala obtenido en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores ...	66
Gráfico N° 07: Grado de instrucción y el nivel de escala obtenido en calidad de vida relacionada con salud oral de personas adultas mayores.....	67

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue Conocer la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo. La población estuvo constituida por los adultos mayores de la ORGANIZACIÓN DE BIENESTAR DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR II DISTRITO LA VICTORIA-CHICLAYO-LAMBAYEQUE 2016 que está representada por 62 personas aproximadamente. Se utilizó el Cuestionario de GOHAI que está compuesto por 12 ítems o preguntas y evalúa tres dimensiones Función física, que comprende aspectos como comer, hablar, y tragar; función psicosocial, comprende aspectos de preocupación acerca de la salud oral, autoimagen, conciencia de la salud y limitación de los contactos sociales por causa de problemas orales; dolor o incomodidad asociados al estado bucodental. Los resultados obtenidos en el presente estudio fue que 62 adultos mayores, el 74.2%(46) obtuvieron mala calidad de vida relacionada con la salud oral del adulto mayor, el 24.2%(15) regular y 1.6%(1) nivel bueno. En conclusión, podemos decir que los ancianos percibían una mala calidad de vida en relación a su salud oral.

Palabras clave: Adulto, Mayor, GOHAI, INDICE

ABSTRACT

This research was carried out in order to know the quality of life in relation to oral health in a population of elderly people in Chiclayo city. Having as population the elderly of the HEALTH WELFARE ORGANIZATION OF ELDERLY IN THE SECTOR II LA VICTORIA DISTRICT-CHICLAYO-LAMBAYEQUE 2016 and as sample 62 people. The GOHAI Questionnaire made up of 12 items was used to evaluate three dimensions, Physical function that includes eating, talking and swallowing; Psychosocial function, that involves aspects of concern about oral health, self-image, health awareness and limitation of social contacts, because of oral health problems; Pain or discomfort due to the dental condition. The results obtained in the present research were that 74, 2% (46) obtained poor quality of life, 24, 2% (15) obtained regular quality and 1, 6% (1) obtained good level in relation with the oral health. In conclusion the elderly had a poor quality of life in relation to their oral health.

Key words: ADULT, ELDERLY, GOHAI, INDEX

INTRODUCCION

El termino adulto mayor ha sido acuñado por la OMS, descartando las denominaciones como tercera edad, vejes o ancianidad. En el Perú, conforme a lo establecido en la Resolución 50/41 aprobada por la Asamblea general de la Organización de Naciones Unidas en 1996 la denominación utilizada para este grupo de personas debe de ser: “Personas adultas mayores” (Ministerio de Promoción y de Desarrollo Humano 2008)

Las personas adultas mayores tienen un mayor riesgo de contraer una afección bucal. En la actualidad, existe diversas fuentes de información que habla de la importancia de la salud oral en todas las etapas de la vida, a pesar de ello, la sociedad y las mismas personas adultas mayores aceptan el deterioro de la salud bucal y del aparato masticatorio como parte del proceso de envejecimiento, lo cual es errado.

Sánchez - García sugiere que la salud bucodental debe definirse como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal” (Garcia 2007).

En los últimos años han sido desarrollados números instrumentos para evaluar para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral. El objetivo de estos instrumentos es aportar información y conocer la salud del individuo a partir de su propia percepción. En el presente trabajo se ha elegido el instrumento GOHAI Puesto que ha sido los más utilizados y validados en diferentes países del mundo, además brinda mayor confiabilidad por la literatura que se ha revisado.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema de Investigación

El estado de salud oral individual poblacional de los adultos mayores de 60 años constituye un problema de salud pública, debido a sus acelerados cambios de envejecimiento natural, que puede afectar su satisfacción y su calidad de vida.

La percepción de la salud bucal de los ancianos es considerada como un elemento del bienestar y calidad de vida.

Los adultos mayores en su mayoría le dan poca importancia a su conservación que puede existir en su estado de salud oral. Es por esto que se realizó un estudio para dar a conocer calidad de vida relacionada con la salud oral de los adultos mayores de 60 años ya que constituye un problema de salud pública, debido a sus acelerados cambios de envejecimiento natural, que puede afectar su satisfacción y su calidad de vida.

A nivel mundial, se ha encontrado un alto nivel de pérdida de piezas dentarias, siendo más prevalente en los adultos mayores, disminuyendo el rendimiento de la función masticatoria enfrentando problemas para masticar sus alimentos, dificultando la fonación y autorrealización. Además de una alta prevalencia y rápida progresión de enfermedades periodontales, caries coronal y radicular en éste grupo etario, siendo importante considerar también como se siente el individuo con molestias a nivel dentario que podrían afectar sus relaciones personales

Es por esto que se realizó un estudio para dar a conocer la calidad de vida relacionada con la salud oral en la Organización de Bienestar de Salud del Adulto Mayor del Sector II – Distrito de La Victoria – Chiclayo – Lambayeque.

1.2 Delimitación de la investigación

Delimitación Espacial

Este estudio se realizó en el departamento de Lambayeque, provincia Chiclayo, distrito La Victoria en un centro llamado Organización de Bienestar de Salud del Adulto Mayor establecimiento La Victoria Sector II María del Jesús ubicado en la calle Paul Harris N° 1198.

Delimitación social

Se estudió en las personas adultas mayores de la Organización de Bienestar de Salud del Sector II distrito La Victoria.

Delimitación Temporal

Se llevó a cabo en el año 2016.

1.3 Problema de Investigación

Problema general

¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo?

Problemas específicos

- a. ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física?
- b. ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial?
- c. ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor?

- d. ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según la edad?
- e. ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el género?
- f. ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el grado de instrucción?

1.4 Objetivos de la investigación

Objetivos General

Conocer la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo.

Objetivos específicos

- a. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física.
- b. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial.
- c. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor.
- d. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según la edad.
- e. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el género.

- f. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el grado de instrucción.

1.5 Hipótesis

Hipótesis General

La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo es mala.

Hipótesis específicos

- a. La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física es mala.
- b. La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial es mala.
- c. La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor. es mala.
- d. La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según la edad es mala.
- e. La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el género es mala.
- f. La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el grado de instrucción es mala.

1.6 Variables de la Investigación (Definición Conceptual y Operacional)

Calidad de vida relacionada con la salud oral

Definición conceptual

Bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.

Definición Operacional

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral se ha utilizado el cuestionario de GOHAI que ha sido validado en varios países, Chile, México, España.

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

1. Función física, que comprende aspectos como comer, hablar, y tragar;
2. Función psicosocial, comprende aspectos de preocupación acerca de la salud oral, autoimagen, conciencia de la salud y limitación de los contactos sociales por causa de problemas orales;
3. Dolor o incomodidad asociados al estado bucodental.

Este instrumento se evalúa en formato de respuestas es de tipo Likert. Cada ítem presenta cinco opciones de respuesta, con valores que van de 1 a 5. Seguidamente se calculó la sumatoria de las respuestas para cada participante, obteniéndose un rango entre 0 y 60 puntos.

Buena calidad de vida relacionada con la salud bucal” (57-60 puntos);
“Regular” calidad de vida relacionada con la salud bucal (51-56 puntos), y
“Mala” calidad de vida relacionada con la salud bucal (50 puntos o menos).

1.6.1 Operacionalización de variables

Tabla N° 01: Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores
Calidad de vida relacionada con la salud oral	Función física	Limita el tipo de alimento Dificultades al morder o masticar Capáz de tragar confortablemente Incapaz de hablar claramente
	Psicosocial	Limita el contacto con personas Satisfecho con la apariencia de sus dientes Preocupado por sus dientes, encías o prótesis

Covariables	Dolor	Autoconciente de sus dientes, encías o prótesis Incomodidad de comer frente a otros Capaz de comer sin disconfort Usa medicamentos para aliviar el dolor Sensible al calor, frío o comidas dulce
Edad	Unidimensional	Edad avanzada: 60 a 74 años Viejas y ancianas: 75 a 90 años Grandes viejos 90 años a más.
Género	Unidimensional	Masculino femenino
Grado de instrucción	Unidimensional	Primaria Secundaria Superior

1.7 Metodología de la Investigación

1.7.1 Tipo y nivel de la investigación

- a) Tipo de Investigación:
- b) Nivel de Investigación: básico.

1.7.2 Método y diseño de la Investigación

- a) Método de la Investigación
- b) Diseño de Investigación

Descriptivo, Transversal

Esquema:

M-O

Donde:

M: Muestra con quien (es) vamos a realizar el estudio.

O: Información (observaciones) relevante o de interés

Que recogemos de la muestra.

1.7.3 Población y muestra de la Investigación

a) Población

La población estará constituida por los adultos mayores de la Organización de Bienestar de Salud del Adulto Mayor establecimiento que está representada por 63 personas aproximadamente, esta información es variable debido que la población ingresa y egresa continuamente. Es así que la muestra es de tipo censal, se entrevistará a los individuos que reúnan los criterios de inclusión. El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia.

b) Muestra

Se realizó mediante los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Aquellos ancianos que firmen el consentimiento Informado aceptando participar en el estudio.

Capacitados física y mentalmente

Adultos mayores a > 60 años con el fin de agrupar al adulto mayor según grupo etario, seguida por la organización mundial de la salud (OMS).

Criterios de Exclusión:

Aquellos que no asisten regularmente al asilo.

Con dificultades en la comprensión de las preguntas (auditivas, mentales, visuales).

Aquellos que presenten enfermedad sistémica que impida la aplicación del índice de salud oral GOHAI.

1.7.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizará una entrevista basada en el cuestionario GOHAI, se evaluarán a toda la población de las personas adultas mayores. La información se recabara en una ficha de recolección de datos.

El número total de preguntas son 12, que podrán ser respondidas a través de una escala de Likert de 5 niveles.

La duración de la entrevista es aproximadamente 20 minutos por persona, además se obtendrá la información sociodemográfica.

1.7.5 Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación

- a) Justificación
- b) Importancia
- c) Limitaciones

Teórica: Permitirá determinar la calidad de vida relacionada con la salud oral en personas adultas mayores en la Organización de Bienestar de Salud del Adulto Mayor del Sector II Distrito La Victoria - Chiclayo ,además servirá el acercamiento con el grupo etario, para dar a conocer sobre el cuidado especial que deberán tener sobre la cavidad bucal y así evitar posibles enfermedades orales, ya que las investigaciones epidemiológicas muestran una alta prevalencia y rápida progresión de enfermedades periodontales, caries coronal y radicular en éste grupo etario; así como también la presente investigación servirá de apoyo bibliográfico para ayudar al aprendizaje de estudiantes de pregrado.

Práctica: Dará a conocer calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores en la Organización de Bienestar de Salud del Adulto Mayor del Sector II Distrito La Victoria - Chiclayo para adoptar las medidas pertinentes para la mejora de la salud oral en este grupo etario.

Social: La condición de Salud Oral en el Perú, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas, tenemos así que la prevalencia de caries dental es de 90%, enfermedad periodontal 85% y mal oclusión 80%, constituyendo un problema de salud pública. (Calle M.) Se considera necesario realizar investigaciones sobre higiene bucal en el adulto

mayor; debiéndose explorar las necesidades y priorizarlas para poder definir líneas de acción coherentes que puedan llevarse a la práctica. Por lo que es indispensable contar con información básica, que aporte datos epidemiológicos sobre el estado buco-dental del adulto mayor, que puedan ser tomados en cuenta para implementar programas de tipo promocional, preventivo y de atención en salud bucal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Llanos F. (Santiago de Chile, 2015). (Fabiana 2015) **“Asociación de la Satisfacción con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral, respecto a la rehabilitación protésica, convencional e implanto asistida, en adultos mayores chilenos atendidos en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado”**. El objetivo del estudio fue determinar el grado de asociación de la satisfacción con la calidad de vida relacionada con la salud bucal, según hayan recibido rehabilitación protésica convencional o implanto asistida, en una población de adultos mayores chilenos atendidos en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado. El estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal. Utilizaron como instrumento de medición de la CVRSO la encuesta OHIP-49Sp. La encuesta fue aplicada en 3 ocasiones, al alta protésica, a los 12-14 meses y a los 18-24 meses de seguimiento. La satisfacción fue evaluada en dos ocasiones, a los 12-14 meses y a los 18-24 meses de seguimiento, con la encuesta de satisfacción protésica de Mc Gill. Otros datos como sexo edad, nivel de educación, ingreso anual del hogar, estado marital y estilo de vida fueron obtenidos de cuestionario sociodemográfico estándar. Ellos contactaron 81 pacientes con el tratamiento implanto asistido (SMIR) y 17 participantes portadores de prótesis convencionales (PMMC), todos desdentados totales. Se registró una mantención de los valores de CVRSO en las tres mediciones, y una mantención de los valores de la Satisfacción protésica en las dos mediciones. Encontraron que existe una correlación entre los valores de la Satisfacción, puntaje total y específicamente relacionado con la habilidad para masticar. No existe correlación entre aspectos socio demográficos ni con la CVRSO, ni con la Satisfacción protésica.

Moya P, Tapia E, Caro JC, Otero JM, Toro CJ. (Patricia, y otros 2013) **(Santiago de Chile, 2013).** **“Calidad de vida relacionada con salud oral en adultos ingresados a rehabilitación protésica. Universidad Finis Terrae. Años 2013 – 2014”**. El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos ingresados a

rehabilitación protésica. El estudio fue transversal en 100 adultos de ambos sexos, de edad mayor a 60 años. Mediante el Geriatric Oral Health Assessment index (GOHAI) se midió la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral. Análisis estadístico en STATA 12,0. El 89,0% percibe 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 relevante para un país que está envejeciendo aceleradamente.

Duque V., Tamayo J., Echeverri P., Gutiérrez A., Sepúlveda D., Giraldo O. y Agudelo S. (V 2013)(Colombia, 2013). “Calidad de vida relacionada con la salud bucal en los adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados”. Se analizó la relación existente entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal con indicadores de salud general y salud bucal auto percibida en la población adulta mayor que consulta a la IPS Universitaria y explorar los factores sociodemográficos asociados. La población fue de 100 adultos mayores que consultaron servicios de salud en la IPS durante el año 2012. Las mujeres mayores de 75 años mostraron bajo nivel educativo, estratos socioeconómicos bajos y población soltera. Más de la tercera parte reportaron 1 o más impactos en las dimensiones de la calidad de vida, con un promedio de 0,86 (IC95% 0,53- 1,19) y un puntaje total de severidad de 7,61 (IC95% 5,98- 9,24). Aunque en la mayoría de la población encuestada, su condición bucal no ejercía una influencia negativa en su calidad de vida, al analizar en profundidad se encontraron gradientes de desigualdad según factores sociodemográficos.

Díaz S., González F., Madera M., Tirado L., Martelo J. y Guzmán E. (San, y otros 2012) (Cartagena, 2013). “Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos atendidos en las clínicas odontológicas de la universidad de Cartagena”. El objetivo fue relacionar la salud bucal y la calidad de vida de los sujetos adultos que son atendidos en las Clínicas

Odontológicas Universitarias de Cartagena. Fue un estudio descriptivo de corte transversal en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia; en donde la población estará conformada por todos los adultos que asisten a las clínicas odontológicas pertenecientes a tres Universidades de la Ciudad de Cartagena: Universidad de Cartagena, Corporación Universitaria Rafael Núñez y Universidad del Sinú- Seccional Cartagena pero solamente se mostraran los resultados parciales correspondientes a la Universidad de Cartagena. Se les aplico el instrumento que evaluaba, diversos factores que podían afectar o favorecer la calidad de vida de los adultos encuestados y se evaluaron los niveles de percepción de Calidad de Vida relacionados con su salud Oral a través del instrumento. Resultados: la muestra estuvo integrada por un total de 200 adultos ubicados en las etapas joven y adultez madura, que asistieron a la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, de los cuales la gran mayoría fueron mujeres, con una edad promedio 41 años de edad, En el estudio dio como resultado que la calidad de vida está estrechamente relacionados con los problemas de articulación 9 temporomandibular, el uso de prótesis y el número de dientes que tiene el paciente, estos presentaron significancia estadística. Concluyeron, resultados obtenidos en esta investigación confirman el gran impacto que tiene la salud bucal en la calidad de vida de los adultos jóvenes y maduros.

Gallardo A, Picasso A, Huilca Nancy, Avalos Juan Carlos (Adria, Nancy y Juan 2013) (Lima, 2013). **“Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana”**. El objetivo del estudio fue determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú. Material y métodos. Fue un estudio de tipo descriptivo. Su muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. Para recoger la información los autores la realizaron mediante una entrevista estructurada; donde utilizaron un instrumento de recolección de datos que incluía información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Evaluaron la relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, nivel

educativo y presencia de enfermedades sistémicas mediante la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. Obtuvieron como resultados que la mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontraron 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 ($p: 0,438$). Concluyeron que la mayoría 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. El GOHAI constituye un instrumento de sencilla aplicación, que permite evaluar la autopercepción de salud oral y detectar las necesidades de atención del adulto mayor; sin embargo, se requieren estudios adicionales que permitan validar el instrumento y evaluar su aplicación en programas preventivos de salud.

Moya P, Chappuzeau E , Caro JC , Monsalves MJ. (Pablo, y otros 2012) **(Santiago de Chile, 2012). “Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores”.** El objetivo fue conocer la situación de salud oral y calidad de vida del adulto mayor que asiste a centros de salud pública del área oriente de Santiago de Chile durante los años 2011-2012. El estudio fue descriptivo de corte transversal en una muestra probabilística de 380 adultos mayores. Donde evaluaron la historia de caries, estado periodontal y situación protésica. La percepción de calidad de vida la midieron 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. Conclusión: 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.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Adulto mayor

Muchas organizaciones a nivel mundial han realizado múltiples esfuerzos para definir y clasificar al adulto mayor. En este sentido, para definir adulto mayor, primero debemos de entender el envejecimiento como un proceso deteriorativo e irreversible que se produce primariamente a nivel celular, está caracterizado en la mayoría de las veces por una disminución de la respuesta homeostática, ello se debe a modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por la edad y el desgaste acumulado del organismo al pasar los años (Luis, y otros 2011) (Ana 2012).

A finales de los años 90 la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo el término de envejecimiento activo, cuya finalidad es ampliar la esperanza de vida saludable, productividad y calidad de vida en la vejez (Organizacion mundial de la salud 2010).

El termino adulto mayor ha sido acuñado por la OMS, descartando las denominaciones como tercera edad, vejes o ancianidad. En el Perú, conforme a lo establecido en la Resolución 50/41 aprobada por la Asamblea general de la Organización de Naciones Unidas en 1996 la denominación utilizada para este grupo de personas debe de ser: “Personas adultas mayores” (Ministerio de Promoción y de Desarrollo Humano 2008)

Se ha intentado estimar desde cuándo se debe considerar a una persona como adulto mayor, tal es así, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que debe de ser a partir de los 60 años, la OMS lo contempla con más de 65 años, en Latinoamérica no se considera esta edad debido al menor nivel de desarrollo y esperanza de vida respecto a los países industrializados (Adriana, y otros 2013).

Existen varias formas de clasificar al adulto mayor, pero una de las más aceptadas es la de Hernández et al. Que la clasifica en viejos jóvenes, viejos viejos y viejos longevos, como se muestra en la siguiente tabla (Rosa, Vanesa y Ines 2011).

Tabla N° 02: Clasificación del adulto mayor

Clasificación	Rango de edad	Características
Viejos-jóvenes	De 60-74 años	Son potencialmente activos y en su mayoría sanos, desde el punto de vista gerontológico. Este grupo de edad representa un capital social fundamental para el paradigma del envejecimiento activo.
Viejos-viejos	De 75 a 89 años	Tienen mayor riesgo de presentar limitaciones físicas, psicológicas y sociales. Requieren de programas gerontológicos diferenciados para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad, además de prevenir la fragilidad.
Viejos (longevos)	De 90 y más años	Grupo poblacional vulnerable desde el punto de vista biológico, psicológico y social. De ahí que sea necesario, desarrollar programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad en el ámbito comunitario, en el marco del envejecimiento activo.

Fuente. Hernandez R. et.al Odontología geriátrica (Rosa, Vanesa y Ines 2011)

2.2.2 Situación de las personas adultas mayores en el Perú

Dentro de los aspectos demográficos encontramos que la esperanza de vida, hace 2000 años se consideraba una expectativa de vida entre los 20 y 30 años, en la actualidad este promedio de vida ha aumentado, siendo entre 64 y 70 años para el hombre y 70 y 78 años para la mujer, esta tendencia tiende a aumentar cuando se habla de países desarrollados (Dante 2000).

La Organización de las Naciones Unidas declaro que, en el 2007, que en el presente siglo se vive en una etapa de envejecimiento global, debido a que en todos los países del mundo sin importar el desarrollo tecnológico, económico o social la esperanza de vida se ha incrementado, hay una disminución de la fecundidad y mortalidad (Organizacion de las Naciones Unidas 2007). Se estima que el grupo poblacional de adultos mayores se

duplicara, de los 580 millones que representa el 10% a 1200 millones, llegando a 2000 millones en el 2050 y esto representaría el 25% de la población. Este incremento poblacional del adulto mayor será más notable en países desarrollados. En la actualidad, Japón es el país con mayor porcentaje de adultos mayores el cual significa el 22% de su población total, seguido por China, Islandia, Suiza y Australia (Instituto Nacional de Estadística del Perú 2008)

La población a nivel mundial en las últimas décadas ha aumentado en 1,7%, y la población mayor de 65 años lo ha hecho en un 2,5%. Nuestro país no es ajeno a esta cifra, en los últimos 35 años la población de más de 60 años se ha visto triplicada, aumentando en 1 millón 700 mil personas y se prevé que para el 2025, representara el 13, 27% de peruanos (Instituto Nacional de Estadística del Perú 2007) (Instituto Nacional de Estadística del Perú 2008)

Tabla N° 03: Países con mayor y menor esperanza de vida

G-4 LOS 10 PAÍSES CON MAYOR Y MENOR ESPERANZA DE VIDA AL NACER			
(Años promedio)			
2005-2010			2045-2050
MUNDO		67.2	MUNDO
	75.4		
Más alta esperanza al nacer			
1. Japón 87.1	82.6	1. Japón	
2. Hong Kong SAR 86.7	82.2	2. Hong Kong SAR	
3. Islandia 86.1	81.8	3. Suiza	
4. Suiza 86,1	81.7	4. Islandia	
5. Australia 86.0	81.2	5. Australia	
6. España 85.7	80.9	6. China, Macao SAR	
7. Suecia 85.4	80.9	7. España	
8. Israel 85.4	80.7	8. Israel	
9. China, Macao SAR 85.3	80.7	9. Canadá	
10. Francia 85.2	80.7	10. Suecia	
México	72.2	México	

81.3

Más baja esperanza al nacer

1. Swazilandia 53.9	39.6	1. Swazilandia
2. Mozambique 55.8	42.1	2. Lesotho
3. Zambia 56.8	42.4	3. Sierra Leona
4. Sierra Leona 57.2	42.6	4. Mozambique
5. Lesotho 57.4	42.6	5. Zambia
6. Angola 58.2	42.7	6. Angola
7. Zimbabwe 58.6	43.5	7. África Central
8. Afganistán 58.7	43.8	8. Afganistán
9. África Central 60.2	44.7	9. Malau
10 Liberia 60.5	45.7	10. Liberia

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects 2008 (*Nations 2016*)

Tabla N° 04: Esperanza de vida en Latinoamérica 1985 -2030

(Años, promedio)

País	1985-90 20 2020-25	1990-95 2025-30	1995-2000	2000-05	2005-10	2010-15	2015-20
América Latina	67.1	68.6	70.0	71.2	72.3	73.3	
Argentina	71.0	72.1	73.1	74.1	75.1	75.9	
Bolivia	76.7	77.5	78.2				
Brasil	57.3	60.0	62.0	63.8	65.5	67.2	
Chile	68.7	70.2	71.7				
Colombia	64.9	66.4	67.9	69.3	70.7	71.9	
Costa Rica	73.1	74.2	74.2				
Cuba	72.7	74.4	75.2	76.0	76.7	77.3	
Ecuador	77.9	78.5	79.0				
El Salvador	67.9	68.6	70.7	72.2	73.2	74.0	
Guatemala	74.7	75.6	76.3				
Haití	75.2	76.2	77.3	78.1	78.8	79.4	
Honduras	79.9	80.4	80.8				
México	74.6	75.3	76.0	76.7	77.3	77.9	
Nicaragua	78.5	78.9	79.4				
Panamá	67.1	68.8	69.9	70.8	71.8	72.7	
Paraguay	73.5	74.3	75.1				
Perú	63.4	67.1	69.4	70.6	71.8	72.9	
República Dominicana	73.9	74.8	75.7				
Uruguay	59.7	62.6	64.2	65.9	67.5	69.0	
Venezuela	70.5	71.9	73.2				
	53.6	55.4	57.2	59.2	61.2	63.3	
	65.3	67.3	69.1				
	65.4	67.7	69.8	71.0	72.1	73.1	
	74.0	74.9	75.7				
	69.8	71.5	72.4	73.4	74.3	75.1	
	75.9	76.6	77.3				
	62.2	66.1	68.0	69.5	71.0	72.2	
	73.5	74.5	75.5				
	71.9	72.9	73.8	74.7	75.6	76.3	
	77.1	77.7	78.4				
	67.6	68.5	69.7	70.8	71.9	72.9	
	73.9	74.8	75.6				
	64.4	66.7	68.3	69.8	71.2	72.5	
	73.8	74.9	75.6				
	65.1	67.0	68.6	70.1	71.4	72.6	
	73.6	74.5	75.4				

	72.1	67.0	68.6	70.1	71.4	72.6
	73.6	74.5	75.4			
	70.5	71.8	72.8	73.7	74.7	75.5
	76.3	77.0	77.7			

Nota: Representa la duración media de la vida de los individuos, que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad de período en estudio.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – Boletín Demográfico N° 71 (CEPAL 2016)

Tabla N° 05: Esperanza de vida en el Perú

ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR REGIÓN Y DEPARTAMENTO

	DEPARTAMENTO
	Huancavelica
	Cusco
SIERRA	Puno
	Huánuco
	Loreto
	Ucayali
SELVA	Amazonas
	Madre de Dios
	San Martín
	Lambayeque
	La Libertad
COSTA	Ica
	Lima
	Callao

Fuente INEI- . Proyecciones de Población del Perú (Instituto Nacional de Estadística del Perú 2008)

En relación a la condición de pobreza, la encuesta nacional de hogares indica que el 41,7% de la población adulta mayor se encuentra ubicada dentro de la categoría pobre.

Tabla N° 06: Porcentaje de Población de 60 años a más, según condición de pobreza ENAHO 1997-2001.

	Total pobres	Pobres Extremos	No extremos	No pobres
Total	49.80	19.50	30.30	50.20

nacional				
Adultos	41.70	17.50	24.20	58.30
mayores				
60-69 años	41.66	17.58	24.08	58.34
70-79 años	41.50	16.74	24.76	58.50
80 años y más	42.50	19.30	23.20	57.50

Fuente: Condición de vida en el Perú evolución, INEI, ENAHO 1997-2001. (INEI 2016)

La condición de la población adulto mayor inactiva el 43,2% se dedica a los quehaceres del hogar, 26,5% vive de su pensión, jubilación u otras rentas, 22,2% está enfermo o discapacitado y el 0,4% es estudiante (Ministerio de Salud 2006).

Tabla N° 07: Porcentaje de Población adulta mayor inactiva por sexo, según razones de inactividad ENAHO 2003-2004.

Razones de Inactividad	Hombre	Mujer	Total
Quehaceres del hogar	12,9	60,2	43,2
Vivía de su pensión o jubilación u otras rentas	51,8	12,3	26,5
Enfermo o discapacitado	26,2	20,0	22,2
Estudiando	0,7	0,2	0,4
Otros	8,4	7,3	7,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: INEI-ENAHO Mayo 2003-Abril 2004 (INEI 2016)

2.2.3 Situación de Salud del Paciente Adulto Mayor en el Perú

La principal causa de morbilidad en el Perú según las fuentes estadísticas con las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. No obstante, las enfermedades crónico degenerativas son enfermedades que también prevalecen en esta población. Dentro de las más comunes tenemos a las enfermedades hipertensivas, poli artropatías, crónicas de vías respiratorias inferiores, artrosis, diabetes mellitus. (Ministerio de Salud del Perú 2006) (Ministerio de Salud 2006) (Ministerio de Promoción y de Desarrollo Humano 2008).

Para las tasas de mortalidad de los adultos mayores estas enfermedades fueron el aparato circulatorio, respiratorio y los tumores. Los tumores tanto en el Perú como en otros países han ido cobrando una gran importancia, por el hecho, del incremento en la última década

y causa de mortalidad (Ministerio de Promoción y de Desarrollo Humano 2008).

No se conoce con exactitud el estado nutricional de la población adulta mayor, pero se estima que en su gran mayoría padece de malnutrición, lo cual representa un problema de salud pública (Ministerio de Salud. 2003).

Los profesionales de la salud que atienden a las personas mayores piensan que la ansiedad y depresión forman parte del proceso normal del envejecimiento, ello está errado, pues se debe considerar como un estado de salud mental anormal (Luis, y otros 2011).

En el Instituto Nacional de Salud Mental Hiyedo Noguchi, la prevalencia de depresión en la población adulta mayor fue de 9,8%, para la población joven fue de 8,6% y para los adultos de 6,6%. En general las mujeres y los adultos mayores de 75 años tenían un alto porcentaje de prevalencia de suicidio (Instituto Nacional de Salud Mental Hiyedo Noguchi 2005).

2.2.3.1 Atención Integral de Salud para las Personas Mayores en el Perú.

En nuestro país existen diversas instituciones que brindan atención de salud, así tenemos, EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, el sector privado y quien tiene mayor porcentaje de atención de la población es el MINSa quien atiende a más del 60% de la población (Ministerio de Salud del Perú 2006) (Perú, Normas Técnicas de salud para la atención integral de las personas adultas mayores 2005).

En la actualidad el MINSa ha implementado el PAMs (Atención Integral para las Personas Adultas mayores). Si bien es cierto, el programa está dirigido a toda la población mayor de 60 años que reside en el Perú, sus intervenciones están dirigidas en especial a aquellas

personas adultas mayores que viven en zonas de mayor riesgo o presentan vulnerabilidad (Ministerio de Salud 2006).

La atención de salud de las PAMs se ha implementado con los siguientes componentes: Organización, provisión, gestión y financiamiento (Ministerio de Salud del Peru 2006) (Ministerio de Promoción y de Desarrollo Humano 2008).

Organización para la Atención de las PAMs

Los establecimientos de Salud en el Perú están divididos en categorías, es así como la categoría I-1, I-2, I-3 y I-4 (Puestos y Centros de Salud) están conformados un equipo interdisciplinario básico integrado por el médico y enfermera, dentro de este equipo también se incorpora otros profesionales de la salud tales como odontólogo, psicólogo, trabajadora social, nutricionista entre otros; así como personal técnico de enfermería y/o técnico sanitario, dependiendo del establecimiento y disponibilidad de recursos, los esfuerzos de este personal están orientados a las actividades preventivo promocionales (Ministerio de Salud 2006) (Ministerio de Salud del Peru 2006).

Los establecimientos de salud categoría III2, III1, II-2 y II-1 (Hospitales I, II, III e institutos especializados), está conformado por equipos interdisciplinarios coordinado por profesionales especialistas en geriatría o capacitados en salud integral del adulto mayor. Sus acciones están dirigidas, a brindar apoyo a las acciones de promoción y prevención, realizar atención integral ambulatoria y hospitalaria diferenciada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de acuerdo a su categoría. Así mismo, orientan sus acciones especializadas a la población adulta mayor que presenta daño en atención recuperativa, rehabilitación y seguimiento de casos (Ministerio de Salud 2006) (Ministerio de Salud del Peru 2006) (Ministerio de Salud. 2003) (Peru, Normas Tecnicas de salud para la atencion integral de las personas adultas mayores 2005) (CEPAL 2016).

El servicio de salud que se brinda para las PAMs puede ser intramural o extramural. Se refiere a un servicio de salud intramural cuando el servicio se brinda dentro del establecimiento de salud. Mientras que el extramural es realizado fuera del servicio de Salud.

Servicio de Salud Intramural

Dentro de este ámbito se debe de brindar un servicio adecuado y diferenciado. Un servicio adecuado es aquel donde se brinda atención integral a las personas adultas mayores en ambientes convenientemente adecuados, en horario de atención diferenciado y visible al público. Un servicio adecuado, aquel servicio con ambientes adaptados a las condiciones biológicas y funcionales del adulto mayor. En cuanto a la infraestructura el consultorio debe de estar ubicado en el primer piso, fácil acceso, buena iluminación, puertas amplias, rampas, pasamanos, pisos antideslizantes y otros que faciliten el desplazamiento de las PAMs. Además, contar con condiciones que garanticen la confidencialidad y privacidad en la atención de las personas adultas mayores y que faciliten las relaciones interpersonales entre los usuarios y los proveedores (CEPAL 2016) (Ministerio de Salud del Peru 2016) (Ministerio de Salud 2006).

Dependiendo de la categoría de los establecimientos estos deben de disponer de equipos para su atención, dentro de ello considerar equipos de diagnóstico, material de escritorio, materiales y mecanismos para proveer información verbal o escrita, material educativo que incluya paquete de atención integral, teniendo en consideración interculturalidad y derechos de los usuarios (Ministerio de Salud 2006) (Ministerio de Salud del Peru 2006) (Ministerio de Salud del Peru 2016).

Cuando un paciente PAMs es atendido en un establecimiento de menor categoría se puede realizar una referencia o contra referencia, con el fin de garantizar la continuidad y oportunidad de la atención. El motivo es un establecimiento de salud de mayor categoría brinda una

mayor capacidad resolutive, porque cuenta con recursos humanos, económicos, físicos mejores en comparación a un establecimiento de menor categoría.

“El plan de salud establece que los Institutos Especializados y hospitales categoría III son los establecimientos de mayor capacidad resolutive constituyéndose en centros de referencia de la red prestadora. Los hospitales categoría II son los centros de referencia de los establecimientos del nivel I (puestos y centros de salud o equivalente) según corresponda” (Ministerio de Salud del Peru 2016)

Servicio de Salud Extramural

Dentro de este ámbito está comprendido las visitas, la atención domiciliaria, el seguimiento de los adultos mayores, el trabajo intersectorial, la formación de redes de soporte social, el trabajo conjunto con los adultos mayores, creación de círculos/centros del adulto mayor y el desarrollo de programas referidos a la familia y comunidades saludables (Madrid 1996) (Ministerio de Salud del Peru 2006).

Prestación de Servicios

La atención de salud, se realizará siempre de manera integral, independiente del motivo de consulta, con el fin que el adulto mayor cuente con un plan de atención integral. Ello debe llevarse a cabo a través de un conjunto de estrategias, intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación donde están involucrados la familia y la comunidad, este conjunto de estrategias puede darse en el hogar, comunidad, establecimientos de salud y otros (Ministerio de Salud 2006).

La atención integral del paciente PAMs está conformada por la captación, admisión y atención integral de salud.

El PAMs puede ser captado dentro del establecimiento de salud como acompañante de un familiar, cuando al establecimiento para una atención puntual, o cuando el personal desempeña labores extramurales en la comunidad, y debe ser atendido de forma integral. Una vez admitido se le realizará la atención preferente e integral.

La atención integral de estos pacientes consiste en:

La Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM a través de la Historia Clínica de Atención integral para las PAMs.

La VACAM será aplicado por el profesional de salud, o en asociación con otros integrantes del equipo de salud, previamente sensibilizado y capacitado para este fin.

La cuantificación en términos funcionales de las capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor.

El examen físico completo y se detectarán factores de riesgo o daño para su salud.

Los exámenes de laboratorio complementarias para la evaluación clínica: Hemograma, Hematocrito, Glucosa, Urea, Creatinina, Colesterol Total, Triglicéridos, Examen de orina completo, teniendo en cuenta el nivel de complejidad del establecimiento.

La aplicación de la VACAM a las PAMs una vez al año, pudiéndose repetir, si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico.

Los PAMs han sido clasificados en 4 categorías, estas se establecen al final de la primera consulta y permite identificar y priorizar la atención de estos pacientes.

Tabla N° 08: Clasificación de la persona adulta mayor según el Ministerio de salud del Perú.

CATEGORIA	Persona Adulta Mayor Activa Saludable	Persona Adulta Mayor Enferma.	Persona Adulta Mayor Frágil.	Paciente Geriátrico Complejo
C A R A C T E R I S T I C A	No tiene antecedentes de riesgo, signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.	Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo	Para ser considerado dentro de esta categoría debe de cumplir al menos 2 de las siguientes las siguientes condiciones. Mayor de 80 años Dependencia parcial Deterioro cognitivo leve o moderado Manifestaciones depresivas Una caída en el último mes o más de una caída en el año. Tres o más enfermedades crónicas (déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros) Tomar más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de seis	Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones: Edad: 80 años a más • Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas. El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante Deterioro cognitivo severo Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar. Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses

			semanas. Haber sido hospitalizado el último año. Índice de masa corporal no debe ser menor a 23 o mayor a 28.	
O B J E T I V O	El principal objetivo de esta población es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.	El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención. Dependiendo de la complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor	El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitado. Requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.

Fuente. Ministerio de Salud (Ministerio de Salud. 2003)

La atención domiciliaria del adulto mayor se realiza cuando:

Está postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud.

No acude al tratamiento del daño diagnosticado o bajo tratamiento (médico o quirúrgico, transmisible, no transmisible)

Existen condiciones que requieren el manejo de situaciones específicas, riesgos, entre otros, del entorno domiciliar o familiar que inciden en la salud del adulto mayor.

No acude a consulta programada (Ej. vacunación anti amarilica, exámenes auxiliares, etc.)

2.2.3.2 Atención Odontológica del adulto mayor en el Perú

Las personas adulto mayores tienen un mayor riesgo de contraer una afección bucal. En la actualidad, existe diversas fuentes de información que habla de la importancia de la salud oral en todas las etapas de la vida, a pesar de ello, la sociedad y las mismas personas adultas mayores aceptan al deterioro de la salud bucal y del aparato masticatorio como parte del proceso envejecimiento, lo cual es errado.

En este sentido, para la atención de esta población se debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios propios de la ancianidad, considerados naturales y asociados a la vejez, en realidad se pueden convertir en procesos patológicos específicos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a toda la población mundial. Las

enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el principal factor la higiene bucodental (Organización de las Naciones Unidas 2007).

La Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavity Bucal está considerado como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú (Peru, Plan Nacional Concertado de Salud 2007).

“Con R. M. N° 649-2007/MINSA, se establece a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud; formulación y propuesta normativa, la articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el abordaje multidisciplinario de las enfermedades bucales” (Ministerio de Salud del Perú 2013).

Es así, como del 2012 al 2016 se implementó en el Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removibles en el Adulto Mayor con el programa “Vuelve a Sonreír”, el Módulo de Promoción de la Salud de la Higiene Bucal en el marco del Plan de Salud Escolar y la atención odontológica integral a la población asegurada al SIS (Ministerio de Salud. 2003) (Peru, Normas Técnicas de salud para la atención integral de las personas adultas mayores 2005) (Ministerio de Salud del Perú 2013).

Tabla N° 09: Flujograma de atención integral de salud para el adulto mayor en establecimiento del primer nivel de atención (*Ministerio de Salud. 2003*)

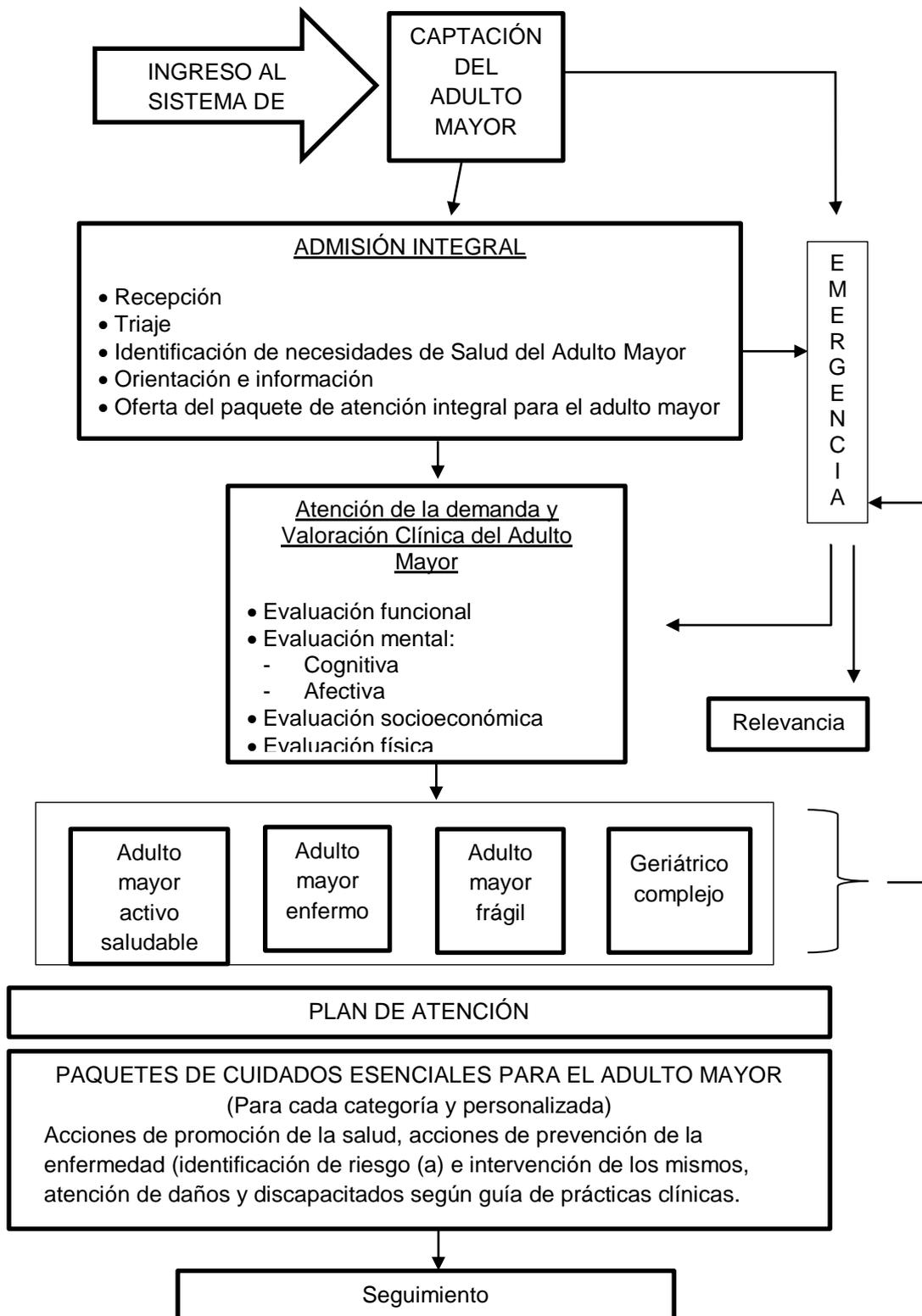


Tabla N° 10: Paquete de atención integral de salud del adulto mayor

<p>Evaluación integral del adulto mayor:</p> <p>Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, hipertensión, diabetes, depresión, osteoartritis y demencia.</p> <p>Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: TBC, ITS, según correspondencia.</p> <p>Identificación de síndromes y principales problemas geriátricos (desviación visual, auditiva, malnutrición, incontinencia urinaria, caídas y otros).</p> <p>Identificación de problemas sociales: pobreza, abandono, maltrato.</p> <p>Identificación de problemas odontológicos.</p> <p>Determinar la funcionalidad.</p>
<p>Tema educativo, informar y educar en:</p> <p>Estilos de vida saludable: actividad física, alimentación, higiene.</p> <p>Derechos y deberes en salud.</p> <p>Habilidades para la vida: autoestima, buen uso del tiempo libre.</p> <p>Autocuidado y corresponsabilidad de la familia y comunidad.</p>
<p>Atención preventiva</p> <p>Vacunación antiamarílica según prioridad regional.</p> <p>Antitetánica</p>
<p>Visita domiciliaria</p> <p>Al adulto mayor postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud.</p> <p>Cuando no acude a tratamiento de daño transmisible, no transmisible.</p> <p>Cuando no acude a vacunación antiamarílica según prioridad regional.</p>
<p>Atención de daños considerados prioridades regionales según guías de prácticas clínicas</p> <p>Atención de problemas odontológicos</p> <p>TBC</p> <p>Metaxénicas</p> <p>Hipertensión arterial</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Osteoartritis</p> <p>Otros</p>

Fuente. Ministerio de Salud del peru (Ministerio de Salud. 2003)

2.2.4 Salud en el Adulto Mayor

La salud es definida por la OMS como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades” (World Health Organization 2011).

2.2.4.1 Cambios Sistémicos en el Paciente Adulto Mayor

Los pacientes geriátricos son más susceptibles de padecer múltiples enfermedades crónicas, agudas o terminales, muchos de ellos se encuentran bajo medicación simultánea para controlar sus afecciones (Luis, Juan y Juan 1995)

Existen cambios que se producen durante el proceso de envejecimiento, esto puede ser derivado del consumo de medicamentos o de los elementos terapéuticos, o bien, los conocidos como cambios fisiológicos que se encuentran relacionados con la edad, es importante conocer los cambios fisiológicos propios de la edad ya que nos permitirá diferenciar de otras enfermedades que no tienen nada que ver con la edad, como lo es la demencia que no es propia del envejecimiento y según la literatura debe de ser investigada como cualquier otra enfermedad (Claudio y Julio, Cambios Sistémicos en el Paciente 2002).

Tabla N° 11: Cambios sistémicos en el Adulto Mayor

Sistema cardiovascular vasopresor	Aumenta el tiempo de contracción-relajación Baja capacidad ventricular izquierda Disminuye respuesta simpática Disminuye la elasticidad de los vasos Aumenta la presión arterial y la labilidad del control Aumenta el porcentaje de arritmias
Sistema pulmonar	Desciende la elasticidad pulmonar Baja la fortaleza de la musculatura respiratoria Baja la respuesta ventilatoria por hipoxia e hipercapnea
Sistema músculo- Esquelético y óseo	Aumenta porosidad de corteza Trabécula reduce su grosor, número y reabsorción ósea
Cerebro superior	Disminuye su tamaño y peso Neurotransmisores sufren cambios Mayor pérdida de neuronas en circunvolución temporal
Páncreas 85 años	Órgano muy afectado por envejecimiento Tolerancia de glucosa varía de 16% a los 65 años, a 25% a los Niveles más altos de glucosa que en jóvenes (120-140 mg/dl)
Tiroides y otras Glándulas	Fibrosis Aumento de peso y nódulos Mala absorción intestinal vitamina D
Riñón	Disminuye la masa renal (30%) Función renal declina 1% por año
Hígado	Metabolismo de drogas se reduce a la mitad
Visión	Presbicia Miosis persistente Baja la secreción lagrimal Esclerosis nuclear * catarata
Audición lenguaje	Pérdida de audición (+ de 5 decibeles) Baja en la agudeza en tonos altos y discriminación del
Nariz-Boca	Anosmia y alteraciones del gusto.

Fuente. San Martín C. Cambios sistémicos en el paciente adulto (Claudio y Julio, Cambios Sistémicos en el Paciente 2002)

2.2.4.2 Enfermedades más frecuentes en el Paciente Adulto Mayor

Las enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida se deben a un proceso biológico degenerativo propios del envejecimiento. Así mismo, se hallan asociadas a la dieta, educación, estilos de vida, entre otras.

Las personas adultas mayores son propensas a sufrir de enfermedades crónicas, estas enfermedades son las causantes de la mayoría de muertes y discapacidades en el mundo. Una de las enfermedades crónicas más comunes son las enfermedades cardiovasculares. La cardiopatía isquémica, clínicamente puede presentarse en el paciente de edad avanzada como ángor en cualquiera de sus formas, infarto, insuficiencia cardiaca o muerte súbita. También se ha descrito al alzheimer y parkinson como enfermedades degenerativas que afectan al sistema nervioso central llevando a la persona una pérdida de la memoria. La patología respiratoria se encuentra representada en estas edades por la patología infecciosa (exacerbaciones de bronquitis crónicas, EPOC y neumonías) y la patología tumoral (Geriatrica 2013)

Tabla N° 12: Enfermedades más frecuentes en el anciano por sistemas

Sistema	Enfermedades
Cardiovascular	Arteriosclerosis en todas sus formas (ACVA, AIT, IAM, aneurismas aórticos y abdominales, enfermedad vascular periférica, demencia multiinfarto), hipertensión, enfermedades del sistema de conducción cardíaco, endocarditis bacteriana.
Músculoesqueléticas	Artrosis, osteoporosis, aplastamientos vertebrales, enfermedades por depósito de cristales (gota, pseudogota), enfermedad de Piaget, fracturas (cadera) y traumatismos.
Respiratorias	EPOC, infecciosas (procesos de vías altas, neumonías y bronconeumonías, bronquitis, tuberculosis).
Endocrino metabólicas	- Diabetes Mellitus (más tipo 2, más coma hiperglucémico no cetósico), hipotiroidismo.
Digestivas	Infecciosas, estreñimiento, impactación fecal, incontinencia, diverticulosis cólica, angiodisplasia, trombosis mesentérica
Neoplasias	Digestivas (estómago, colon y recto, hígado, páncreas), respiratorias (broncopulmonar y laringe), genitourinarias (próstata, mama, útero y vejiga), hematológicas (mieloma, mielodisplasia y mielofibrosis, leucosis), piel (epidermoide).
Enfermedades mentales y neurológicas	Depresión, suicidio, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson.
Órganos de los sentidos	Cataratas, entropión y ectropión, glaucoma, degener. Macular, otosclerosis, presbiacusia.
Genitourinario	Incontinencia, infecciosas, hipertrofia prostática benigna.
Piel	Úlceras por presión, herpes zóster
Hematológicas	Anemia ferropénica, anemias por deficiencia de vitamina B12 y Ácido fólico.
Miscelánea:	Polimialgia reumática, hipoproteinemia, deshidratación, hipotermia, caries, parodontitis.

Fuente. San Martín C. (Claudio y Julio, Cambios Sistémicos en el Paciente 2002)

2.2.5 La salud oral en el Paciente Adulto Mayor

La salud oral puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Según la OMS menciona: Las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes -enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes- pues se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Otro factor de riesgo es una higiene bucodental deficiente. (14)

Belaúnde Gómez, considera que “La salud oral es esencial para la salud en general y calidad de vida. Sin embargo, muchos de los adultos no acuden regularmente al dentista para recibir algún tratamiento dental. Los servicios básicos de salud bucal son esenciales para la atención primaria de la salud, es por eso que se debería tener una consideración especial en cuanto a las necesidades bucodentales (15).

Berenguer Gournalusses, manifiesta: “La estomatología geriátrica aborda todo aquello relacionado con afecciones bucales, condiciones crónicas y plan terapéutico; entidades que pueden ser más comunes en la edad avanzada y generar mayores complicaciones para la práctica dental, dadas por el cambio en el estado de la salud bucal y en las actitudes del anciano, que algunas veces provocan efectos determinantes sobre dicha salud (16)

Según Arce Ramirez,” La mayoría de los trastornos bucodentales en las personas adultas mayores no son resultado del envejecimiento, sino el producto de escasa higiene oral durante la vida y la falta de acceso a servicios dentales oportunos en la edad adulta. Los problemas de la salud oral han sido relacionados con la malnutrición y

la modificación de la cantidad y la calidad de los alimentos consumidos” (13)

2.2.5.1 Cambios anatómicos y fisiológicos de la cavidad bucal que ocurren con edad avanzada

Los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren con la edad son cambios naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio, otros, son resultado de la acción de enfermedades (periodontitis), de medicamentos (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad, pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales (Organización Panamericana de la Salud 2013) (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002) (Claudio y Julio, Cambios Sistémicos en el Paciente 2002).

Cambios en el tejido de revestimiento

Dentro de estos cambios se ve comprometida la piel, presenta una disminución de su grosor, vascularización y tejido adiposo lo que trae como consecuencia una baja elasticidad y resistencia. Del mismo modo, hay un adelgazamiento de la mucosa oral, clínicamente se evidencia una fácil laceración del tejido (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002).

Cambios en la función salival

Existen numerosos estudios que evidencian la existencia de una disminución en la producción de saliva relacionada con la edad, esta reducción por lo general se puede dar a partir de los 60 años, sin embargo, en las mujeres esto se ve más acentuado ya que ellas

experimentan esta reducción poco después de la menopausia. Estos cambios pueden ser consecuencia de la atrofia de los acinos glandulares, medicación, radiaciones en cabeza o cuello (Wat 1998).

Por otro lado, puede presentarse una hiposalivación de las glándulas del paladar a consecuencia de enfermedades crónicas, reacciones atróficas de la mucosa palatina, el continuo stress, las depresiones, abuso de nicotina y alcohol, y el síndrome de deficiencia de estrógeno (Huber y Mar 2000) (Jor 1990).

Los efectos adversos de las drogas como los como los digitálicos, tranquilizantes y antidepresivos tricíclicos traen como consecuencia una hiposecreción de las glándulas (Wat 1998).

Cuando una persona está en tratamiento con radioterapia las glándulas pueden mostrar diferentes reacciones, por ejemplo: las parótidas tienen una reacción rápida e irreversible, las glándulas palatinas muestran menos sensibilidad o mejor tolerancia contra el daño de la radiación (Jor 1990) (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002).

En conclusión, si el flujo salival se reduce con la edad, esto puede ser escaso y de significación clínica, por lo que cuando un paciente geriátrico presenta síntomas de xerostomía, no debe considerarse consecuencia del proceso de envejecimiento, sino que es necesario valorar su estado general, oral y farmacológico para diagnosticar la causa de la hipofunción salival.

Cambios en el tejido dentario

En los tejidos duros el esmalte del paciente geriátrico sufre un desgaste natural, como resultado de la masticación que desencadena en atrición o desgaste, provocando en el esmalte un color mate, sin brillo y oscuro. Como resultado de este proceso, la dentina presenta un cambio de coloración debido al propio proceso de envejecimiento,

existe una sustitución de la dentina original por la denominada dentina de reparación que es de un color más amarillento. La formación continua de dentina que se da aun después de la erupción, así como, la mineralización produce una disminución de la cámara pulpar la fragilidad de las piezas dentarias (Beatriz, Jorge Enrique y Jorge Adalberto 2014) (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002).

Tabla N° 13: Cambios tejido dentario

ESMALTE	CEMENTO	DENTINA
1. Se deshidrata, se vuelve más frágil y menos permeable.	1. Crece en forma anillada y concéntrica alrededor de la raíz.	Principalmente se produce fibrosis pulpar, depósitos de dentina
2. Aumenta la concentración de ácido aspártico, lo cual sirve como marcador de envejecimiento, y se produce un aumento de la cantidad de nitrógeno (oscurecimiento del esmalte).	2. Se engruesa en zona apical como mecanismo compensatorio de la atrición dentaria.	secundaria y peritubular, disminución de irrigación e inervación y calcificaciones.
	3. Se necrosa lo que favorece la entrada de toxinas y bacterias.	

Fuente (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002)

Cambios en el tejido periodontal

Cada uno de los tejidos del cuerpo humano sufre cambios durante el proceso de envejecimiento, el tejido periodontal no es ajeno a ello, por lo que muestran un adelgazamiento y pérdida de queratina. Tal es así, el ligamento periodontal disminuye su grosor hasta un 50%, la corona clínica se muestra mayor a la corona anatómica, los tejidos de soporte pueden producir una exposición radicular, el ligamento periodontal estrecha el espacio periodontal, lo cual produce una mayor unión del diente al hueso alveolar, esto se acentúa con el depósito de cemento

secundario (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002).

Desordenes miofuncionales y articulares

Las alteraciones miofuncionales son alteraciones de la tonicidad de los músculos o inflamación de ellos lo que se conoce como miositis o mialgia, los cuales pueden ser producto de los cambios de posición de los dientes o cambios posicionales mandibulares (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002) (Rosa, Vanesa y Ines 2011) (Beatriz , y otros 2013)

En la articulación temporomandibular (ATM), producto del envejecimiento, a nivel del complejo disco condilar se pueden producir cambios, sin presentar ninguna sintomatología. En este sentido el ATM se vuelve más susceptible a presentar cambios degenerativos, aplanamiento de la superficie articular con reducción del tamaño del cóndilo mandibular que produce mayor laxitud de los movimientos articulares. A nivel radiográfico se observan erosiones y alteraciones de la forma de las superficies articulares y reducción de tamaño del cóndilo mandibular, aumentando la posibilidad de perforación del disco articular, osteoporosis y quistes subcondrales (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002) (Organizacion Panamericana de la Salud 2013).

Cambios oclusales

En el paciente geriátrico se producen migraciones dentarias, rotaciones, intrusiones, extrusiones, inclinaciones, crecimientos alveolares segmentarios generalmente en el segmento anteroinferior. Es común que esta población presente atrición dentaria, que puede ser causada por bruxismo, por frotamiento de dientes contra restauraciones, por hiperfunción en una posición de acomodación por pérdida de soporte posterior o por oclusión traumática por contactos prematuros en sector posterior que ocasionan desgastes extensos en sector anterior. También hay perdida de la dimensión vertical, que en

general puede estar compensada por mecanismos de compensación alveolar y colapso de mordida posterior (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002) (Ana 2012).

Cambios en el tejido óseo

La pérdida de hueso alveolar en pacientes desdentados es una entidad crónica, progresiva, irreversible y acumulativa. Tallgreen, reportó un promedio de reducción de 9 a 10 mm en el maxilar inferior y de 2,5 a 3 mm en el maxilar superior en los primeros 25 años de edentulismo. Pero la reabsorción ósea puede verse agravada por exodoncias tempranas, presencia de quistes periapicales o lesiones tumorales. Las mujeres menopaúsicas poseen una reabsorción ósea más acelerada (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002) (Kar y Karl 1992) (Ann 1972).

2.2.5.2 Patologías bucales más frecuentes en el adulto mayor

Caries dental

Para que exista caries debe de reunirse cuatro factores importantes que son la dieta, microorganismos, tiempo y huésped. En el caso del adulto mayor además de estos factores la prevalencia de caries se ve incrementada por la disminución del flujo salival, institucionalización, ausencia de cuidados profesionales, suministro de agua no fluorada, bajo nivel socioeconómico, pobre higiene bucal. La interrelación de todos estos factores hace que la caries dental sea una de las enfermedades más prevalentes en el adulto mayor, y en especial la caries radicular, que se ha venido incrementando en un 64 % en mayores de 80 años (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002) (Luis, y otros 2011).

Enfermedad periodontal

Hasta hace poco se pensaba que la enfermedad periodontal era un proceso propio del envejecimiento, hoy se sabe que no es así. Hoy se

considera que la edad no es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad periodontal, más bien ello se encuentra asociado a la disminución de la higiene bucal, a ciertos hábitos como deficiencias nutricionales que constituyen elementos de riesgo. Las enfermedades crónicas que pueda sufrir la población adulta mayor puede estar relacionada con la enfermedad periodontal como lo es la diabetes mellitus (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002) (Kar y Karl 1992).

Cáncer bucal

Científicamente no se ha podido probar que las neoplasias de origen bucal tienen un peor pronóstico en comparación de otras localizados en otras partes del cuerpo, este problema se ahonda más, pues es conocido que la población en general y en especial en el adulto mayor no acude al odontólogo periódicamente y ello dificulta el diagnóstico precoz de las lesiones pre malignas y el cáncer bucal es estadios iniciales (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002).

Las neoplasias bucales son carcinomas escamosos y se localizan generalmente en los bordes laterales de la lengua, labios y piso de boca. El consumo del alcohol agrava aún más la predisposición siendo un riesgo latente ya que el 75% es causante de alguna neoplasia bucal (Claudio, Julio y Gerardo, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor 2002) (Beatriz , y otros 2013).

2.2.6 Calidad de Vida en la Persona Adulta Mayor

La OMS define “Calidad de Vida” como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (Organización Mundial de la Salud 1994)

Los factores que forman parte de la calidad de vida en el adulto mayor son: el soporte social, los factores socioeconómicos y la escolaridad,

así como los aspectos relacionados con el estado de salud. Dentro del apoyo social tenemos a la unidad familiar que están consideradas como redes primarias, el otro tipo de apoyo social es el que brinda los amigos, vecinos, parientes y grupos comunitarios. El conjunto de todos estos factores permiten mantener su participación en su autocuidado, en los aspectos antes mencionados (autocuidado, vida familiar, social) para que pueda disfrutar de esta etapa de su vida y vivirla a plenitud. (Luis Miguel y Juan Herna 2010) (Ernest 2007) (Laura 2014).

2.2.7 Calidad de vida relacionada con salud oral

Sánchez - García sugiere que la salud bucodental debe definirse como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal” (Garcia 2007).

Como ya se ha revisado anteriormente las enfermedades bucodentales influyen en la calidad de vida e interfieren en diversos aspectos como la función masticatoria, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos podríamos definir que la calidad de vida bucodental es la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral, que cumplan las funciones físicas, sociales, estéticas, psicológicas y estéticas.

Las pérdidas de los dientes naturales pueden traer como consecuencia una deficiente salud bucodental, ya que limita el consumo de alimentos y trae como consecuencia una deficiente alimentación, porque de esta manera se elimina el consumo proteínas y fibra. De ahí la importancia de devolver la funcionalidad y estética a partir de la rehabilitación protésica.

2.2.8 Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores

En los últimos años han sido desarrollados números instrumentos para evaluar para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral. El objetivo de estos instrumentos es aportar información y conocer la salud del individuo a partir de su propia percepción. De todos los instrumentos validados son tres los más importantes. Los cuales se describen a continuación.

2.2.8.1 Oral Health Impact Profile (OHIP)

Fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994, este instrumento busca evaluar la salud bucal con cada aspecto de la vida, es decir, relacionarla. Consta de 9 dimensiones y 49 pregunta, las respuestas se cuantifican de igual forma en la escala Likert con los mismos valores. Este instrumento ya ha sido validado en poblaciones de adultos mayores de Taiwán, Macedonia, Hamburgo y Brasil, entre otros.

Tabla N° 14: Estructura del instrumento Oral impacts on Daily Performance (OIDP)

Dimensiones	Frecuencia*	Gravedad**	Cálculo
	del efecto por dimensión*** (F)	(G)	(F*G)
	Puntuación	Puntuación	
	Puntuación		
Comer y disfrutar los alimentos	0-5	0-5	0-25
Hablar y pronunciar correctamente	0-5	0-5	0-25
Limpiarse o lavarse los dientes	0-5	0-5	0-25
Dormir y relajarse	0-5	0-5	0-25
Sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena	0-5	0-5	0-25
Mantener el estado emocional normal, sin enojo	0-5	0-5	0-25
Hacer todo el trabajo o socializar de forma normal	0-5	0-5	0-25
Disfrutar el contacto con la gente	0-5	0-5	0-25
Efecto global (sumatoria del puntaje 200 De las ocho dimensiones)****			0-

*Frecuencia, valores de respuesta: nunca (0), menos de una vez por mes (1), una vez o dos veces en un mes (2), una vez o dos veces en una semana (3), tres o cuatro veces en una semana (4), casi todos los días (5).

**Gravedad, valores de respuesta: nada (0), muy poco (1), poco (2), moderado (3), grave (4), muy grave (5).

***Valores de efecto por dimensión: sin efecto (0), muy ligero (1-5), ligero (6-10), moderado (11-15), grave (16-20), muy grave (21-25).

****Valores del efecto global: sin efecto (0), muy ligero (1-40), ligero (41-80), moderado (81-120), grave (121-160), muy grave (161-200).

Fuente. Velasquez L. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación (Velasquez 2014)

2.2.8.2 Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)

El Oral Impacts on Daily Performances (OIDP). Que significa el Impacto de la salud oral en las actividades diarias) fue desarrollado por Adulyanon en 1996. Es un instrumento que consta de 14 dimensiones y evalúa la dimensión del instrumento evalúa la frecuencia y gravedad de los problemas dentales, relacionados con la capacidad del individuo para realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses.

2.2.8.3 Geriatric Oral Health Assessment Index –GOHAI

En 1990, Kathryn A. Atchison y Teresa A. Dolan del departamento de salud pública odontológica de la universidad de California en los Ángeles (EEUU), tras los estudios e investigaciones con adultos mayores norteamericanos desarrollaron y publicaron en el “Journal of Dental Education” el “Geriatric Oral Health Assessment Index” traducido como “Índice de Calidad de Vida Oral en Geriatria” (GOHAI) ó “Índice de Valoración de salud Oral en Geriatria”.

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

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

1. Función física, que comprende aspectos como comer, hablar, y tragar;
2. Función psicosocial, comprende aspectos de preocupación acerca de la salud oral, autoimagen, conciencia de la salud y limitación de los contactos sociales por causa de problemas orales;
3. Dolor o incomodidad asociados al estado bucodental.

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

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

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

Conversión que se realiza al momento del análisis.

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

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

El cuestionario GOHAI se encuentra validado ya que, en Granada, España los doctores Pinzón–Pulido SA y Gil Montoya JA aplicaron el cuestionario GOHAI; dicho trabajo fue presentado como “Validación del Índice de Valoración en Salud Oral en geriatría en una población geriátrica Institucionalizada de Granada” y publicado en la Revista Española de Geriatría y Gerontología en 1999. Además El GOHAI ha sido validado y ampliamente utilizado en los Estados Unidos mediante la validación del contenido del cuestionario original aceptado en la versión española.

Éste instrumento fue creado para complementar los indicadores clínicos usados reiteradamente por los odontólogos de manera que

facilite la recolección de datos sobre una autopercepción, tanto individual como socialmente, para que esa información pueda ser utilizada en programas educativos, preventivos y curativos y también por otros profesionales del área de la salud.

2.3 Definición de términos básicos

Salud oral: Ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Adulto mayor: Un adulto pertenece al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 60 años de edad.

GOHAI: indicador en salud oral geriátrico.

Percepción: sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

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

Dolor o incomodidad: Asociados a salud bucodental.

Función físico social: Preocupación acerca de la salud oral, autoimagen conciencia de la salud y limitación de los contactos sociales por causa de problemas orales.

Autopercepción de Salud Oral: Tapias Torrado ,dice :”La forma en que las personas perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar; es decir, que una boca saludable contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad(26).

CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Análisis de Tablas y Gráficos

Para el análisis estadístico, se usó pruebas para concluir si el estudio es paramétrico o no paramétrico. Para tal propósito se debe cumplir: identificar el tipo de la variable (cuantitativa o cualitativa), cumplir el supuesto de normalidad (muestras homogéneas) y cumplir el supuesto de homocedasticidad (que las varianzas sean homogéneas). Nuestro estudio cumple con ser variable cualitativa ordinal; para el supuesto de normalidad se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (para muestras mayores a 30) o Shapiro Wilks (cuando la muestra es menor a 30). Para la prueba de homocedasticidad se usó la prueba F de Levene. Si la prueba no cumple el supuesto de normalidad se utilizará pruebas no paramétricas, para la contratación de la hipótesis como Chi cuadrado para contrastar las variables demográficas y el resultado de la escala del puntaje obtenido por cada adulto mayor.

Por consecuencia el valor p hallado que indica la significancia estadística cuando $p < 0.05$.

Los datos se analizaron en el software IBM Spss versión 23 y uso del paquete office el cual se usó Excel 2013.

3.2 Resultados

Tabla N° 15: Nivel de salud en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultos mayores.

Nivel de Salud	Fa	Fr
Malo	46	74,2%
Regular	15	24,2%
Bueno	1	1,6%
Total	62	100,0%

Fuente: Cuestionario de GOHAI (ver anexo3)

Fecha: 23 Octubre 2016

Elaboración propia

Gráfico N° 01: Escala de calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores

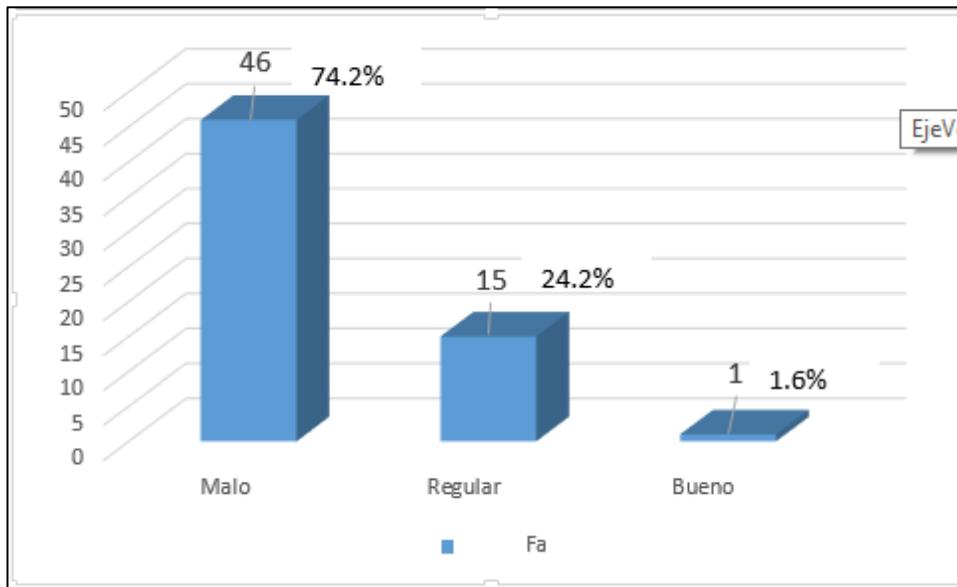


TABLA N° 15 Y GRÁFICO N° 01: Como resultados encontramos que de 62 adultos mayores, el 74.2%(46) obtuvieron nivel Malo de calidad de vida relacionada con la salud oral del adulto mayor, el 24.2%(15) nivel Regular y 1.6%(1) nivel Bueno. Encontramos una diferencia numérica marcada entre los niveles de la escala de la calidad de vida relacionada con la salud oral.

Tabla N° 16: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física.

Nivel de Salud	Fa	Fr
Malo	34	54.8%
Regular	19	30.6%
Bueno	9	14.6%
Total	62	100.0%

Fuente: Cuestionario de GOHAI (ver anexo3)
 Fecha: 23 Octubre 2016
 Elaboración propia

Gráfico N° 0 2: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física

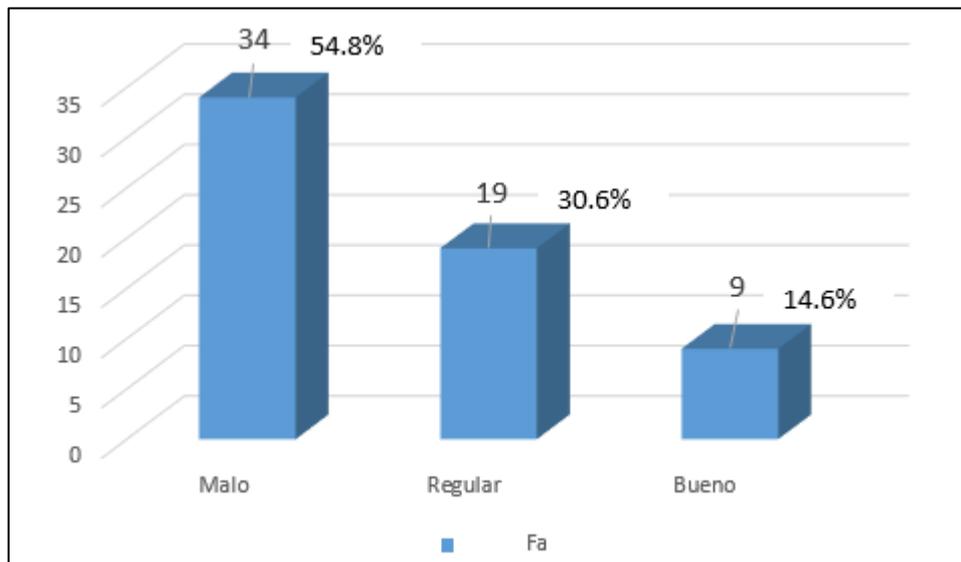


TABLA N° 16 Y GRAFICO N° 02: Tal como se aprecia, de los 62 adultos mayores, el 54.8% (34) obtuvieron nivel de salud Malo según su función física, el 30.6% (19) nivel Regular y el 14,6% (9) nivel Bueno. Podemos observar que hay una diferencia numérica muy clara entre el nivel de salud Malo y el Bueno.

Tabla N° 17: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial.

Nivel de Salud	Fa	Fr
Malo	24	38,7
Regular	22	35,5
Bueno	16	25,8
Total	62	100,0

Fuente: Cuestionario de GOHAI (ver anexo 3)
 Fecha: 23 Octubre 2016
 Elaboración propia

Gráfico N° 03: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial

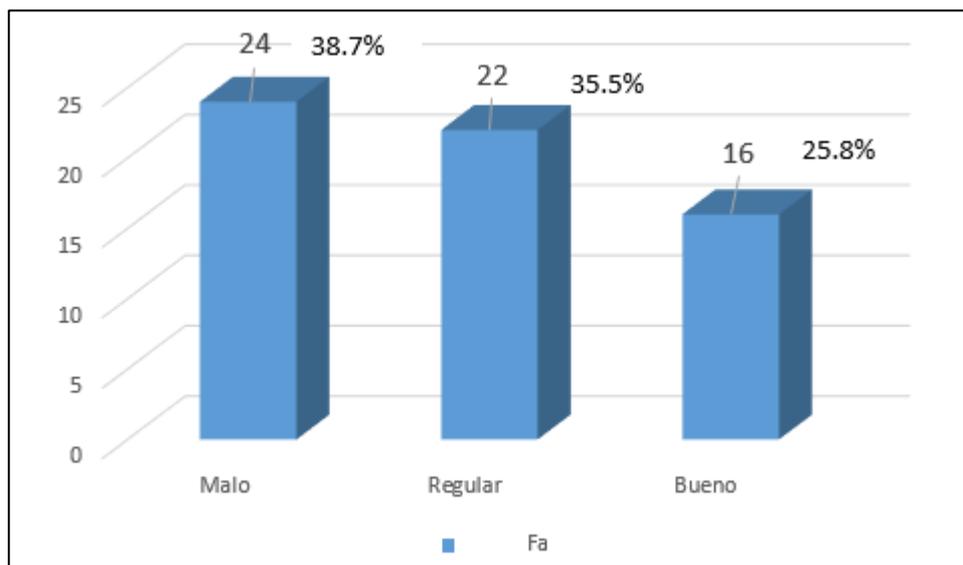


TABLA N° 17 Y GRAFICO N° 03: Tal como se observamos, de los 62 adultos mayores, el 38.7% (24) obtuvieron nivel de salud Malo según su aspecto psicosocial, el 35.5% (22) nivel Regular y el 25.8% (16) nivel Bueno. Podemos observar que no hay una diferencia numérica muy clara entre los niveles, esta diferencia se reduce significativamente entre el nivel Malo y el Regular, en tanto el nivel Bueno aumentó si lo comparamos según la función física.

Tabla N° 18: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor.

Nivel de Salud	Fa	Fr
Malo	26	41.9
Regular	29	46.8
Bueno	7	11.3
Total	62	100,0%

Fuente: Cuestionario de GOHAI (ver anexo 3)
 Fecha: 23 Octubre 2016
 Elaboración propia

Gráfico N° 04: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor.

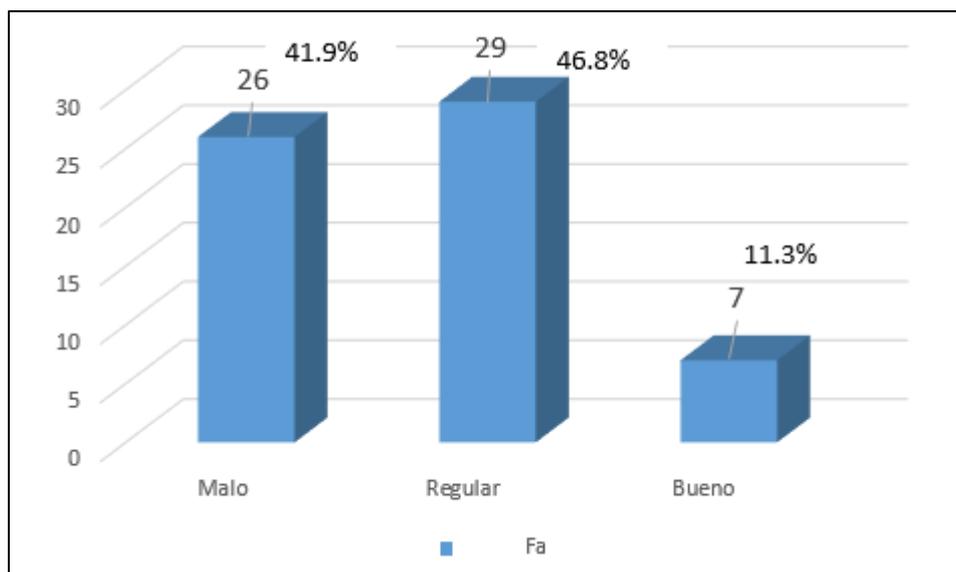


TABLA N° 18 Y GRAFICO N° 04: Tal como se aprecia de los 62 adultos mayores, el 41.9% (26) obtuvieron nivel de salud Malo según su aspecto sicosocial, el 46.8% (29) nivel Regular y el 11.3% (7) nivel Bueno. Podemos observar que hay una diferencia numérica muy clara entre el nivel de salud Malo y el Bueno.

Tabla N° 19: Género y calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.

SEXO DE PERSONAS		Nivel de salud			Total
		Mala	Regular	Bueno	
M	Fa	22	10	1	33
	Fr	47,8%	66,7%	100,0%	53,2%
F	Fa	24	5	0	29
	Fr	52,2%	33,3%	0,0%	46,8%
Total	Fa	46	15	1	62
	Fr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de GOHAI (ver anexo 3)
 Fecha: 23 Octubre 2016
 Elaboración propia

Gráfico N° 05: género y calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.

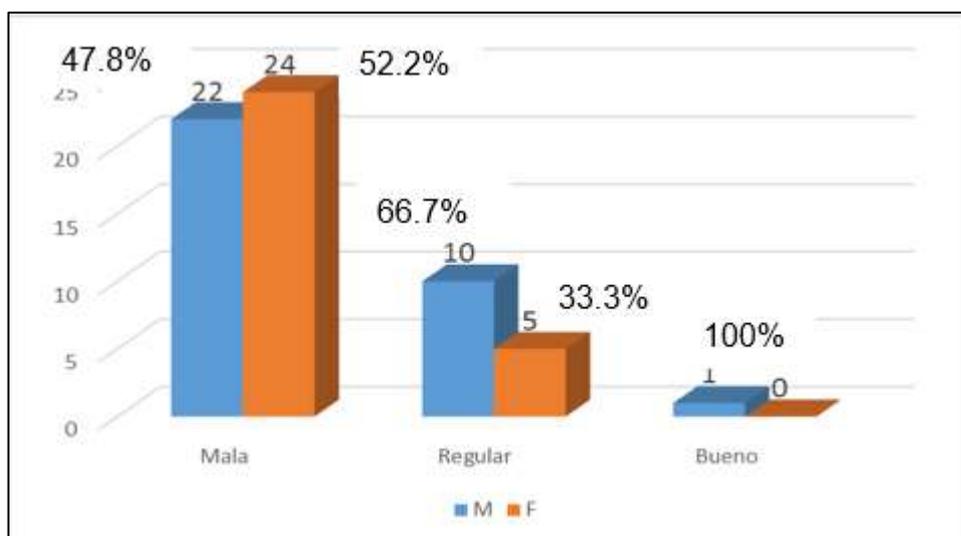


TABLA N° 19 Y GRAFICO N° 05: Según el género se observa que el 53.2% (33) son varones y el 46.8%(29) son mujeres adultas mayores. De los 46 adultos mayores que obtuvo un nivel de escala, Mala en calidad de vida relacionada con la salud oral, el 52.2% (24) son mujeres y el 47.8% (22) son varones; además de los 15 se obtuvo un nivel Regular, el 66.7% (10) son varones y el 33.3% (5) mujeres.

En esta tabla se observa, que solo 1 varón tiene nivel Bueno en la escala de la calidad de vida relacionada con la salud oral aplicado el cuestionario GOHAI, además son las de sexo femenino los que presentan mayor porcentaje (82.76%) de nivel Malo en calidad de vida relacionada con la salud oral, comparado con los varones (66.67%).

Tabla N° 20: Intervalo de edades y el nivel de escala obtenido en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.

Edad del adulto mayor		Nivel de Salud			Total
		Mala	Regular	Bueno	
60-69	Fa	19	12	1	32
	Fr	41,3%	80,0%	100,0%	51,6%
70-79	Fa	19	2	0	21
	Fr	41,3%	13,3%	0,0%	33,9%
más de 80	Fa	8	1	0	9
	Fr	17,4%	6,7%	0,0%	14,5%
Total	Fa	46	15	1	62
	Fr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de GOHAI (ver anexo 3)

Fecha: 23 Octubre 2016

Elaboración propia

Gráfico N° 06: intervalo de edades y el nivel de escala obtenido en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores

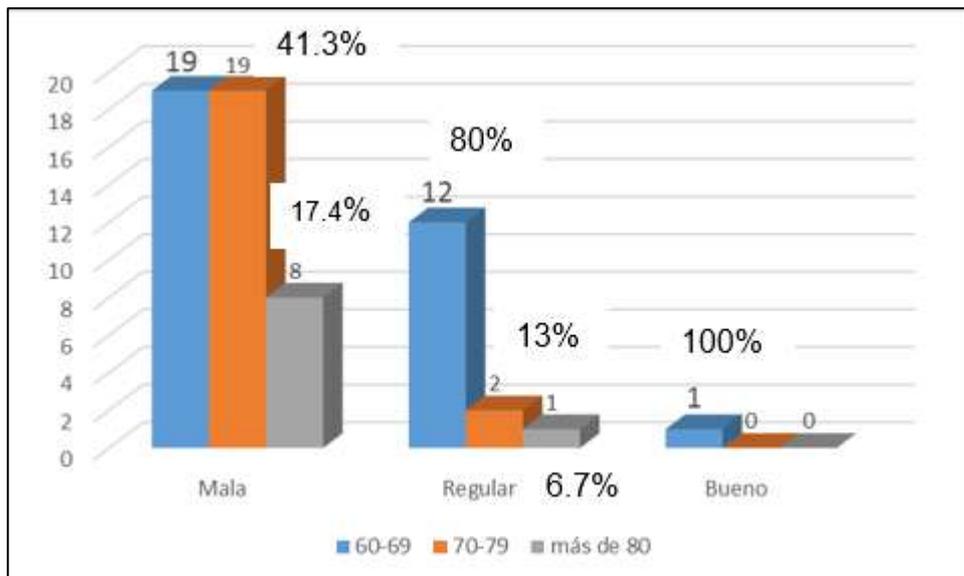


TABLA N° 20 Y GRAFICO N° 06: Se observa de los 62 adultos mayores, el 51.6%(32) tienen edades entre 60 y 69 años, el 33.9% (21) tienen entre 70 y 79 años y el 14.5%(9) más de 80 años.

De los 46 adultos mayores con nivel de salud Malo el 41.3% (19) están entre 60 y 69 años de edad la misma cantidad están entre 70 y 79 años; solo el 17.4% (8) cuentan con más de 80 años.

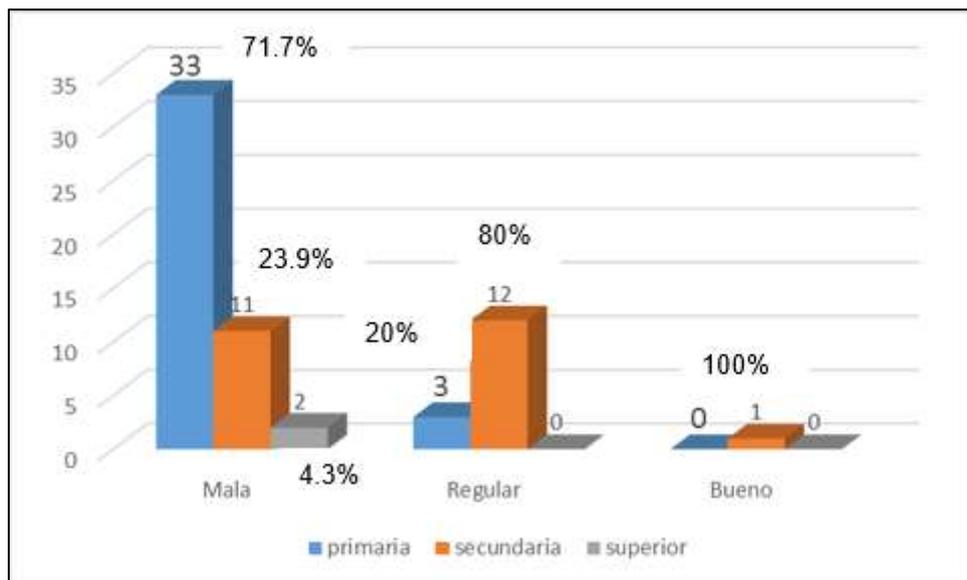
De los 15 encuestados se obtuvo el nivel Regular, el 80% (12) tienen entre 60 y 69 años, tan solo 13.3% (2) entre 70 y 79 años de edad y solo el 6.7% (1) adulto mayor tiene más de 80 años. Solo 1 adulto mayor tiene nivel Bueno y está entre 60 y 69 años. Los adultos mayores con más de 80 años presentan mayor porcentaje (88.89%) de nivel Malo.

Tabla N° 21: grado de instrucción y el nivel de escala obtenido en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.

GRADO DE INSTRUCCIÓN		Nivel de Salud			Total
		Mala	Regular	Bueno	
Primaria	Fa	33	3	0	36
	Fr	71,7%	20,0%	0,0%	58,1%
Secundaria	Fa	11	12	1	24
	Fr	23,9%	80,0%	100,0%	38,7%
Superior	Fa	2	0	0	2
	Fr	4,3%	0,0%	0,0%	3,2%
TOTAL	Fa	46	15	1	62
	Fr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de GOHAI (ver anexo 3)
 Fecha: 23 Octubre 2016
 Elaboración propia

Gráfico N° 07: Grado de instrucción y el nivel de escala obtenido en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores



Observamos que la mayoría ha cursado el nivel primaria 58.1%(36), luego el 38.7%(24) tiene grado de instrucción secundaria y solo el 3.2%(2) tienen grado superior.

De los 46 que obtuvieron nivel de escala Malo, tenemos que el 71.7% (33) han cursado la primaria, el 23.9% (11) la secundaria y solo el 4.3% (2) superior.

De los 15 de nivel de escala Regular, el 80% (12) han cursado secundaria y el 20% (3) primaria. Tan solo 1 adulto mayor que tiene nivel de escala Bueno ha cursado secundaria.

Si hacemos un análisis entre el Grado de Instrucción y los que obtuvieron Nivel Malo; los de primaria alcanza el 91,7%, los de secundaria el 45.8% y los de superior alcanza el 100%, es decir los 2 adultos mayores tienen el nivel Malo.

3.3. Contrastación de Hipótesis

Tabla N° 22: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	32,562 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	36.725	4	.000
Asociación lineal por lineal	28.517	1	.000
N de casos válidos	62		

La función física influye en el nivel de escala calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo.

Con un valor de Chi2 de 32,562, grados de libertad de 4 y valor $p=0.000$. Existe relación significativa $p<0.05$ para rechazar la hipótesis nula.

Tabla N° 23: calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	34,971 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	34.077	4	.000
Asociación lineal por lineal	25.202	1	.000
N de casos válidos	62		

El aspecto Psicosocial influye en el nivel de escala calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo.

Con un valor de Chi2 de 34,971, grados de libertad de 4 y valor $p=0.000$. Existe relación significativa $p<0.05$ para rechazar la hipótesis nula.

Tabla N° 24: Calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,904 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	24.893	4	.000
Asociación lineal por lineal	16.317	1	.000
N de casos válidos	62		

En cuanto al Dolor influye en el nivel de escala calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo.

Con un valor de Chi2 de 22,904, grados de libertad de 4 y valor $p=0.000$. Existe relación significativa $p<0.05$ para rechazar la hipótesis nula.

Tabla N° 25: Edad y nivel en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,744 ^a	4	,101
Razón de verosimilitud	8,520	4	,074
Asociación lineal por lineal	5,871	1	,015
N de casos válidos	62		
$X^2=7744$ (p-valor=0.101)			

Se puede apreciar con valor Chi2 de 7,744, grados de libertad 4 y valor $p=0.101$; entre la Edad y Nivel de calidad de vida relacionada con la salud oral, no se halló relación significativa entre las variables analizadas $p>0.05$ por lo tanto, No se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 26: Grado de instrucción y nivel en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	GI	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,679 ^a	4	,002
Razón de verosimilitud	17,481	4	,002
Asociación lineal por lineal	8,787	1	,003
N de casos válidos	62		
$X^2=16,679$ (p-valor=0.002)			

El grado de instrucción influye en nivel de escala calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo.

Con un valor de Chi2 de 16,679, grados de libertad de 4 y valor $p=0.002$. Existe relación significativa $p<0.05$ para rechazar la hipótesis nula.

Tabla N° 27: Género y calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,506 ^a	2	,286
Razón de verosimilitud	2,914	2	,233
Asociación lineal por lineal	2,401	1	,121
N de casos válidos	62		

$$X^2=2,506 \text{ (p-valor}=0.286)$$

Se puede apreciar el Género y el Nivel de calidad de vida relacionada con la salud oral; con valor Chi2 de 2,506 y grados de libertad 2 y valor $p=0.286$, no se halló relación significativa entre las variables analizadas $p>0.05$ por lo tanto No se rechaza la hipótesis nula.

Tabla N° 28: PRUEBA DE Kolmogorov.Smirnov en Nivel de salud en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultas mayores.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
		escala puntaje (agrupado)
N		62
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1,27
	Desviación estándar	,485
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,456
	Positivo	,456
	Negativo	-,286
Estadístico de prueba		,456
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c

Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, si se asume que nuestras Hipótesis Nulas (Ho): Nivel de salud en calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas adultos mayores.

La prueba de normalidad KS indica que no se cumple el supuesto de normalidad (Estadísticos con 0.456 en el Nivel de salud en calidad de vida relacionada con la salud oral; gl de 62; $p < 0.05$).

Por lo que se rechaza H1 (no cumpliendo con el principio de HOMOGENEIDAD) por lo tanto para la comprobación de la Hipótesis se optará por realizar pruebas no paramétricas.

3.4. Discusión

El presente trabajo de investigación encuentra que los adultos mayores institucionalizados en la Organización de Bienestar de Salud del Adulto Mayor del II sector, Distrito de La Victoria, Chiclayo – Lambayeque 2016;

manifiestan tener en general una calidad de vida mala al relacionarlo con la salud oral, es un hecho evidente, ya que ello afecta negativamente a la calidad de vida del individuo , situación que sucede en nuestro país, puesto que se encuentra en envejecimiento como lo manifiesta Moya P (Patricia, y otros 2013) en su trabajo de investigación donde encontró los mismos resultados que en la presente investigación en la Ciudad de Santiago de Chile. Gallardo A (Adria, Nancy y Juan 2013) realizó un estudio en Lima donde coincide con el presente estudio y encuentra que los adultos mayores coinciden en percibir una mala calidad de vida en relación a su salud oral.

Por el contrario, estudios realizados en otros lugares muestran que su población no considera tener una mala calidad de vida, como el realizado por Duque (V 2013) ello lo encontró en poblaciones de bajos recursos económicos, nuestro estudio también halló que habían pocos adultos mayores que consideran tener una mala calidad en relación a la salud oral y ellas se encontraban en aquellas que tenían solo estudios primarios relacionado de alguna forma con estratos económicos bajos

Conclusiones

Los adultos mayores de la organización de Bienestar de Salud del Adulto Mayor consideran tener una calidad de vida regular en relación al estado físico, refiriéndose al estado de salud bucal, muchos de ellos consideran no poder masticar alimentos de forma adecuada predominantemente por la falta de dientes.

Esta misma población muestra interés en tener una buena condición bucal porque considera tener una calidad de vida entre mala y regular en cuanto al aspecto psicosocial.

Esta población considera también tener una calidad de vida de vida mala independientemente del grado de instrucción, género y edad.

Recomendaciones

Se recomienda a los estudiantes realizar estudios con el presente índice GOHAI pero al mismo tiempo relacionarlo con el estado de salud bucal en esta u otras poblaciones.

Es importante la prevención y cuidado de salud oral en adultos mayores, de ahí la importancia a que la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo incorpore dentro de su malla curricular la Asignatura de Odontogeratria

BIBLIOGRAFÍA

1. Adria Gallardo, Nancy Huilca, y Juan Carlos Avalos . «Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana.» KIRU 10, nº 2 (2013).
2. Adriana Gallardo, Miguel Angel Picasso, Nancy Huilca, y Juan Carlos Avalos. «Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos.» KIRU 10, nº 2 (2013).
3. Ana Duarte. «Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico.» Revista Científica Odontológica 8, nº 1 (2012).
4. Ann Tallgreen. «The continuing reduction of the residual alveolar ridge .» Journal of Prosth Dentistry 27 (1972).
5. Beatriz La place, Sara Legra, Josue Fernandez , Dinhora Quiñones, Lizzy Piña, y Lourdes Castellanos. «Enfermedades bucales.» Scielo 17, nº 4 (2013).
6. Beatriz Chavez, Jorge Enrique Manrique, y Jorge Adalberto Manrique. «. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura.» Rev Estomatol Herediana 24, nº 3 (2014).
7. CEPAL. 2016. www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/53017/IrvingJaime.pdf (último acceso: 25 de Octubre de 2016).
8. —. 2016. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/13371/lcg2211.pdf> (último acceso: 21 de Octubre de 2016).
9. Claudio San Martin, Julio Villanueva, y Gerardo Labraña. «Cambios del Sistema Estomatológico en el Paciente Adulto Mayor.» Rev. Dent. Chile 93, nº 2 (2002).
10. Claudio San Martin, y Julio Villanueva. «Cambios Sistémicos en el Paciente.» Revista Dental de Chile 93, nº 2 (2002).
11. Dante Martin. «¿Es necesaria la esperanza de vida?» Revista de la Federación Odontológica Colombiana 59, nº 98 (2000).
12. Enn Sanchez Garcia. «Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales.» Salud pública 49 (2007).
13. Ernest Botero. «Calidad de Vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica.» Hacia la promoción de la Salud 12, nº 11 (2007).

14. Fabiana Lanos. «Asociación de la Satisfacción con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral, respecto a la rehabilitación protésica, convencional e implantoasistida, en adultos mayores chilenos atendidos en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado.» 2015.
15. Geriátrica, Enfermería. ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ENVEJECIMIENTO. 2013. <http://adulto-mayorcito.blogspot.pe/2013/03/enfermedades-frecuentes-del.html> (último acceso: 20 de Octubre de 2016).
16. Huber Niedermeier, y Mar Huber. «Significance of saliva for the denture wearing population.» Gerodontology 17, nº 2 (2000).
17. INEI. 2016. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0502/Libro.pdf (último acceso: 21 de Octubre de 2016).
18. Instituto Nacional de Estadística del Perú. «Perfil Sociodemográfico del Perú.» Censos Nacionales 2007. XI Población y VI de vivienda, INEI, Lima, 2007.
19. Instituto Nacional de Estadística del Perú. «Censo Poblacional.» 2008.
20. Instituto Nacional de Salud Mental Hiyedo Noguchi. Estudios Epidemiológico. 2005. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html> (último acceso: 20 de Octubre de 2016).
21. Jor Ramirez. «La sialografía como test diagnóstico en el síndrome de Sjogren en las sialoadenosis.» Rev Dent Chile 82, nº 2 (1990).
22. Kar Knoernschild, y Karl Lefevre. «Overdentures and the periodontum.» Quintessence 23 (1992).
23. Laura Velasquez . «Calidad de vida relacionada.» Rev Med Inst Mex Seguro Soc 52, nº 24 (2014).
24. Luis Barrera, Luis Rubio, Mari Quintero, y Rosa Zambrano. La salud de los adultos mayores: Una visión compartida . 2. Washington: Organización Panamericana de la Salud , 2011.
25. Luis Miguel Gutierrez, y Juan Herna Gutierrez . «Calidad de vida en el adulto mayor.» En Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria, de Rangel Gonzales . Mexico: Instituto de Geriátrica, 2010.
26. Luis Mishari, Juan Cavargas, y Juan Biotti. «La salud oral y el Adulto mayor .» Rev. de Odontología , 1995.

27. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo de la Comunidad de. «Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores.» 1996.
28. Ministerio de Promoción y de Desarrollo Humano. «Plan Nacional para las personas Adulto Mayores.» Lima , 2008.
29. Ministerio de Salud del Peru. 2013. http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13 (último acceso: 21 de Octubre de 2016).
- 30.—. «Normas Tecnicas de salud para la atencion integral de las personas adultas mayores 2006.» 2006.
31. Ministerio de Salud. «Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto del 2001 julio del 2006.» 2006.
32. Ministerio de Salud. . «Dirección General de Salud de las Personas. Modelo de Atención Integral de Salud.» 2003.
33. Mnisterio de Salud del Peru. 2016. <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/normas.asp#> (último acceso: 30 de Octubre de 2016).
34. Nations, United. 2016. <https://esa.un.org/unpd/wpp/> (último acceso: 20 de Octubre de 2016).
35. Organizacion de las Naciones Unidas. 2007. <http://www.un.org/es/index.html> (último acceso: 15 de Octubre de 2016).
36. Organizacion mundial de la salud. Envejecimieto. 2010. <http://www.who.int/topics/ageing/es/> (último acceso: 25 de Octubre de 2016).
37. Organizacion Panamericana de la Salud. 2013. <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia27.pdf> (último acceso: 22 de Setiembre 29 de 2016).
38. Organnizacion Mundial de la Salud . «Evaluacion de la Calidad de Vida.» Porque calidad de vida? Ginebra, 1994.
39. Pablo Moya , Ernest Chappuzaeu, Juan Carlos Caro, y Maria Jose Mosalves. «Situacion de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores.» Rev Estomatol Herediana 22, nº 4 (Oct - Dic 2012).
40. Patricia Moya , Elizabeth Tapia , Juan Carlos Caro, Jose Manuel Otero, y Cristian Toro. «Calidad de vida Relacionada con salud oral en adultos

ingresados a rehabilitación protésica. Universidad Finis Terrae.» Revista Dental de Chile 106, nº 3 (2013).

41. Peru, Ministerio de Salud del. 2007. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf (último acceso: 11 de Octubre de 2016).
- 42.—. «Normas Técnicas de salud para la atención integral de las personas adultas mayores 2005.» 2005.
43. Rosa Hernández, Vanesa Mendoza, y Inés Martínez. Oodontogeriatría y gerontología . México DF: Trillas, 2011.
44. San Díaz , Mario Madera, Juan Martelo, y Ernesto Guzaman. «Impacto de la Salud Oral en la Calidad de las clínicas odontológicas de la universidad de Cartagena.» Rev Clin Med Fam 5, nº 1 (2012).
45. V, Duque. «CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES QUE CONSULTAN A LA IPS UNIVERSITARIA DE MEDELLÍN Y SUS FACTORES ASOCIADOS.» Revista CES Odontología 26, nº 1 (2013).
46. Velásquez , Laura. «Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación.» Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2, nº 54 (2014).
47. Wat Niedemeir. «Radiation induced hyposalivation and its treatment with oral pilocarpine.» Oral Sur Pathol 86 (1998).
48. World Health Organization. 2011. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (último acceso: 26 de Octubre de 2016).

ANEXOS

Anexo N°01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	TIPO DE LA INVESTIGACION
<p>“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE UNA POBLACION DE LA CIUDAD DE CHICLAYO”</p>	<p>Problema general</p> <p style="padding-left: 40px;">a) ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física? • ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial? • ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor? • ¿Cómo es la calidad de vida 	<p>Objetivos General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física. • Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial. • Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor. 	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo es mala. <p>HIPOTESIS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su función física es mala. • La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según su aspecto psicosocial es mala. • La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas 	<p>El tipo de investigación que se aplicara para la investigación es descriptivo.</p>

	<p>relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según la edad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el género? • ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el grado de instrucción? 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según la edad. • Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el género. • Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el grado de instrucción. 	<p>adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo en cuanto al dolor. es mala.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según la edad es mala. • La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el género es mala. • La calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas adultas mayores de una población de la ciudad de Chiclayo según el grado de instrucción. 	
--	--	---	---	--

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:.....

con

DNI:..... doy constancia de haber sido informado(a) y de haber entendido en forma clara el presente Trabajo de Investigación; cuyo objetivo es conocer la percepción del estado de salud oral en el adulto mayor de la Organización de Bienestar de Salud del Adulto mayor del sector II – Distrito La Victoria Chiclayo – Lambayeque 2016.

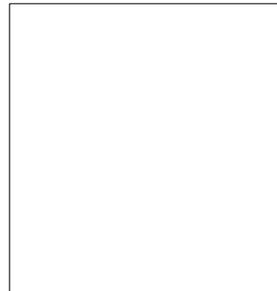
Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto llenar la encuesta y que sea examinado por el responsable del trabajo.

Responsable del trabajo: Josué Rojas Bravo

Fecha de aplicación:

Firma del encuestado:

Familiar del encuestado:



Huella dactilar

ANEXO N° 3

Ficha N°

Edad:

Sexo:

Grado de instrucción:

Lugar de procedencia:.....

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

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

Los ítems 3 y 7 tiene una valoración inversa al resto de los ítems (siempre= 5; frecuentemente=4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca=1), conversión que se realiza al momento del análisis.

Validación del contenido del cuestionario original aceptado en la versión española

Geriatric Oral Health Index Original In the past three months...	Geriatric Oral Health Assessment Index Traducido En los últimos tres meses....	Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatria Pregunta: En los últimos tres Meses...
1. How often did you limit the kinds or amounts of food you eat because of the problems with your teeth or dentures?	¿Cuántas veces tuvo que limitar la cantidad o tipo de comida que ingería a causa de problemas con sus dientes o con su dentadura?	¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?
2. How often did you have trouble biting or chewing any kinds or food such as firm meat or apples?	¿Cuántas veces tuvo usted problemas al masticar algún tipo de comida dura, como podría ser la carne o las manzanas?	¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?
3. How often were you able to swallow comfortably	¿Cuántas veces pudo usted tragar de manera confortable?	¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?
4. How often have your teeth or dentures prevent you from speaking the way you wanted?	¿Cuántas veces el hecho de llevar dentadura postiza o tener algún problema dental le ha impedido hablar de la forma que usted quería?	¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?
5. How often were you able to eat anything feeling discomfort?	¿Cuántas veces usted no puede comer las cosas que desea sin sentir algún tipo de molestia?	¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?
6. How often did you limit contacts with people because of the condition of your teeth or denture?	¿Cuántas veces limita sus contactos sociales a causa del estado de sus dientes o de su dentadura postiza?	¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?
7. How often were you pleased or happy with the looks of your teeth and gums or dentures?	¿Cuántas veces está usted contento con el aspecto de sus dientes y encías	Cuando usted se mira al espejo, ¿cuántas veces ha estado contento de

	o de su dentadura postiza?	cómo se ven sus dientes o su dentadura?
8. How often did you use medication to relieve pain or discomfort from around your mouth?	¿Cuántas veces utiliza medicamentos para aliviar el dolor o el malestar de la boca?	¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?
9. How often were you worried or concerned about the problems with your teeth, gums or dentures?	¿Cuántas veces se preocupa o está usted consciente de los problemas de sus dientes y encías o de su dentadura postiza?	¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?
10. How often did you feel nervous or self-conscious because of problems with your teeth, gums or dentures?	¿Cuántas veces se siente usted nervioso por los problemas de sus dientes y encías o de su dentadura postiza?	¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?
11. How often did you feel uncomfortable eating in front of people because problems with your teeth or dentures?	al comer delante de otras personas a causa de problemas relacionados con sus dientes o con su dentadura postiza?	¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?
12. How often were your teeth or gums sensitive to hot, cold or sweets?	¿Cuántas veces sus dientes o encías se han mostrado sensibles al calor, al frío o a los dulces?	¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?

ANEXO 5: CARTA DE ACEPTACION DE LA ORGANIZACION

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Pimentel, 06 de Setiembre del 2016

CARTA N°066-UAP-FMHYCS-EPE- UAP -2016

Señora

Nelly Sayaverdi de Fernández

Presidenta de la Organización de Bienestar de Salud del Adulto Mayor, La Victoria-Chiclayo.

ASUNTO: Solicito Autorización para Desarrollo de Trabajo de Investigación de la Bachiller **Josué Rojas Bravo**.

Presente.-

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a Usted en calidad de Coordinador de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo y a la vez por medio de la presente solicito el permiso respectivo para que el Bachiller **JOSUÉ ROJAS BRAVO** con **DNI N° 43277548**, egresado de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, el mencionado Bachiller obtendrá su Título Profesional por la modalidad de elaboración y sustentación de tesis con el trabajo de investigación cuyo título es "**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA ORGANIZACIÓN DE BIENESTAR DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR II DISTRITO LA VICTORIA - CHICLAYO. LAMBAEYQUE.**"

Motivo por el cual solicito a usted brindar la carta de respuesta para regularizar la aplicación de los instrumentos de investigación, puesto que ayudara a cumplir los requerimientos del interesado para los fines que estime pertinentes.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarte mi respeto y estima personal.



ANEXO 6: CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

La Victoria, 13 de Setiembre de 2016.

Dr:

Antonio Duran Picho

Coordinador de Escuela Profesional de Estomatología

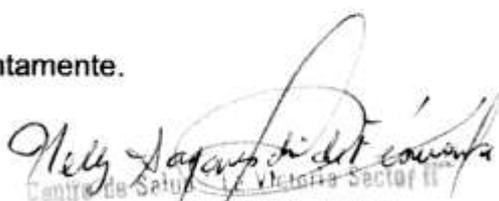
Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo

Presente.-

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con la finalidad de hacer de su conocimiento que el Bachiller Josué Rojas Bravo, egresado de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Institución Universitaria que Usted representa, ha sido admitido para el desarrollo de su Trabajo de Investigación en nuestra Organización y brindarles las facilidades correspondientes.

Aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente.



Centro de Salud La Victoria Sector II
Centro del Adulto Mayor
"MARIA JESUS"
- PRESIDENTA -

ANEXO 7: FOTOGRAFIAS



MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN DE BIENESTAR DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR II DISTRITO LA VICTORIA-CHICLAYO-LAMBAYEQUE 2016



AMBIENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE BIENESTAR DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR II DISTRITO LA VICTORIA-CHICLAYO-LAMBAYEQUE 2016



REALIZANDO UNA CHARLA SOBRE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR