



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD
BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN DIFERENTES ALBERGUES DE LA
CAPITAL PERUANA LIMA- 2023**

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el grado académico de Doctora en Odontología

Autora

Chiong Lam, Lucy del Pilar

Asesor

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

ORCID: 0000-0003-0239-3779

Jurado

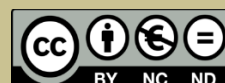
Mendoza Murillo, Paul Orestes

Alvites Temoche, Daniel Augusto

Meneses Gomez, Nadia Carolina

Lima - Perú

2026



AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN DIFERENTES ALBERGUES DE LA CAPITAL PERUANA LIMA- 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.oblatos.com

Fuente de Internet

3%

2

scielo.sld.cu

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

Submitted to Universidad Autonoma de Chile

Trabajo del estudiante

1%

5

Submitted to indoamerica

Trabajo del estudiante

1%

6

Submitted to Universidad Continental

Trabajo del estudiante

1%

7

cdigital.uv.mx

Fuente de Internet

1%

8

Submitted to Universidad Andina del Cusco

Trabajo del estudiante

1%

9

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1%

10

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1%

11

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1%

12

repositorio.uap.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

13

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

14

rasisbi.uqroo.mx

Fuente de Internet

<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD
BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN DIFERENTES ALBERGUES DE LA

CAPITAL PERUANA LIMA- 2023

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el grado académico de Doctora en Odontología

Autora

Chiong Lam, Lucy del Pilar

Asesor

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

ORCID: 0000-0003-0239-3779

Jurado

Mendoza Murillo, Paul Orestes

Alvites Temoche, Daniel Augusto

Meneses Gomez, Nadia Carolina

Lima- Perú

2026

ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	5
Resumo	6
I. Introducción.....	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Descripción del problema	9
1.3 Formulación del problema	12
1.3.1. Problema general.....	12
1.3.2. Problemas específicos	12
1.4 Antecedentes	13
1.5 Justificación de la investigación.....	20
1.6 Limitaciones de la investigación.....	21
1.7 Objetivos	21
1.7.1. Objetivo general	21
1.7.2. Objetivos específicos	22
1.8 Hipótesis	22
II. Marco Teórico	24
2.1 Marco conceptual	24
III. Método	34
3.1 Tipo de investigación	34
3.2 Población y muestra	34
3.3 Operacionalización de variables.....	36
3.4 Instrumentos	39
3.5 Procedimientos	40

3.6 Análisis de datos	40
3.7 Consideraciones éticas	41
IV. Resultados.....	43
V. Discusión de resultados.....	51
VI. Conclusiones.....	55
VII. Recomendaciones.....	57
VIII. Referencias.....	58
IX. Anexos	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores, según edad y sexo.</i>	
.....	43
Tabla 2. <i>Respuestas afirmativas al cuestionario OHIP-14, sobre calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores</i>	
.....	44
Tabla 3. <i>Dimensiones de la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores</i>	45
Tabla 4. <i>Impacto Negativo en relación a la salud bucal en adultos mayores según sexo</i>	47
Tabla 5. <i>Razón de prevalencias (RP) del impacto negativo de la salud bucal en adultos mayores según edad</i>	
.....	48
Tabla 6. <i>Razón de prevalencias (RP) del impacto negativo de la salud bucal en adultos mayores, según sexo</i>	
.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Resultado de la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores</i> ..	44
Figura 2. <i>Impacto negativo de la salud bucal en adultos mayores, según edad*</i>	47

RESUMEN

Objetivo: Explicar cómo se relaciona la autopercepción de la calidad de vida con la salud bucal de personas mayores en diferentes albergues de Lima. **Material y métodos:** Estudio descriptiva transversal de 1.000 adultos mayores. La muestra estuvo compuesta por 184 personas mayores. El instrumento que se utilizó para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal fue el OHIP-14sp, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.0 para calcular medidas resumen y tablas de contingencia mediante la prueba exacta de Fisher y la razón de prevalencia. Se utilizó un nivel de significancia de 0,05 para todos los contrastes. **Resultados:** La calidad de vida era mala para el 9,8 por ciento de los adultos, buena para el 23,4 por ciento y excelente para el 66,8 por ciento. Las femeninas (71%) tenían mejor calidad de vida que los varones (58%), y cuanto más joven eran mejor su calidad de vida. La mayoría, con excepción del 7,1 por ciento de los adultos, eran capaces de gestionar sus actividades diarias. El impacto negativo de la salud bucal en la calidad de vida fue que el 61,4 por ciento de los adultos tuvo un impacto negativo (malestar psicológico), seguido de la limitación funcional, que tuvo un impacto negativo en el 49,5 por ciento. En cuanto a la dimensión discapacidad, sólo el 16,9 por ciento de los adultos tuvo un impacto negativo. **Conclusiones:** El OHIP-14sp identificó como excelente o regular calidad de vida en correspondencia a la salud bucal al 90% de adultos mayores.

Palabras clave: calidad de vida, salud bucal, OHIP, 14sp.

ABSTRACT

Objective: Explain how the self-perception of quality of life is related to the oral health of homeless elderly people. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study of 1,000 older adults. The sample was made up of 184 older people. The instrument used to measure quality of life related to oral health was the OHIP-14sp, the statistical program SPSS version 21.0 was used to calculate summary measures and contingency tables using Fisher's exact test and the prevalence ratio. A significance level of 0.05 was used for all contrasts. **Results:** Quality of life was poor for 9.8 percent of adults, good for 23.4 percent, and excellent for 66.8 percent. Females (71%) had a better quality of life than males (58%), and the younger they were, the better their quality of life. Most, except 7.1 percent of adults, were able to manage their daily activities. The negative impact of oral health on quality of life was that 61.4 percent of adults had a negative impact (psychological distress), followed by functional limitation, which had a negative impact on 49.5 percent. . Regarding the disability dimension, only 16.9 percent of adults had a negative impact. **Conclusions:** The OHIP-14sp identified 90% of older adults as excellent or fair quality of life in relation to oral health.

Keywords: quality of life, oral health, OHIP, 14sp.

RESUMO

Objetivo: Explicar cómo a autopercepção da qualidade de vida está relacionada à saúde bucal de idosos em situação de rua. **Material e métodos:** Estudo transversal descritivo realizado com 1.000 idosos. A amostra foi composta por 184 idosos. O instrumento utilizado para medir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi o OHIP-14sp, o programa estatístico SPSS versão 21.0 foi utilizado para cálculo de medidas resumo e tabelas de contingência por meio do teste exato de Fisher e da razão de prevalência. Foi utilizado nível de significância de 0,05 para todos os contrastes. **Resultados:** A qualidade de vida era fraca para 9,8 por cento dos adultos, boa para 23,4 por cento e excelente para 66,8 por cento. As mulheres (71%) apresentavam melhor qualidade de vida que os homens (58%), e quanto mais jovens, melhor era a sua qualidade de vida. A maioria, exceto 7,1 por cento dos adultos, conseguia gerir as suas atividades diárias. O impacto negativo da saúde oral na qualidade de vida foi que 61,4 por cento dos adultos tiveram um impacto negativo (sofrimento psicológico), seguido de limitação funcional, que teve um impacto negativo em 49,5 por cento. Relativamente à dimensão deficiência, apenas 16,9 por cento dos adultos tiveram um impacto negativo. **Conclusões:** O OHIP-14sp identificou 90% dos idosos com qualidade de vida excelente ou razoável em relação à saúde bucal.

Palavras-chave: qualidade de vida, saúde bucal, OHIP, 14sp.

I. INTRODUCCIÓN

Según las Naciones Unidas (ONU, 2019), la esperanza de vida en nuestro país es de 75,3 años en 2015-2020, y se prevé que sea de 82,1 años en 2045-2050, y luego de 88,1 años en 2095-2100. Por otro lado, los resultados del XII censo de población y del VII censo de vivienda realizados en 2017 arrojan que hay 3.497.576 personas mayores de 60 años (mujeres 52,60% y hombres 47,40%), lo que supone un 11,9% más que toda la población más del doble que en 1950, cuando la proporción de personas mayores era sólo el 5,7 por ciento de la población total. Asimismo, la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para América Latina y el Caribe pronostica que en 2050 la proporción de personas mayores aumentará a 22,4 por ciento.

Los cambios demográficos ocurren en la población mundial a través de tres procesos: tasa de natalidad, tasa de mortalidad y migración. La tendencia mundial es que la población mayor de 65 años está creciendo más rápido que otros grupos de población, lo que se explica por el hecho de que la esperanza de vida ha aumentado significativamente en todas las regiones desde 1950. Como resultado, el aumento en el número de personas mayores, la relación entre Las condiciones de salud cobra importancia desde el punto de vista de la salud pública, porque además de los años vividos, es importante la calidad de vida de estos pacientes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En odontología, salud bucal significa la ausencia de dolores bucales o faciales, infecciones o úlceras bucales, encías, caries, pérdida de dientes y otras patologías o trastornos que limiten la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar. Las enfermedades bucales afectan a casi 3.500 millones de personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017, p. 8).

1.1 Planteamiento del problema

En odontología, salud bucal significa la ausencia de dolores bucales o faciales, infecciones o úlceras bucales, encías, caries, pérdida de dientes y otras patologías o trastornos que limiten la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar. Las enfermedades bucales afectan a casi 3.500 millones de personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017, p. 8).

La ley 30490 del adulto mayor en el Perú en su artículo 1, dice: La presente ley tiene por objeto establecer un marco normativo que garantice el ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación.

La Resolución Ministerial N.º 789-2023-MINSA, del 21 de agosto de 2023

Aprobar la NTS N° 207-MINSA/DGIESP-2023, Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, que como Anexo forma parte de la Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud, sobre el cuidado a las personas mayores

Desde una perspectiva médica, la extensión de la vida ofrece oportunidades no sólo para las personas mayores y sus familias, sino también para la sociedad en su conjunto. Durante estos años adicionales de vida se pueden emprender nuevas actividades, como continuar estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Sin embargo, el alcance de sus oportunidades y contribución depende en gran medida de su estado de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Cuando las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de manera saludable y en un ambiente de apoyo, pueden hacer lo que más valoran, tal como una persona joven. Por otro lado, si estos años extra están dominados por una disminución de la capacidad física y mental, los efectos sobre las personas mayores y la sociedad son más negativos.

1.2 Descripción del problema

Actualmente el Perú tiene un gran número de personas mayores que no son atendidas ni cuidadas, por lo que estas personas mayores que no son atendidas viven en residencias de ancianos o residencias con responsabilidades de cuidado y no se garantiza su protección al 100%. Por falta de financiación o apoyo gubernamental. (Belaunde, 2016)

Lo cierto es que, aunque existen albergues para las personas mayores, estas no son las únicas necesidades que tienen como muchas y la salud bucal muchas veces afecta la calidad de vida en una residencia de ancianos. (De la Fuente, 2010).

Actualmente Lima alberga a más de 3697 personas adultas 57 % son femeninas y 43 % varones (Defensoría del pueblo de Perú).

Las estadísticas actuales y preocupantes en el ámbito de la odontología según el sistema de Información en Salud (SIS) del MINSA (2023) muestran que el 66.67% eran edéntulos y el 33.3% presento caries dental. El promedio de CPOD fue de 27.66.

La salud bucal es importante en los adultos para mantener un estilo de vida saludable.

La enfermedad bucal es muy común entre los adultos y las personas mayores en nuestro país. Existen muchas barreras, especialmente en las áreas de cuidado e higiene, las más importantes son la mala higiene, la mala nutrición, el consumo de alcohol y el tabaquismo (Álvarez, 2010)

Con el rápido aumento del número de personas mayores en la población general de nuestro país, se espera que aumente la necesidad de atención dental, por lo que se considera importante cuidar a las personas mayores y el cuidado bucal ahora y en el futuro. . El envejecimiento de la población también se refleja en el campo de la odontología, ya que la necesidad de pacientes de edad avanzada se hace evidente por la alta concentración de

enfermedades bucales no tratadas y los cambios resultantes en los tejidos bucales causados por las caries y la mala salud bucal. Las enfermedades bucales comienzan a afectar la autoestima del paciente. Es por esto que las enfermedades bucales afectan no sólo la salud física, sino también la salud mental, el bienestar social y la calidad de vida. (Villarreal, 2012)

La salud bucal es parte de la salud general y es importante para la calidad de vida. Todo el mundo debe tener una buena salud bucal para poder hablar, masticar, saborear la comida, sonreír, vivir sin dolor ni sufrimiento e interactuar con los demás sin restricciones. (Abanto, 2010)

Las enfermedades bucales como las caries y las enfermedades periodontales tienen un alto costo y no solo son físicas, sino también económicas, sociales y psicológicas. Por este motivo afecta la calidad de vida de muchas personas y afecta a muchos aspectos de sus vidas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023)

Alrededor del 50% de los adultos corren riesgo de desnutrición. Sin embargo, muy pocas comunidades son examinadas en busca de inseguridad alimentaria. La desnutrición se refiere a un desequilibrio entre la dieta de un individuo y la capacidad del cuerpo para utilizar los nutrientes, lo que en última instancia resulta en una disminución de la capacidad para mantener y reparar los tejidos. Las personas que sufren desnutrición tienen dos de las siguientes características: ingesta calórica inadecuada, pérdida excesiva de peso, retención de agua, disminución del apetito y pérdida de grasa.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Información, los cambios demográficos en nuestro país indican que la proporción de la población de 60 años o más disminuirá del 5,7% en 1950 al 13% en 2021, y al 22% en 2050; Esto es más que la población menor de 14 años (Instituto Nacional de Estadística e informática [INEI], 2021).

Desde el punto de vista de la salud, el grupo de personas mayores, aunque no es el grupo poblacional más numeroso, necesita más servicios de salud y diferentes tipos de enfermedades

que afectan la calidad de vida (el ver, problemas auditivos, cardíacos, motrices, de comunicación, problemas cognitivos, deterioro, emocional) vivir de forma independiente, aumentando la necesidad de atención y el costo de la atención, y poniendo a las personas en riesgo de perder independencia incluso con una buena salud (Valera, 2011).

Como se mencionó anteriormente, nuestro proyecto estudiará las percepciones sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal en los albergues de Lima. Porque aquí hay una población vulnerable que necesita apoyo en todos los ámbitos de la salud. Los albergues están siendo renovados debido a la pandemia de COVID-19 a medida que disminuye la población de personas mayores, y brinda apoyo médico, alimentario y de atención.

Los centros acogen a personas mayores en situación de estrés, riesgo social y pobreza, así como a personas enviadas por sus familiares para apoyarles. Por eso se necesitan programas de asistencia y apoyo. Debido a que muchas personas enfrentan problemas de salud, el objetivo de dicha investigación es reducir los problemas de salud y mejorar la calidad de la salud bucal, y el cuerpo.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿De qué manera la autopercepción de la calidad de vida está relacionada con la salud bucal de los adultos en diferentes albergues de Lima-2023?

1.3.2. Problemas específicos

P.E.1 ¿De qué manera la percepción de la dimensión limitación funcional guarda relación con la salud bucal de los adultos mayores desamparados, según sexo y edad?

P.E.2 ¿De qué manera la percepción de la dimensión dolor físico guarda relación con la salud bucal de los adultos mayores desamparados, según sexo y edad?

P.E.3 ¿De qué manera la percepción de la dimensión incapacidad física guarda relación de la salud bucal de los adultos mayores desamparados, según sexo y edad?

P.E.4 ¿De qué manera la percepción de la dimensión incapacidad social guarda relación de la salud bucal de los adultos mayores desamparados, según sexo y edad?

1.4 Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Durán et al. (2016), en un estudio sobre percepciones de salud bucal entre adultos mayores en dos comunidades altamente desarrolladas de Chile. (2016). Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal entre 270 hombres y mujeres mayores para medir la CVRS. Se realizaron análisis descriptivos multivariados y multivariados de los datos, utilizando Stata 13.0 para comparar hipótesis con prueba T, Exacta de Fisher o Mann-Whitney, dependiendo de la naturaleza de las variables. Resultados: El 77,4% siente negativamente su SBQL. Los valores promedio de GOHAI son similares en ambos barrios, encontrándose valores más bajos en el municipio de Puerto Saavedra. La diferencia no fue significativa ($p>0,05$). Se observó una tendencia negativa en las puntuaciones femeninas en ambas regiones. Conclusión: la calidad de vida relacionada con la salud bucal es mal percibida independientemente de la edad y región de residencia. En línea con la situación nacional de alta carga de enfermedades bucales y bajo acceso a la atención odontológica, la situación se agrava en los grupos de mayor edad debido a la alta prevalencia y falta de atención en salud bucal.

Batista et al. (2021) tuvo como objetivo: Evaluar la autoestima y el estado de salud bucal de los adultos mayores en un estudio sobre la autoestima y el estado de salud bucal de los adultos mayores. Como método se realizó un estudio observacional y transversal (de enero a julio de 2019) utilizando el cuestionario GOHAI (Índice de Evaluación de Salud Bucal del Adulto Mayor) y preguntas sobre síntomas dentales, tipo de higiene bucal, tiempo de uso y

limpieza. Cáncer y datos sociales. La presencia de lesiones bucales también se evaluó mediante examen clínico. Los sujetos incluidos en la muestra fueron hombres (de 60 años y más) que asistían al centro de salud público de Aracaju. Como resultado del análisis de una muestra de 63 personas mayores, se encontró que el 47,6% de la muestra tenía una actitud negativa hacia la salud bucal. El Índice de Evaluación de Salud Bucal en adultos mayores muestra una asociación entre visitas previas al dentista, ajuste de prótesis y heridas bucales ($p < 0,05$). Las lesiones orales más frecuentes fueron enrojecimiento o irritación de mucosas (35,7%) y eritema (14,2%), y se encontraron grietas o manchas en el 76% de las prótesis. El 77,7% de los participantes del estudio sólo utilizó pasta de dientes como herramienta de limpieza para sus síntomas. Además de la mucositis, los ancianos evaluados presentaban falla y destrucción de las encías, así como un estado de salud bucal y autoestima deficientes.

Oliveira et al. (2020) en su estudio titulado: "Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores, el impacto del estado de salud física, la nutrición y la autoestima". El objetivo fue evaluar el impacto de la imagen corporal, el estado nutricional y la autoestima y la salud bucal en la calidad de vida de adultos seleccionados en dos ciudades brasileñas. Se trata de un estudio transversal en 17 residencias de ancianos de ciudades brasileñas. Seis investigadores capacitados entrevistaron a 344 adultos mayores mediante la Encuesta de salud autoevaluada (SF-12), de 12 formularios. Los resultados mostraron que los factores asociados con puntuaciones más altas en el SF-12 fueron la capacidad para caminar, la debilidad, el mantenimiento de una dieta normal, el uso de menos medicamentos y más convulsiones, y una mejor autoestima.

Almirón et al. (2016) en su estudio: Estado de salud bucal de adultos mayores en el club geriátrico "Abue-Club" de Paraguay. Universidad del Pacífico. Asunción, Paraguay. Luego de examinar a 36 personas, el 63,9% de los evaluados fueron mujeres, la edad promedio de 72,6 años y 68,8 años para los hombres. El índice total de deterioro, pérdida y reemplazo (CPOD)

es de 23,4 y es del 75%. El 33,3% tenía edentulismo completo (39,1% para las mujeres, 23,1% para los hombres). El 83,3% había perdido más de la mitad de sus dientes, más frecuentemente las mujeres (86,9%). El 69,4% utilizó la pulsera y el 56% todos los símbolos. La prevalencia de enfermedad periodontal según el índice de Russell fue del 66,7%. El 70,8% presentaba lesiones óseas y de células periodontales. El 89% de la población tiene saliva líquida y el 75% es normal ($>1\text{ml}$). Cincuenta y seis por ciento de los participantes asistieron a un servicio dental dentro del año posterior al estudio, con más visitas entre las mujeres (69,5%). El equipo de investigación concluyó que el uso constante de todas las prótesis se asocia con un deterioro significativo de la salud bucal, caracterizado por edentulismo parcial y completo. Por ello, es urgente la promoción de la salud y la atención a la prevención de la caries dental y medidas preventivas.

Un estudio de Oñate (2015) desarrollo: El impacto de la salud bucal en la calidad de vida de personas mayores dependientes de la ciudad de Hualpén, Concepción, Chile. Se determinó que la salud bucal influye en la calidad de vida de las personas mayores dependientes de la Aldea José Obrero del barrio Hualpén. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida se asoció significativamente con el índice de EPOC (caries, pérdida y plenitud). Al conectar estos puntos, se puede establecer una conexión simple entre los dos, lo que resulta en una relación diferente. Se formó una relación lineal negativa (-0,579), que muestra que una puntuación más alta de EPOC reduce la calidad de vida autopercibida relacionada con la salud bucal en estos pacientes. Se observó mala salud bucal, con datos clínicos deficientes, reflejados en la calidad de vida bucal. Esto indica que la calidad de vida bucal de la mayoría de los adultos mayores es de baja a moderada.

Duque et al. (2018) en un estudio: sobre:La calidad de vida relacionada con la salud bucal en personas mayores que acudieron a la IPS Universitaria de Medellín y factores relacionados. Colombia. En este estudio, analizamos la relación entre la calidad de vida

relacionada con la salud bucal (CVRSB) y los síntomas de salud general y la salud bucal auto-informada en la población de mayor edad que acude al instituto IPS y examina las condiciones sociales. Se trata de un estudio transversal de 100 adultos mayores que consultaron los servicios de salud del IPS (2012) mediante una encuesta de información social, general y de salud bucal. Aplicación del instrumento OHIP-14 (Perfil de Impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida). Interpretación del OHIP-14 en una variedad de variables sociales y de salud, con estadísticas directas y ajustadas utilizando múltiples modelos. En consecuencia, la mayor respuesta se centró en la opción de no o casi no, más del 70%. Los peores síntomas se encontraron entre las mujeres, los mayores de 75 años, las personas con bajo nivel educativo, clases económicas bajas y la población soltera. En general, más de un tercio de los encuestados informaron un impacto en una o más calidad de vida, con una media de 0,86 (IC del 95%: 0,53 - 1,19) y un puntaje general de 7,61 (IC del 95%: 5,98 - 9,24). Se concluyó que la salud bucal no afectó la calidad de vida de la mayoría de la población estudiada y un análisis más profundo reveló un gradiente de desigualdad según socio-población.

1.4.2. Antecedentes nacionales

Dávila et al. (2020) en su estudio: El impacto en la salud bucal de las personas mayores en el corregimiento San José Hermanitas Desamparados Chiclayo, pretende determinar el impacto en la salud bucal de las personas mayores. En "San José". "Little Sisters, un hogar para ancianos indefensos, tiene un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, estilo de aprendizaje visual, poético, descriptivo, diseño visual. La población de estudio estuvo compuesta por 57 adultos mayores que cumplieron con los criterios de selección. Se trata de una encuesta que utiliza el cuestionario OHIP14, que consta de 14 preguntas divididas en 7 categorías: restricciones laborales, dolor físico, dolor mental, discapacidad física, discapacidad mental,

social y discapacidad. Se encontraron efectos mayores para las dimensiones de dolor físico, dolor psicológico y discapacidad física. En este momento del año, en el grupo menor de 80 años, el problema psicológico fue la parte con mayor índice con un 20,28%, y en el grupo entre 80 y 89 años, también se presentan síntomas de dolor físico y malestar psicológico. . La tasa más alta se registró con un 19,86%. Del mismo modo, en el grupo de 89 años y más, el malestar psicológico fue el más elevado, con un 22,16%. En cuanto al género, las mujeres tienen la mayor prevalencia de malestar psicológico con un 20,57% y los hombres con un 20,38%. Por lo tanto, se concluyó que la salud bucal tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores, y que las enfermedades bucales suelen causar problemas psicológicos.

Zamora (2016) en su estudio: La autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores atendidos en un centro geriátrico multidisciplinario de la región Independencia de Lima-Perú. Se realizó una encuesta entre 80 adultos de 60 años o más que asistían al Centro sobre el Envejecimiento (CIAM) en Independence City. Como resultado, la percepción personal sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal es del orden de media (35%), mala (34%) y buena (31%). En cuanto al trabajo, el 36% de las personas dijo que era normal, y en cuanto al trabajo mental, el 36% pensó que era malo porque no podían establecer relaciones cómodas. Dolores y molestias, el 45% define su condición cada vez. Se concluyó que la calidad de vida está influenciada por el estado de salud bucal, lo que incide en las actividades diarias de las personas mayores. Sin embargo, también hubo respuestas subjetivas que desafiaron la evaluación clínica.

Roncal (2013) en su estudio: La relación entre la autopercepción y el estado de salud bucal de adultos mayores en una residencia pública de gerontología de Lima Metropolitana. El objetivo fue determinar la relación entre el estado de salud bucal (medido por la caries mediante el puntaje CPOD y la enfermedad periodontal mediante el puntaje IPC) y la salud bucal auto percibida (medida por el puntaje GOHAI) en personas mayores en un entorno de salud pública.

Es Se estudió una muestra por conveniencia de 69 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Conclusión: (a) La caries dental y la enfermedad periodontal son comunes. (b) los niveles de ambas enfermedades, que no cambiaron significativamente para los estudios realizados en la década de 1990, y (b) el estado de salud bucal, como lo muestran el CPOD y el IPC, y (a) la baja autoestima de las personas hacia la salud bucal . . En general, no se encontró correlación entre ellos. Finalmente, se recomienda incentivar la investigación sobre atención odontológica y ampliar la investigación con muestras más grandes en la ciudad de Lima y otras regiones del Perú.

Fernández (2019) siguió a 120 solicitantes de asilo y refugiados en un proyecto para comprender la calidad de vida de la población de solicitantes de asilo y refugiados del Proyecto Cambio Humano de la ONG Encuentros Servizio Jesuita da Solidariade de Lima. El Programa de Movilidad Humana se ofrece mensualmente, en el marco de la ONG Servizio de Solidariade Jesuitas Encontros en la ciudad de Lima. Este estudio es descriptivo y transferible, utilizando un diseño no experimental y un enfoque cuantitativo. La muestra estuvo compuesta por 52 refugiados y solicitantes de asilo, y la muestra se determinó mediante muestreo aleatorio y métodos de elementos finitos. El método para recoger la información es una encuesta y el instrumento utilizado es la escala GENCAT, que evalúa ocho aspectos de la calidad de vida, y determina si los solicitantes de asilo y refugiados tienen una buena vida participando en el programa en el 54% de los casos. Se refiere a los métodos efectivos de atención, profesionalismo y humanidad que se brindan cuando este grupo comunitario accede a los servicios públicos.

Lévano (2018) en su estudio: La relación entre calidad de vida y salud bucal en personas mayores alojadas en albergues urbanos de Tacna, tuvo como objetivo establecer la relación entre calidad de vida y salud bucal en personas mayores alojadas en albergues urbanos en el año 2018, Tacna. La muestra de la investigación estuvo compuesta por 63 personas mayores

de la residencia “San José” y de la residencia integrada para adultos mayores “San Pedro”, obra de bienestar público de Tacna. A través del examen bucal se analizó el índice de salud bucal del encuestado mediante el Índice de Salud Bucal Geriátrica (GOHAI), herramienta que evalúa la salud bucal y la autopercepción de su calidad de vida con base en variables de salud bucal. Debido a las caries y caries dentales (CPOD), el 77,8% de los adultos considera que su calidad de vida bucal es baja. El índice de caries, pérdida y caries (CPOD) fue de 19,30 (DE 5,73) en niveles altos, y la proporción de dientes perdidos fue mayor con una media de 13,03 (DE 8,89). Concluimos que no existe una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, se ha demostrado que el aumento de las tasas de caries, enfermedades y caries (CPOD) disminuye la calidad de vida relacionada con la salud bucal en los adultos mayores. Gallardo et al. (2013), Estudio: Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores en una población peruana. Objetivo Determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre las personas que asisten a un hogar de ancianos en la ciudad de Lima Chorrillos, Perú. El estudio fue descriptivo y la muestra estuvo compuesta por 164 adultos mayores seleccionados por muestreo no probabilístico y voluntarios. La información se obtuvo a través de entrevistas estructuradas. La herramienta de recolección de datos incluyó información sobre edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Bucal Geriátrica (GOHAI). Los resultados mostraron que la mayoría de la muestra presentaba una autoestima "mala" sobre su salud bucal (77,4%), seguida de la "media" (18,3%). No se encontró relación entre el conocimiento personal sobre salud bucal y el género ($w: 0,239$), el nivel de educación ($w: 0,085$) y la presencia de enfermedades sistémicas ($w: 0,438$). Llegaron a la conclusión de que la mayoría de la muestra tenía un concepto "pobre" de sí mismo sobre su salud bucal y la necesidad de atención dental, un servicio que debería incluirse en el programa de salud pública del gobierno.

1.5 Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

Este proyecto pretende aportar nueva información sobre la percepción de la calidad de vida de los adultos en relación con la salud bucal y el desconocimiento de los problemas que pueden surgir por malas prácticas de higiene bucal. Ausencia de un plan de salud bucal y presencia de patologías en la cavidad bucal; Esto me llevó a realizar el estudio de investigación actual.

1.5.2. Justificación práctica

El objetivo de este trabajo es identificar prácticas de higiene y salud bucal en personas mayores y proporcionar elementos útiles para la planificación de intervenciones que promuevan el desarrollo de un estilo de vida saludable.

A través del desarrollo de esta investigación, sabemos que existe una necesidad creciente de que los profesionales de la salud garanticen que los nuevos enfoques del cuidado dental aborden conceptos de estilo de vida relacionados con la salud bucal, que fomenten la evaluación, detección, manejo y seguimiento de los problemas bucales. Estrategias para reducir los cambios psicosociales y los efectos adversos en la calidad de vida de las personas mayores, que se han convertido en un gran grupo poblacional.

1.5.3. Justificación social

Es importante comprender el verdadero alcance de los problemas dentales en los adultos mayores. Para lograrlo, es importante realizar investigaciones y estadísticas para comprender las complejidades que afectan la salud bucal de las personas mayores en nuestros hogares y abordar los síntomas. El conocimiento sobre el estado de la salud bucal será útil para las organizaciones del sector sanitario, los cuidadores y las familias de las personas mayores.

Esto se debe a que el diagnóstico puede reducir el riesgo de caries.

1.6 Limitaciones de la investigación

Teórica: Se limitará a un test o cuestionario, ya que no se cuenta con un registro estadístico de la situación actual de los ancianos en los diferentes albergues de Lima.

Temporal: El tiempo que se propondrá el proyecto será un año, debido a los escasos recursos económicos y apoyos del estado.

Metodológica: Se considerará firmar consentimientos de la autoridad correspondiente y de cada participante del programa, y se contará con un protocolo para su cuidado y protección anti COVID-19.

1.7 Objetivos de la investigación

1.7.1. Objetivo general

Determinar de qué manera se relaciona la percepción de la calidad de vida con la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima.

1.7.2. Objetivos específicos

O.E.1. Determinar la percepción de la dimensión limitación funcional en relación con la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

O.E.2. Determinar la percepción de la dimensión dolor físico en relación de la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

O.E.3. Determinar la percepción de la dimensión incapacidad física en relación de la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

O.E.4. Determinar la percepción de la dimensión incapacidad social en relación de la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

1.8 Hipótesis

1.8.1 Hipótesis general

La percepción de la calidad de vida se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

1.8.2 Hipótesis específicos:

H.E.1. La percepción limitación funcional se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en los diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

H.E.2. La percepción dolor físico se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en los diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

H.E.3. La percepción incapacidad psicológica se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en los diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

H.E.4. La percepción incapacidad social se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en los diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Calidad de vida

La utilización del concepto de calidad de vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de diferenciación entre estos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referenciar tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivo.

2.1.1.1 Definiciones

Entre las definiciones propuestas de calidad de vida se encuentran las siguientes:

“La Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (Levy y Anderson, 1980).

Mientras que, para Szalai (1980) la calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo. Así mismo, Hornquist (1982) la define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructura.

Para Ardila (2003), en la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado

de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Y la OMS (2018) la reconoce como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones». Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como la salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes y servicios de apoyo social, entre otros.

Y para Schalock & Verdugo (2006) es un concepto multidimensional que incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida. Pero, estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que normalmente incluyen estados deseados relativos al bienestar personal».

La definición que proponemos y que nos parece que integra todos los aspectos relevantes, es la siguiente: Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

2.1.2 Determinantes

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados

importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica.

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos. Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos.

2.1.3 Dimensiones

El modelo propuesto por Schalock (2002) plantea ocho dimensiones centrales que constituyen una vida de calidad: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Todas y cada una de estas ocho dimensiones tienen posibilidad de mejora en cualquier persona, independientemente de que los acompañe o no la condición de retraso mental con una necesidad de apoyo más o menos generalizado.

Estas dimensiones son:

a. **Bienestar emocional (BE).** Los ejemplos centrales propuestos de indicadores objetivos de esta dimensión son: la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el auto concepto y la satisfacción con uno mismo. Para mejorar esta dimensión Schalock apunta las siguientes técnicas: aumentar la seguridad, permitir la espiritualidad, proporcionar feedback positivo, mantener el nivel de medicación lo más bajo posible, reducir el estrés,

promocionar el éxito y promocionar estabilidad, seguridad y ambientes predecibles. Por ejemplo, con respecto a este último punto, son numerosas las experiencias llevadas a cabo con personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo generalizado (los llamados gravemente afectados) y consistentes en el uso de agendas adaptadas mediante dibujos simples u objetos en miniatura para dar información por adelantado y así aumentar la capacidad de predicción sobre eventos significativos en sus vidas (por ejemplo, enseñar mediante fotos la comida que habrá al mediodía, o anticipar mediante una foto la visita a casa de un familiar, etc.).

b. Relaciones interpersonales (RI). Los indicadores centrales de esta dimensión son: intimidad, afecto, familia, interacciones, amistades, apoyos. Las técnicas de mejora propuestas son: permitir la intimidad, permitir el afecto, apoyar a la familia, fomentar interacciones, promover amistades, proporcionar apoyos. Si recordamos que las personas lo son gracias a la interacción significativa con los demás, nos daremos cuenta de la relevancia de esta dimensión.

c. Bienestar físico (BF). Ejemplos de indicadores son la salud, nutrición, movilidad, ocio, actividades de la vida diaria. Las técnicas de mejora son: asegurar el cuidado de la salud, maximizar la movilidad, apoyar oportunidades para el recreo y tiempo libre significativos, promover la nutrición apropiada, apoyar actividades de vida diaria, promover el bienestar poniendo énfasis en el ajuste, nutrición, estilos de vida saludables y manejo del estrés. En este sentido una cosa tan sencilla como educar y apoyar la alimentación baja en colesterol y grasas cuando se está en periodo de crecimiento, junto con el apoyo a actividades deportivas, asegura una vida adulta más confortable y saludable (como el caso de un hombre con discapacidad intelectual cuya obesidad le impedía realizar las actividades de cuidado personal - higiene, vestido...- que con tanto esfuerzo había aprendido en sus años escolares).

d. Inclusión social (IS). Indicadores centrales de calidad de vida son: aceptación, estatus, apoyos, ambiente laboral, integración y participación en la comunidad, roles,

actividades de voluntariado, entorno residencial. Las técnicas de mejora para esta dimensión son: conectar con redes de apoyo, promover funciones de rol y estilos de vida, fomentar ambientes normalizados e integrados, proporcionar oportunidades para la integración y participación en la comunidad, apoyar el voluntariado. Pensemos aquí que además de las habilidades que pueden enseñarse a las personas con discapacidad intelectual para su inclusión en la comunidad, es esencial la consideración de la obligación del entorno social de adaptarse y ajustarse para la realidad de esa inclusión. No se trata tanto de acceder a entornos normalizados sino de construir entornos capaces de incluir en ellos a todas las personas independientemente de sus capacidades.

2.2 Salud bucal

2.2.1 Definiciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

Según la Federación Dental Internacional (2016) la salud Bucodental es polifacética e incluye, entre otros aspectos, la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo cráneo facial.

Otros atributos relacionados a la definición mencionan que la salud bucodental:

- i. Es un componente fundamental de la salud y el bienestar físico y mental, que se inserta en un continuo influido por los valores y actitudes de los individuos y comunidades;
- ii. Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos esenciales para la calidad de

vida;

- iii. Está influenciada por las experiencias, percepciones y expectativas cambiantes del individuo, así como por su capacidad de adaptarse a las circunstancias. (Schwartzmann, 2003)

2.3 Envejecimiento fisiológico de la cavidad bucal

El envejecimiento humano es un proceso propio, progresivo, dinámico e irreversible que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para responder a cambios en el medio ambiente o en el medio interno. En él intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, y no existe una causa única que explique por qué se envejece, sino un conjunto de factores interrelacionados (Morales, 2018)

El envejecimiento puede producir cambios en la estructura y funciones de la cavidad bucal, aunque estos varían entre los individuos y pueden o no causar alteraciones en la función. Entre los cambios principales están:

- i. La boca tiende a secarse por la disminución de la saliva. Mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados, quebradizos y de color amarillo.
- ii. Disminución del gusto.
- iii. Se reduce el tejido nervioso y los vasos sanguíneos, provocando mayor sensibilidad.
- iv. Las encías se adelgazan favoreciendo la pérdida de los dientes, se reduce la capacidad para soportar presión de una prótesis dental y disminuye la capacidad para masticar.
- v. Menos capacidad defensiva y reparadora de los tejidos frente a la agresión bacteriana, con frecuencia de infecciones por hongos y, en caso de lesión retardando la cicatrización, lo que precipita la pérdida de los dientes.
- vi. La piel de los labios en edades muy avanzadas se arruga (Sun et al., 2025).

2.4 Factores que pueden influir en la salud oral del adulto Mayor Enfermedades de base

Las enfermedades de base que se debe considerar por su directa o indirecta relación en la salud oral son la diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y coagulopatías, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones visuales y motoras, alteraciones nutricionales, alteraciones de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de Inmunosupresión.

Cuando un paciente presenta alguna de estas patologías, es primordial que el cirujano dentista determine si el paciente está en tratamiento y si el cuadro se encuentra estabilizado, antes de ejecutar cualquier maniobra odontológica.

Pacientes con alteraciones motoras, visuales y mentales, indiscutiblemente se encuentran limitados para mantener una adecuada higiene oral. En ellos es fundamental indicar técnicas de aseo simplificadas.

2.5 Terapia farmacológica variada y con frecuencia de larga duración.

Todo fármaco administrado a un paciente, junto con ejercer su acción farmacológica benéfica, lleva asociada la capacidad de producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo, especialmente en tratamientos de larga duración. Además, se ha determinado que son capaces de interactuar con otros fármacos administrados en forma concomitante, pudiendo modificarse el metabolismo de ambos y por ende su acción final en el paciente.

Muchos de los fármacos utilizados por pacientes geriátricos provocan como efecto secundario una disminución del flujo salival o xerostomía. Dentro de ellos están algunos analgésicos y antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, antihipertensivos, anticolinérgicos en general y derivados de los alcaloides opiáceos.

2.6 Limitaciones de orden socio-económico

El "adulto mayor" ha sido también caracterizado en el ámbito social como un grupo que en su gran mayoría se encuentra en condiciones de dependencia económica y bajos ingresos. Este hecho debe considerarse al momento de indicar tratamientos dentales, pues suelen ser de alto costo, limitando su accesibilidad a granparte de los pacientes.

Por su parte, los elementos de higiene dental, sin ser extremadamente caros, suelen ser a menudo considerados artículos menos prioritarios por muchos pacientes, en relación a otros productos de carácter indispensable. Es conveniente entonces, analizar tratamientos dentales alternativos de menor costo y adecuar al presupuesto del paciente los artículos de higiene oral a indicar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

2.7 Enfermedades de la cavidad bucal del adulto mayor

Cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor, suelen venir a la mente una serie de sistemas que pueden estar comprometidos olvidando comúnmente uno, que en cualquiera de sus estructuras puede comprometer en diversos grados la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático. (Montero, 2010)

Hoy se sabe que, en un alto porcentaje, la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevaecía es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total.

La patología que es posible encontrar en la boca del adulto mayor es variada. Pero existen dos que merecen especial análisis; la caries y la enfermedad periodontal.

2.8 Caries dental

La caries dental se define como la pérdida de estructura del diente debida a una desmineralización de las estructuras duras que lo componen; es, por lo tanto, una enfermedad infecciosa, ya que es producida por microorganismos, multifactorial, debido a que deben

coincidir varios elementos para que se produzca y en función de esta última característica, también es prevenible pues existen varios niveles dentro de su curso, en los cuales se puede intervenir. Cabe destacar que la caries es la primera causa de pérdida dentaria y que en el caso de los pacientes adultos mayores su ubicación es predominantemente a nivel radicular.

2.9 Enfermedad periodontal

El término "enfermedad periodontal" es un nombre genérico, utilizado para describir un grupo de enfermedades que afectan los tejidos de soporte y protección del diente. Estos tejidos, que incluyen el ligamento periodontal, hueso alveolar, cemento radicular y encía, reciben en conjunto el nombre de "periodonto", nombre del cual deriva esta enfermedad. Cuando la inflamación se encuentra limitada a la encía, se habla de Gingivitis, mientras que la extensión del proceso al resto de los componentes del periodonto, se denomina Periodontitis.

La enfermedad periodontal es considerada la segunda causa de pérdida dentaria, sin embargo, en el adulto mayor puede igualar y en muchos casos superar a la caries dental como primera causa. Aunque existen mecanismos inmunológicos estrechamente asociados a su génesis y progresión, su etiología primaria es bacteriana, por lo que al igual que la caries dental es clasificada como una patología infecciosa.

2.10 Infecciones orales por hongos (candidiasis)

Estas infecciones aparecen como lesiones rojas o blancas en la boca, planas o ligeramente alzadas. Son comunes en las personas que usan dentaduras postizas de edad avanzada, o que tienen un problema en su sistema inmunológico. Las personas que padecen síndrome de sequedad bucal tienen altas probabilidades de contraer infecciones orales por hongos.

Es importante el conocimiento de las enfermedades más comunes en la cavidad bucal

que ocurren en la tercera edad ya que así se puede ofrecer una atención oportuna al adulto mayor. (Montero, 2010)

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

- **Observacional**, corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es “la observación y registro” de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. (Manterola et al., 2014).
- **Analítico**, porque se analizará los resultados a través de la observación, las causas, la naturaleza y los efectos. y nos permitirá tener un enfoque global de las variables. (Lopera, 2010).
- **Longitudinal**, ya que será medido en varios momentos, evaluando sus resultados. (Myers, 2006).
- **Prospectivo**, son aquellos en los cuales la información se va registrando en la medida que va ocurriendo el fenómeno ó los hechos programados para observar. (Muggenburg et al, 2007)
- **Correlacional**, ya que tiene como finalidad medir el grado de relación de las variables. (Cazau, 2006)

Nivel de Investigación:

Nivel Cuasi-Experimental.

3.2 Población y muestra

Población

La población para este estudio estuvo constituida por 1000 adultos mayores integrantes

de los albergues que se encuentran ubicados en el departamento de Lima, 2023.

Muestra

La proporción de adultos mayores con un impacto positivo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal necesaria para calcular el tamaño de la muestra se determinó mediante una prueba piloto con 46 adultos mayores, que representan el 25% de la muestra final.). Se utilizó una fórmula de estimación de proporción de población finita ($N=1000$) para determinar el tamaño de la muestra (n) con un nivel de confianza del 95% ($z=1,96$) y una precisión del 6% ($d=0,06$). Estimaciones de ensayos piloto La tasa de efecto es del 74% ($p=0,74$), por lo que el tamaño mínimo de muestra es de 184 adultos mayores:

$$\frac{Z^2 p (1-p) N}{(N-1) d^2 + Z^2 p (1-p)} = 184$$

$$\frac{1.96^2 (0.74) (0.26) 1000}{(999) 0.06^2 + 1.96^2 (0.74) (0.26)} = 184$$

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de edades comprendidas entre los 60 años a más.
- Autovalentes concurrentes a los centros del adulto mayor.
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio, firmando la hoja de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con dificultad en el habla.
- Adultos mayores con impedimento para escuchar el cuestionario.
- Adultos mayores que no sepan leer.

- Adultos mayores que no deseen participar en la encuesta

3.3 Operacionalización de variables

Las variables son:

- Calidad de vida
- Salud bucal

Lo cual tienen como objetivo la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima en relación a su salud bucal.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
CALIDAD DE VIDA	La calidad de vida es el bienestar social general del individuo, influenciado no sólo por elementos de la economía y el empleo sino también del ambiente físico, la salud física y mental	Limitación Funcional	Componente de la calidad de vida referido a la capacidad para realizar funciones físicas.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 1 ITEM 2	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2=Ocasionalmente 3=Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Dolor Físico	Componente de la calidad de vida referido a la existencia de dolor físico.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 3 ITEM 4	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2=Ocasionalmente 3=Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Molestias Psicológicas	Componente de la calidad de vida referido al estado mental desagradable.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 5 ITEM 6	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2=Ocasionalmente 3=Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Incapacidad Física	Componente de la calidad de vida referido a la pérdida parcial o total de la capacidad innata.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 7 ITEM 8	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2=Ocasionalmente 3=Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Incapacidad Psicológica	Componente de la calidad de vida referido a la disminución o anulación de su capacidad laboral.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 9 ITEM 10	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2=Ocasionalmente 3=Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
CALIDAD DE VIDA	La calidad de vida es el bienestar social general del individuo, influenciado no sólo por elementos de la economía y el empleo sino también del ambiente físico, la salud física y mental	Incapacidad Social	Componente de la calidad de vida que refiere incapacidad social.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 11 ITEM 12	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2=Ocasionalmente 3=Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Minusvalía	Componente de la calidad de vida que refiere una situación que impide el desarrollo de una acción.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 13 ITEM 14	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2=Ocasionalmente 3=Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento	No Aplicable	Diferencia entre fecha de evaluación y fecha de nacimiento	V. Cualitativa	Fecha de nacimiento	Ordinal	60 a 65 años 66 a 70 años 71 a 75 años 76 a 80 años 81 a más años
SEXO	Características físicas externas del sujeto	No Aplicable	Datos de la encuesta	V. Cualitativa	Datos de la encuesta	Nominal Dicotómica	Masculino, Femenino

Método: Encuesta

Técnica: Aplicación del cuestionario OHIP-14 sp

3.4 Instrumento de medición

Para el estudio se verificó la consistencia interna del OHIP-14sp previa adaptación mediante una Prueba Piloto. La validez de contenido se realizó mediante un grupo de jueces, para conocer la claridad y entendimiento de las preguntas (Diaz et al., 2020)

Prueba Piloto en 184 adultos mayores que concurren a los albergues se hallaron los siguientes resultados: la validez de contenido se determinó con el método del Ítem-Test, aplicando correlaciones de Spearman por la naturaleza ordinal de la variable, tipo Likert, y mostró que todos los ítems obtuvieron una correlación significativa ($p < 0.05$) ayudando a que los resultados sean válidos, además si estos ítems se eliminaban de la escala la consistencia interna disminuía. Solamente el ítem 1 no tuvo una correlación significativa, pero debido a que si lo descartábamos apenas mejoraba la consistencia interna en un 1%, por tal motivo se optó por dejarlo en la escala.

El coeficiente de confiabilidad, Alpha de Cronbach, que mide la consistencia interna dio un valor de 88%, demostrado una alta consistencia interna. El OHIP-14 es un indicador fiable y válido de la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes a centro del adulto mayor de San Isidro (Anexo 7). De este modo, luego de la Prueba Piloto se tuvo el OHIP-14sp (LIMA)

Se solicitó autorización al encargado del Centro del adulto mayor, en grupos de 3 a 5 donde se explicó a todos la finalidad del estudio, y se les explicó el cuestionario del Perfil de Impacto de Salud Oral OHIP-14 sp (LIMA).

Se utilizó el método de encuesta y se realizó la recolección de datos con la técnica del cuestionario del Perfil de Impacto de Salud Oral OHIP-14 sp (LIMA), durante los meses de

Febrero a Diciembre del 2023. El cuestionario o escala OHIP-14 fue respondido por cada participante en forma individual tomándole en promedio de 10 a 15 minutos para responder las 14 preguntas. Los adultos mayores encuestados estuvieron debidamente informados sobre el proyecto de investigación, después de lo cual firmaron en forma individual el consentimiento informado. Se les garantizo resguardar la identidad de los participantes y su confidencialidad. (Anexo 2).

3.5 Procedimientos

Se iniciará en abril del 2023, lo cual cada participante firmará su consentimiento informado de participación voluntaria.

Esta investigación tuvo una duración de doce meses, los ancianitos serán evaluados a los 3 meses y a los 6 meses, para ver y comparar los resultados y los logros en cada ancianito desde el inicio de la evaluación clínica como en el intermedio y al final del proyecto.

Se aplicaron los instrumentos de OHIP-14 y el Odontograma para la revisión de cada una de las variables. Al finalizar el proyecto los resultados serán formulados en el excel, y se llevara al SPSS para ver los resultados y ver el nivel de mejoría que tuvieron los ancianitos de los albergues, corroborando o negando nuestra Hipótesis de Investigación.

3.6 Análisis de datos

Para realizar el análisis de los datos registrados, se elaboró una base de datos en Excel para su depuración, y luego se procedió a realizar el procesamiento de los mismos mediante el paquete estadístico SPSS versión 21.0, donde se calculó la estadística de resumen presentada en tablas de frecuencias y porcentajes, y la estadística inferencial en tablas de contingencia, aplicando la Prueba Exacta de Fisher, y la Razón de Prevalencias. En todos los contrastes se utilizó un nivel de significancia de 0.05. Esta razón de prevalencias (PR) se obtuvo por el

método simple de Poisson con la siguiente fórmula (Schiaffino, 43):

$$PR = \frac{OR}{(1+p1*[OR-1])}, \text{ IC95\%: } OR^{\left(1 \pm \frac{1.96}{z}\right)}$$

Donde p1 es la prevalencia de la enfermedad en el grupo de referencia (no expuestos), z es el coeficiente de regresión dividido por su error estándar, y OR es el grupo expuesto respecto al grupo no expuesto. La prevalencia es el porcentaje de personas que presentaron alguna limitación o incapacidad ya sea física, social o psicológica según la escala OHIP-14, es decir, la prevalencia del impacto negativo.

Para determinar las categorías de excelente, regular y mala calidad de vida, primero se dicotomizaron (0/1) las respuestas considerando si no presentó (0=nunca) o presentó (1=con alguna frecuencia) problemas relacionados a la salud bucal, seguidamente se sumaron estas respuestas de los 14 ítems del cuestionario OHIP-14, y se determinó las 3 categorías tomando como puntos de corte los percentiles 33 y 67, señalado por Batista (44), de modo que:

- 0 a 4 puntos = Excelente calidad de vida
- 5 a 9 = Regular calidad de vida
- 10 a 14 = Mala calidad de vida

En base a esta clasificación se consideró que hubo un impacto positivo de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor si obtuvo de 0 a 4 puntos, en caso contrario tuvo un impacto negativo (5 a 14 puntos).

3.7 Consideraciones éticas

El proyecto cuenta con la aprobación del comité de ética de la Universidad Federico Villarreal, se aceptaron también al comité de ética de los diferentes albergues:

- 1.-Ceapam Mixto Mis Años Dorados
- 2.-Casa de Reposo la Tercera Juventud
- 3.-Casa de Reposo Señor de Luren
- 4.-APME- Casa Betania

Con la aprobación de todas las Instituciones.

Se tiene en consideración la declaración de Helsinki que establece los principios para la investigación con seres humanos. Respetando los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia autonomía con los datos personales de aquellos que participaran en la presente investigación, no se publicaran los datos personales producto del análisis de este estudio. Por otro lado, los participantes que aceptaron participar lo hicieron mediante un consentimiento escrito y firmado.

La responsabilidad social va dirigido a la ayuda humanitaria y servicio multidisciplinario social en participación con la Universidad Nacional Federico Villarreal un aporte y gran responsabilidad que siempre realiza dicha universidad con las personas más necesitada.

IV. RESULTADOS

La investigación estuvo dada por 184 adultos mayores, 70% femeninas de 74 años ($\pm 7,2$) y 30% varones de 77 años (± 7). Su edad total osciló entre 60 y 92 años.

Tabla 1.

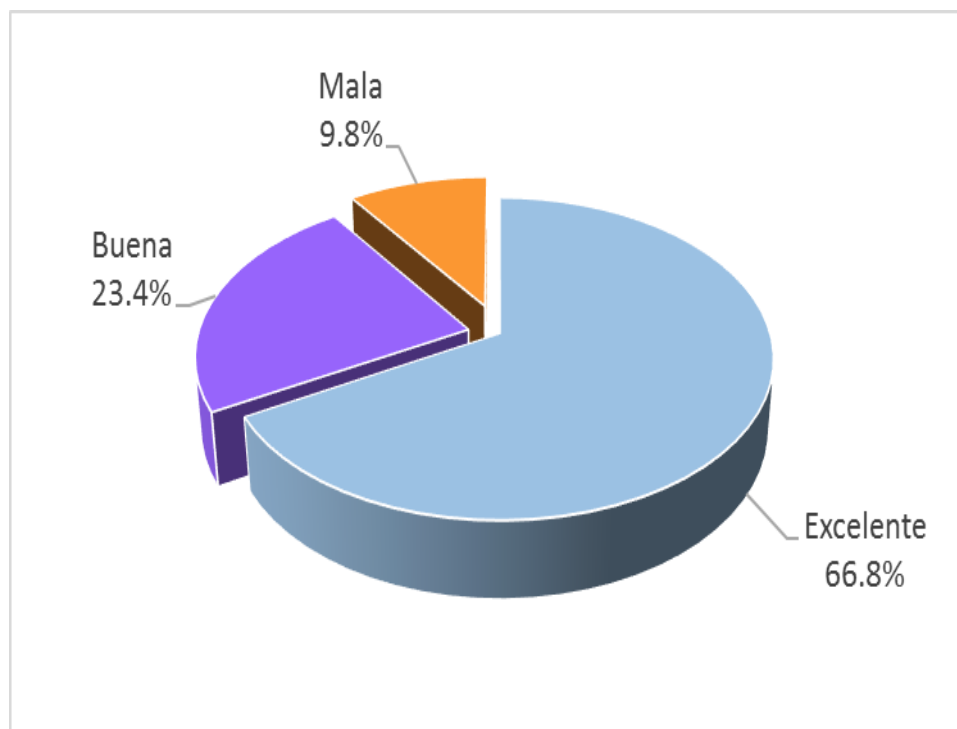
Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores, según edad y sexo.

Calidad de Vida								
	Excelente		Regular		Mala		Total	
Sexo								
Femenino	91	71%	27	21%	11	9%	129	100%
Masculino	32	58%	16	29%	7	13%	55	100%
Edad								
60 a 65	13	76%	4	24%	0	0%	17	100%
66 a 70	30	73%	8	20%	3	7%	41	100%
71 a 75	28	72%	8	21%	3	8%	39	100%
76 a 80	18	47%	14	37%	6	16%	38	100%
81 a mas	34	69%	9	18%	6	12%	49	100%

Nota: Entre las personas adultas, las femeninas (71%) viven más que los varones (58%), y la calidad de vida se observó en el grupo de edad de 75 años o más el 16% (75-80 años) y el 12% % (81 años o más). La calidad de vida relacionada con la salud bucal descende con la edad

figura 1.

Resultado de la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos



mayores

Nota: En la figura 1 se observa 123 adultos (66,8%) tenían excelente salud bucal, 43 (23,4%) tenían buena salud bucal y 18 (9,8%) tenían mala salud bucal. Estos resultados difieren cuando se tienen en cuenta el sexo y la edad.

Tabla 2.

Respuestas afirmativas al cuestionario OHIP-14, sobre calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores

ítems	Sí	
01. Tuvo dificultad para pronunciar palabras	50	27.2%
02. Sintió que el sabor de los alimentos había variado	76	41.3%

03. Sintió dolor en la boca	59	32.1%
04. Presentó molestias al comer	71	38.6%
05. Me preocupan los problemas en mi boca	108	58.7%
06. He sentido estrés debido a problemas con mi boca	52	28.3%
07. Cambié los alimentos por problemas en mi boca	41	22.3%
08. Interrumpí los alimentos por problemas en mi boca	42	22.8%
09. Tuve dificultad al descansar por problemas en mi boca	30	16.3%
10. Sentí vergüenza por problemas con mi boca	45	24.5%
11. Estuve irritado por problemas de mi boca	34	18.5%
12. No realicé actividades diarias por problemas en mi boca	25	13.6%
13. La vida ha sido menos agradable por problemas de mi boca	27	14.7%
14. Fui incapaz de realizar actividades por problemas de mi boca	13	7.1%

Nota: Esta tabla muestra las mejores respuestas al cuestionario OHIP-14 de mayor a menor, lo que indica que los primeros seis ítems caen en las primeras tres categorías, a saber, restricciones laborales y dolor corporal, problemas psicológicos. El 58,7% de los adultos respondió que le preocupan los problemas bucales, y alrededor del 40% siente que ha cambiado el sabor de los alimentos (41,3%) y los problemas alimentarios (38,6%). De hecho, todos menos el 7,1% de los adultos pudieron realizar su antiguo trabajo (artículo 14). Es importante señalar que estas respuestas positivas a los ítems ocurrieron ocasional o repetidamente.

Tabla 3.

Dimensiones de la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores

	Impacto positivo		Impacto negativo	
	n	%	n	%
Limitación Funcional	93	50.5	91	49.5
Dolor Físico	99	53.8	85	46.2
Malestar Psicológico	71	38.6	113	61.4

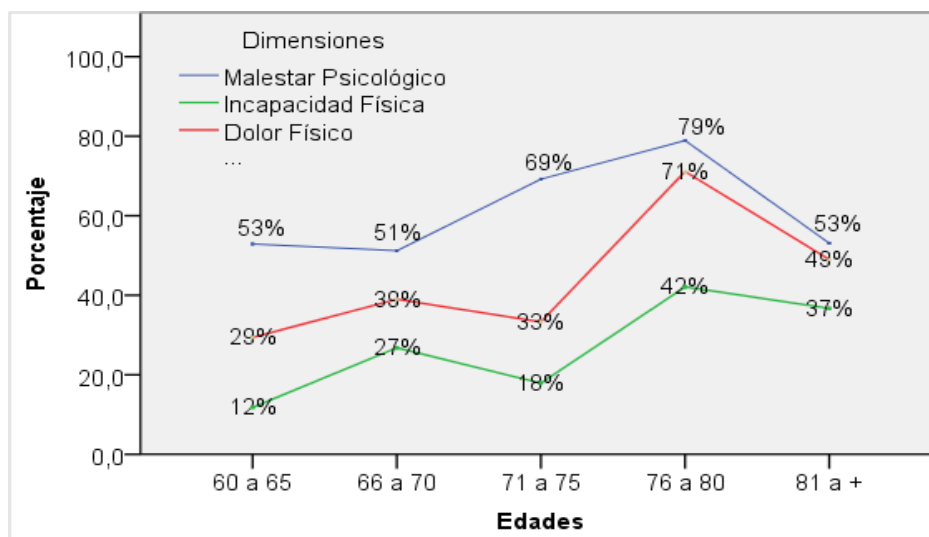
Incapacidad Física	130	70.7	54	29.4
Incapacidad Psicológica	126	68.5	58	31.5
Incapacidad Social	141	76.6	43	23.4
Minusvalía	153	83.2	31	16.9
En General	166	90.2	18	9.8

Nota: Se observa el impacto negativo o alto de la salud bucal en la calidad de vida la mayoría de los problemas fueron trastornos psicológicos, con un impacto negativo en el 61,4% de los adultos y más. Una medida de limitación laboral afecta negativamente al 49,5% de los adultos. Fue el lado de la discapacidad lo que lo hizo tan difícil. Esto se debe a que la discapacidad afectó negativamente sólo al 16,9% de los adultos. Las tres áreas donde las diferencias entre hombres y mujeres eran más evidentes y los hombres tenían más problemas que las mujeres los cuales fueron problemas mentales, las discapacidades sociales y las discapacidades físicas, pero sólo en discapacidad social esta diferencia está en el nivel $p. = 0.058$, es decir, el 33% de los hombres se sentían socialmente débiles, mientras que el 19% de las mujeres se sentían socialmente débiles. Además, el malestar psicológico es más común en varones que en femeninas.

Tabla 4.*Impacto Negativo en relación a la salud bucal en adultos mayores según sexo*

	Femenino	Masculino	Total	p*
Limitación Funcional	50,4%	47,3%	100%	0,749
Dolor Físico	45,0%	49,1%	100%	0,631
Malestar Psicológico	58,9%	67,3%	100%	0,323
Incapacidad Física	26,4%	52,7%	100%	0,216
Incapacidad Psicológica	31,8%	30,9%	100%	1,000
Incapacidad Social	19,4%	32,7%	100%	0,058
Minusvalía	17,8%	14,5%	100%	0,671

*Se ha aplicado la Prueba Exacta de Fisher, a un nivel de significancia de $\alpha=0.05$

Figura 2.*Impacto negativo de la salud bucal en adultos mayores, según edad**

*No se muestran las otras 4 dimensiones por no haber diferencias significativas con la edad en cada grupo etario.

Nota: La Tabla 4 muestra el impacto negativo según género en las 7 dimensiones estudiadas, en tres de las cuales, aunque las diferencias no fueron significativas ($p>0,05$), las mujeres tuvieron un impacto negativo mayor que los hombres.

En relación con la edad adulta, la Figura 2 muestra que los efectos orales negativos ocurren principalmente en adultos de 76 a 80 años y mayores de 80 años, principalmente debido al dolor físico y la discapacidad física.

La tabla 4 muestra el afecto negativo específico por sexo en las siete dimensiones estudiadas, en tres de las cuales, aunque las diferencias no fueron significativas ($p>0,05$), las femeninas tuvieron un efecto negativo mayor que los hombres.

Respecto a la edad adulta, la Figura dos muestra que los efectos negativos de la salud bucal se dan principalmente en adultos de 76 a 80 años y mayores de 80 años, principalmente por dolor físico y discapacidad física, existiendo diferencias significativas entre edades. ($p<0.05$) en estas 3 dimensiones, se observa además que el malestar psicológico fue lo más frecuente independiente de la edad alcanzando niveles de 79% (adultos de 76 a 80 años) y 69% (de 71 a 75 años).

Tabla 5.

Razón de prevalencias (RP) del impacto negativo de la salud bucal en adultos mayores según edad

	RP*	IC95%		p
Limitación Funcional	1,24	0,93	1,67	0,144
Dolor Físico	1,67	1,21	2,31	0,002
Malestar Psicológico	1,10	0,87	1,38	0,436
Incapacidad Física	1,90	1,18	3,04	0,008

Incapacidad Psicológica	1,11	0,73	1,71	0,617
Incapacidad Social	1,41	0,83	2,39	0,205
Minusvalía	0,92	0,48	1,75	0,796
General	2,23	0,87	5,70	0,094

* Se ha aplicado la Prueba Razón de prevalencias (RP) de Poisson con la fórmula de Schiaffino , considerando una RP significativa si $p < 0.05$.

Nota: En esta tabla se muestran las razones de prevalencia (RP) teniendo en cuenta la edad de los adultos. Estos RP no son la diferencia entre los dos grupos, sino un cociente de la prevalencia de cada grupo. En este caso tenemos dos grupos según la edad, 75 años y 76-92 años, es decir, RP es el cociente del porcentaje de problemas por encima de 75 y problemas por debajo de 76, y encontramos que en las dimensiones dolor físico y dolor físico discapacidad, fueron RP- d significativos, es decir. el dolor físico ocurrió con mayor frecuencia en el grupo de 76 a 92 años, un 67% más ($p=0,002$) en comparación con el grupo de 60 a 75 años; Los adultos entre 76 y 92 años tenían un 90% más de probabilidades de tener una discapacidad física, casi el doble que los adultos más jóvenes. Para las otras dimensiones, las relaciones públicas no fueron significativas, lo que sugiere que los problemas eran igualmente comunes entre los mayores de 75 y los menores de 76 años.

Tabla 6.

Razón de prevalencias (RP) del impacto negativo de la salud bucal en adultos mayores, según sexo

	RP*	IC95%		p
Limitación Funcional	0,94	0,68	1,30	0,703
Dolor Físico	1,09	0,78	1,52	0,603
Malestar Psicológico	1,14	0,90	1,44	0,268

Incapacidad Física	1,38	0,88	2,17	0,165
Incapacidad Psicológica	0,97	0,61	1,56	0,908
Incapacidad Social	1,69	1,01	2,84	0,048
Minusvalía	0,82	0,39	1,71	0,591
General	1,49	0,61	3,66	0,381

* Se ha aplicado la Prueba Razón de prevalencias (RP) de Poisson con la fórmula de Schiaffino , considerando una RP significativa si $p < 0.05$

Nota: La Tabla 6 muestra los RP relacionados con el género, es decir la prevalencia de limitaciones o discapacidades en el grupo masculino en relación con la prevalencia de dichas limitaciones en el grupo femenino (según la fórmula del Plan de Análisis del apartado 5.6). Sólo según la escala de discapacidad social, los hombres tuvieron mayor proporción de problemas que las mujeres, 1,69 veces más o 69% más limitaciones en la calidad de vida ($p=0,048$).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados generales de este estudio muestran que para la mayoría de la población que respondió la encuesta, la salud bucal no tuvo un impacto negativo en su calidad de vida, inclinándose las respuestas hacia los valores de nunca y casi nunca y la prevalencia de mala calidad la salud recibió valores bajos, lo que indica menor dificultad.

En algunas dimensiones se observaron diferencias y desigualdades significativas entre hombres y mujeres, las cuales pueden explicarse desde una perspectiva de género, porque el impacto negativo de los problemas del habla en la calidad de vida se manifiesta en un contexto social, un determinado contexto económico, cultural y contexto histórico. (Lee et al., 2022)

En este estudio, el afecto negativo se informó con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, pero sólo en la dimensión de discapacidad social, aunque este efecto fue generalmente menos severo. Durante generaciones, las mujeres vivieron en un rol cultural que les exigía ser responsables del cuidado familiar, lo que a su vez fomentaba el autocuidado. Por lo tanto, podían prestar más atención a su salud bucal, sienten una mayor necesidad de consulta sobre posibles cambios que impidan su progresión, y al mismo tiempo dicen que descubren con mayor frecuencia algunos problemas del habla, lo que les permitiría comprender por qué tienen mejor salud que los hombres. Son percibidas como hombres a nivel psicológico e incluso pueden somatizar ese sentimiento en su salud general, con consecuencias como lesiones físicas.

Un estudio sobre personas mayores muestra que las mujeres reportan más ansiedad, dolor y otros síntomas bucales cuando utilizan encuestas orales subjetivas (Hajek et al., 2023), lo que concuerda parcialmente con nuestros resultados, porque en las dimensiones de Limitación funcional, Discapacidad psicológica y Discapacidad, las mujeres. Tuvo un efecto negativo mayor que los hombres, pero no significativamente, lo que nos animaría a realizar

otros estudios para confirmar esta tendencia.

Por otro lado, los hombres parecen menos preocupados por los efectos negativos que su condición bucal puede tener en su calidad de vida, y llegan incluso a sugerir que cuando se informa, su condición puede ser tan avanzada que a menudo se asocia con cambios en la dimensión de discapacidad social, lo que la hace más importante. Obviamente, este hecho está influenciado por la organización de la vida del hombre y el papel que el hombre desempeñó históricamente, porque se preocupaba más por su hogar que por sí mismo.

La edad y el género determinan el uso de los servicios de salud bucal y, por tanto, las diferencias observadas en este estudio en los efectos negativos de la salud bucal en la calidad de vida. Por ejemplo, un estudio canadiense. (Limo et al., 2024) informó que las mujeres utilizan mucho más los servicios dentales, mientras que los hombres y los ancianos visitan al dentista por problemas de dolor.

A diferencia de otros estudios realizados en poblaciones mayores de bajos ingresos (50 personas), este estudio seleccionó a la población mayor en 2013 y fue financiado por la ONU. Esto indica que San Isidro es un distrito de Lima. Si hay una alta proporción de personas mayores en otras regiones, se eligió por estas razones en lugar de tener en cuenta factores sociales, económicos o educativos.

Un estudio realizado en México en 2010 (De la fuente et al., 2010) informó que quienes reconocían la necesidad de atención dental eran quienes tenían problemas bucales que afectaban sus vidas. De hecho, las afecciones bucales que requieren cuidado dental muestran un mayor impacto negativo en la calidad de vida que los problemas bucales. Este estudio encontró que las personas mayores en centros para personas mayores tenían igual (23,4%) y muy buena (66,8%) calidad de vida y desconocían la necesidad de atención dental.

Entre las fortalezas de este trabajo se puede mencionar que éste se constituye como uno de los pioneros en la ciudad de Lima, que articula estas variables en la población adulta mayor,

así, las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud bucal evaluadas ofrecieron nueva información acerca de las características de la población estudiada; se realizó capacitaciones por parte del investigador referente al manejo multidisciplinario del paciente geriátrico de ambos sexos, y esto ayudó a la recolección cuidadosa de la información para brindar mayor validez a los resultados a diferencia del trabajo de investigación (Duque et al., 2013) que previo al inicio del trabajo de campo realizaron una prueba piloto con 10 adultos, para la revisión de la comprensión lingüística, el tiempo de realización y la consistencia interna del cuestionario.

Se debe establecer una cultura de autocuidado en la población desde edades tempranas, respaldada por el profesional, buscando estrategias para empoderar a la comunidad y ayudar en la prevención de las enfermedades, es una medida que ya se está planteando en México y Colombia (Morales et al., 2025), debe constituir la prioridad de la atención en salud, lo que permitirá que se logre alcanzar la vejez en condiciones dignas; esto trae consigo la necesidad de evaluar la validez y efectividad de los servicios de salud ofrecidos actualmente, los cuales deben permitir alcanzar la tercera edad con todos los dientes o por lo menos con los que queden en buen estado. Se sabe que la necesidad de tratamiento odontológico en las personas adultas mayores es alta y a pesar de esto, la oferta de servicios sigue siendo menor o el costo para buscar la atención que se necesita dificulta el acceso a la misma, lo que implica un importante reto en la formulación de políticas públicas dirigidas a atender las necesidades de esta población y a ofrecer una atención suficiente, con calidad y que dé respuesta a las necesidades reales para mejorar las condiciones de salud bucal.

Asimismo, se han fijado metas específicas para mejorar la salud bucal de los adultos mayores según las Metas del Milenio propuestas por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud. En primer lugar, reduce la frecuencia de las caries existentes en un 25%. En segundo lugar, garantizar que el 50% de las personas mayores de 60 años conserven al menos 20 dientes activos. Esto asegurará que la población seleccionada relacionada con la salud bucal

viva bien en el presente estudio.

En cuanto a la edad, los resultados deben tomarse con cautela, ya que la edad está relacionada con el nivel de confianza, como por ejemplo si las personas mayores tienen o no buena salud bucal. Dicho esto, cabe señalar que todos los adultos se ven afectados por tres niveles de dependencia: según el índice de Katz: simple, sin ayuda más que supervisión; Básicamente, cuando necesitas ayuda con las actividades diarias; Hay muchas personas que se entregan o se acuestan cuando los adultos necesitan apoyo y supervisión total (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Por lo tanto, en lo que respecta al dolor físico y la discapacidad física, es necesario seguir investigando si los problemas de salud de los adultos de 76 a 92 años se deben a una mala salud bucal, niveles o dependientes de los adultos menores de 76 años.

Finalmente, demostramos que el OHIP-14 tiene la capacidad de discriminar entre grupos y determinar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud bucal en personas mayores, el cual es muy confiable, eficiente y fácil de aplicar.

Por eso recomendamos más estudios sobre el tema entre diferentes poblaciones vulnerables del Perú, utilizando la herramienta OHIP-14 y utilizando otras variables relacionadas con la salud bucal, y considerando la dependencia de los adultos. También fortalecemos las bases teóricas de esta línea de investigación para comprender los problemas que afectan la salud bucal de adultos de diferentes clases sociales y crear programas dedicados a una vida mejor. Si bien cada vez hay más investigaciones que buscan mostrar la relación entre el concepto de salud bucal y calidad de vida, está claro que la puerta está abierta a nuevos investigadores que busquen explicar más en este sentido o estudiar en otros contextos.

VI. CONCLUSIONES

El OHIP-14 sp^(LIMA) identificó como excelente o regular calidad de vida en relación a la salud bucal en el 90% de adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro. Los adultos de 76 a 92 años presentaron menor calidad de vida que los adultos de 60 a 75 años en la dimensión dolor físico.

Las conclusiones de los objetivos específicos fueron las siguientes:

- 6.1 En la dimensión Limitación Funcional, la mitad de los adultos mayores presentaron un impacto negativo, es decir, sintieron que el sabor de los alimentos había variado o que tuvieron dificultad al hablar. No hubo diferencias entre hombres y mujeres, ni tampoco entre grupos etarios.
- 6.2 En Dolor Físico, la mitad de los adultos mayores presentaron un impacto negativo, presentando molestias al comer o dolor en la boca. En esta dimensión no hubo diferencias entre hombres y mujeres.
- 6.3 En la dimensión Molestias Psicológicas, fue donde se encontró el mayor impacto negativo que en las otras dimensiones, siendo los varones los más afectados por los problemas bucales o por el estrés debido a estos problemas, siendo más frecuente en el grupo de 76 a 80 años.
- 6.4 En la dimensión Incapacidad Física no hubo diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, los mayores de 75 años tuvieron mayor prevalencia de incapacidad física que los menores de 75 años.
- 6.5 En la dimensión Incapacidad Psicológica no hubo diferencias entre hombres y mujeres, y el impacto negativo en general fue moderado ya que afectó a menos de la tercera parte de los adultos.
- 6.6 En Incapacidad Social, los hombres tuvieron significativamente mayor impacto negativo

que las mujeres, es decir, estuvieron irritados o no pudieron realizar sus actividades diarias debido a los problemas bucales.

6.7 En la dimensión Minusvalía es donde apenas hubo un impacto negativo, no habiendo diferencias entre hombres y mujeres, ni tampoco entre grupos etarios.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 El estado debería preocuparse por las personas de la tercera edad tanto en su salud bucal como en su salud general
- 7.2 Educar a las personas de la tercera edad en mantener una salud bucal adecuada.
- 7.3 Educar para que las personas de tercera edad se cepillen todos los días y el uso de enjuagatorios
- 7.4 Enseñar a las personas de la tercera edad a fijarse constantemente en cambios que se pueden producir en la boca
- 7.5 Al no uso de prótesis mal adaptadas
- 7.6 Que visiten al dentista con regularidad para hacerte un chequeo y una limpieza dental
- 7.7 Observar si tienen la boca seca las personas de tercera edad.
- 7.8 Indicar a las personas de tercera edad a practicar hábitos saludables y una alimentación adecuada.
- 7.9 Recomendar mantenerse activo a medida que envejecen es una de las mejores cosas que puedes hacer por su salud.
- 7.10 Que cada centro de cuidados de la tercera edad tenga un interno o cirujano dentista

VIII. REFERENCIAS

- Abanto, J., Bönecker, M., Raggio, D. (2010) *Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños*. Rev Estomatol Herediana.
- Almirón, P., Denis, E., Morales, A., Britez, E., Macchi, A. y Maidana, J. (2016) *Condiciones de salud oral en ancianos del club geriátrico “Abue-Club”* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Paraguay]. Disponible en <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a06.pdf>
- Arodi, T., Abraham, E., Manuel, C. y Annel, G. (2018). Casa hogar-asilo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor: revisión bibliográfica. *Rev. SARUS* 3(6), 32-41
- Batista Duarte, C., Do Amaral, R. y Herrera Serna, B., (2021). Autopercepción y condición de salud bucal en el anciano. *Rev. Cubana Estomatol.*, 58(3), e3604
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). *Inequalities gender on health: challenges for the future*. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 245–249.
- Castrejón-Pérez, R. C., Borges-Yáñez, S. A. e Irigoyen-Camacho, M. E. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(5), 321–329.
- Chou, C. H., Hwang, C. L., & Wu, Y. T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.042>.
- Christian A.C, María O.C. y Jackeline M.B (2019). Relación entre índice de masa corporal y características sociodemográficas en adultos mayores de una institución geriátrica peruana. *Rev MEDISAN* 23(2), 194-205.
- Cordes, T., Zwingmann, K., Rudisch, J., Voelcker-Rehage, C., & Wollesen, B. (2021).

- Multicomponent exercise to improve motor functions, cognition and well-being for nursinghome residents who are unable to walk - A randomized controlled trial. *Experimental gerontology*, 153, 111484. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111484>. DOI: [10.1016/j.exger.2021.111484](https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111484)
- Corish, C. y Bardon, L. (2019). Desnutrición en adultos mayores: cribado y determinantes. *Actas de la Sociedad de Nutrición*, 78 (3), 372-379. <https://doi.org/10.1017/S0029665118002628>.
- Dávila, E., García, B. (2019) *Perfil de impacto en la salud oral de ancianos del Hogar San José Hermanitas de los Ancianos Desamparados Chiclayo – Perú, 2019* [Tesis para obtener el grado de Magister en Odontología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo].
- Decreto supremo N.º 010-2016- midis/2016. *Aprueba los lineamientos "primero la infancia" en el marco de la política de desarrollo de inclusión social*
- Defensoría del Pueblo. (2021). *El derecho a la salud de las personas adultas mayores en los centros de atención residencial: propuestas para una atención integral y prioritaria frente al COVID-19 (Serie Informes Especiales N.º 003-2021-DP)*. defensoria.gob.pe
- Defensoría del Pueblo. (2019). *Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores (Informe de Adjuntía N.º 006-2019-DP/AAE)*. <https://www.defensoria.gob.pe/informes/informe-de-adjuntia-n-006-2019-dp-aae/>
- De la Fuente-Hernández, J., Sumano Moreno, Ó., Sifuentes Valenzuela, M. C., & Zelouatecatl-Aguilar, A. (2010). *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental.*
- Díaz Reissner, C. V., Roldán Merino, J. F., & Casas, I. (2020). *Validation of the Oral Health Impact Profile in Spanish for Paraguayan adults (OHIP-14Py)*. *Journal of Oral Research*.

- Doris, C.V., Norma, G.D. (2019). Características geriátricas y abandono familiar del adulto mayor en el asilo de ancianos de Chiclayo, 2018. *Rev. Científica Curae* 2(1), 2-13
- Duque, V., Tamayo, J., Adudelo, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la Salud Bucal de los Adultos Mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Junio 2013. *Revista CES odontología*. 26(4).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2013000100002
- Durán, D., Moya, P., Aubert, J., Becerra, A., Lara-Lüer, A. y Monsalves, M. (2016) Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con extremos en Chile. *Rev. CES Odont* 2016; 29(1), 5-12.
- Elizabeth, Y. y Brigitte, V. (2019) *Perfil de impacto en la salud oral de ancianos del hogar San hermanitas de los ancianos Desamparados Chiclayo – Perú, 2019*. [Tesis, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo].
- Fernández, B. (2019). *Percepción de la calidad de vida de la población solicitante de asilo y refugiada del Programa de Movilidad Humana de la ONG Encuentros Servicio Jesuita de la Solidaridad de Lima, periodo 2019*. [Tesis de grado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. <https://hdl.handle.net/20.500.11818/4356>
- Lazo-Meneses, G. A. (2017). Problemática actual en salud bucal en el Perú. *Revista de Posgrado Scientiarvm*, 3(2), 55–58. <https://doi.org/10.26696/sci.epg.0060>
- Gallardo, A., Picasso, M., Huilca, N. y Ávalos, J. (2018) Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *Rev. KIRU*, 10(2), 145–50.
www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.8.pdf.
- García-Calvente, M. M., Jiménez-Rodrigo, M. L. y Martínez-Morante, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2575>

- Hajek, A., Lieske, B., König, H.-H., Zwar, L., Kretzler, B., Moszka, N., & Aarabi, G. (2023). Oral health, anxiety symptoms and depressive symptoms: findings from the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Psychogeriatrics*, 23(4), 571–577. <https://doi.org/10.1111/psyg.12963>
- Kunkel, S. R. y Atchley, R. C. (1996). Why gender matters: Being female is not the same as not being male. *American Journal of Preventive Medicine*, 12(5), 294–296.
- Lévano, C. (2018). *Relación de calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores de los albergues de la ciudad de Tacna, periodo 2018*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/2304>
- Lee, C. J., Ho, M. H., Joo, J. Y., Montayre, J., Lin, Y. K., Chang, C. C. y Liu, M. F. (2022). Gender differences in the association between oral health literacy and oral health-related quality of life in older adults. *BMC Oral Health*, 22(1), Artículo 205. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02237-8>
- Limo, L., Nicholson, K., Stranges, S., & Gomaa, N. A. (2024). Age and sex differences in the association of dental visits with inadequate oral health and multimorbidity: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *BMC Public Health*, 24(1), Artículo 2968. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20412-0>
- Locker, D. (1993). Effects of non-response on estimates derived from an oral health survey of older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21(2), 108–113.
- MacEntee, M., Stolar, E. y Glick, N. (1993). Influence of age and gender on oral health and related behaviour in an independent elderly population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21(4), 234–239.
- Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Sousa-Santos, N., Santos, O., Alarcão, V., Goulão, B., Gorjão, J. (2019). Desnutrición en adultos mayores que viven en hogares de ancianos portugueses: el estudio PEN-3S. *Nutrición de salud pública*, 22 (3), 486-497.

<https://doi.org/10.1017/S1368980018002318>

Manterola, C. y Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *J. Morphol.*, 32(2), 634-645.

María, Q.C, Nereya, F.S. y Florinda, G.P (2017). Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. *Rev Gerokomos* 28(1), 9-14.

Marqués, M.B., Coutinho, J.F., Martens, M.C., López, M.V., Maia, J.C. y Silva, M.J. (2019). Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. [Intervención educativa para promover el autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus]. *Rev Esc Enferm USP*, 53,1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>.

Morales, F. (s.f.). ¿Qué es el envejecimiento humano? [Internet]. *La Nación*. <https://www.nacion.com/opinion/foros/que-es-el-envejecimiento-humano/YZFQ2PBIIJDGDF6MFWSVX56T7U/story/>

Morales-Gomez, A., & Sanzana, C. (2025). Las decisiones de autocuidado en salud bucal: Más allá de la educación individual. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 14(2), 75–82. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-55882025000200075&script=sci_arttext

Oñate-Torres, M. (2015). *Efecto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, comuna de Hualpén, Concepción-Chile 2015* [Tesis de doctorado, Universidad Andrés Bello]. Repositorio Institucional UNAB. <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/2742>

Organización Mundial de la Salud (2014) *Asamblea Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2021) *Envejecimiento y salud. Informe Técnico N°03 setiembre 2021 INEI*

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2006). 138ª sesión del comité ejecutivo. <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138.r17-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2025). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240090538>
- Otones, P., García, E., Sanz, T., & Pedraz, A. (2020). A physical activity program versus usual care in the management of quality of life for pre-frail older adults with chronic pain: randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 20(1), 396. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01805-3>.
- Roncal, I. (2013) *Relación entre la autopercepción y el estado de salud bucal de los adultos mayores de los Centros Residenciales Gerontológicos de la Beneficencia Pública de Lima Metropolitana. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia*. [Tesis para obtener el grado de magister, Universidad Peruana Cayetano Heredia]
- Schalock, R.L. (2018). *Calidad de vida individual*. <http://www.mebers.es/wp-content/uploads/2018/10/calidad-de-vida-individual.-Robert-L.-Schalock.pdf>
- Schwartz Mann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9–21.
- Silberman, P. (2009). *Evaluación del trabajo del equipo en la práctica de la salud familiar*. Universidad Nacional de La Plata.
- Slusanschi, O., Moraru, R., Garneata, L., Mircescu, G., Cuculescu, M., y Preoteasa, E. (2013). Validation of a Romanian version of the short form of the oral health impact profile (OHIP-14) for use in an urban adult population. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 11(3), 235–242.
- Smith, M., Bergeron, C., Lachenmayr, S., Eagle, L. y Simon, J. (2020). Una breve intervención para la desnutrición entre los adultos mayores: intensificar su nutrición. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 17 (10), 3590.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17103590>

Sun, F., Liu, Y., y Zhang, T. (2025). Aging of the human lip: Current knowledge and clinical implications. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 24(8).

<https://doi.org/10.1111/jocd.70310>

Tarqui, C., Álvarez D., Espinoza, P. y Gómez, G. (2014). Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 31(3), 467-72.

Tickle, M., Craven, R., y Worthington, H. V. (1997). *A comparison of the subjective oral health status of older adults from deprived and affluent communities. Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(3), 217–222.

Troncoso, C. (2017). Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. *Horiz Med*, 17(3), 58-64. <http://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.10>.

Varela Pinedo, L., Chávez Jimeno, H., Tello Rodríguez, T., Ortiz Saavedra, P., Gálvez Cano, M., Casas Vásquez, P. (2015). Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2015

Varela Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199–201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>

Ventura, A.P. y Zevallos, A.R. (2019). Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. *ACC CIETNA*, 6(1), 60-67. <https://www.doi.org/10.35383/cietna.v6i1.218>.

Zamora, J. (2016). *Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de Independencia en Lima – Perú, 2016* [Tesis de maestría, Universidad César

Vallejo].

Repositorio

Institucional

UCV.

<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/8868>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de Consistencia**AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN DIFERENTES ALBERGUES DE LA CAPITAL PERUANA LIMA - 2022**

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVOS GENERALES	HIPOTESIS PRINCIPAL	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACION	TECNICAS E INSTRUMENTOS	POBLACION Y MUESTRA
¿De qué manera la autopercepción de la calidad de vida está relacionada con la salud bucal de los adultos en diferentes albergues de Lima-2023?	Determinar de qué manera se relaciona la percepción de la calidad de vida con la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima.	La percepción de la calidad de vida se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima.	*Calidad de vida *Salud Bucal	Observacional Analítico Longitudinal Prospectivo Correlacional	El cuestionario Odontograma	La población estuvo dada por 1000 adultos mayores y la muestra de 184 adultos mayores
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICO	VARIABLES INTERVINIENTES	NIVEL DE INVESTIGACION	INSTRUMENTO	
P.E.1 ¿De qué manera la percepción de la dimensión limitación funcional guarda relación con la salud bucal de los adultos mayores desamparados, según sexo y edad? P.E.2 ¿De qué manera la percepción de la	O.E.1. Determinar la percepción de la dimensión limitación funcional en relación con la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad. O.E.2. Determinar la percepción de la	H.E.1. -La percepción de la limitación funcional se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en los diferentes albergues de Lima, según sexo y edad. H.E.2. La percepción de dolor físico se relaciona	Factores Sociables: *Edad *Sexo *Tipo de Albergue	Cuasi experimental	Instrumento de Calidad de vida. Índice de CPOD	

dimensión dolor físico guarda relación con la salud bucal de los adultos mayores desamparados, según sexo y edad? P.E.3 ¿De qué manera la percepción de la dimensión incapacidad física guarda relación de la salud bucal de los adultos mayores desamparados, según sexo y edad? P.E.4 ¿De qué manera la percepción de la dimensión incapacidad social guarda relación de la salud bucal de los adultos mayores desamparados, según sexo y edad?	dimensión dolor físico en relación de la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad. O.E.3. Determinar la percepción de la dimensión incapacidad física en relación de la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad. O.E.4 Determinar la percepción de la dimensión incapacidad social en relación de la salud bucal de los adultos mayores en diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.	de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en los diferentes albergues de Lima, según sexo y edad. H.E.3. La percepción incapacidad psicológica se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en los diferentes albergues de Lima, según sexo y edad. H.E.4. La percepción incapacidad social se relaciona de manera significativa con la salud bucal de los adultos mayores en los diferentes albergues de Lima, según sexo y edad.				
--	---	---	--	--	--	--

7.11 Anexo B. Cuestionario OHIP-14

Pregunta	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
Limitación Funcional					
1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?					
2. ¿Siente que el sabor de los alimentos ha variado?					
Dolor Físico					
3. ¿Ha sentido dolor en su boca?					
4. ¿Ha presentado molestia al comer?					
Malestar Psicológico					
5. ¿Le preocupan los problemas de su boca?					
6. ¿Se ha sentido estresado debido a problemas con su boca?					
Incapacidad Física					
7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos debido a problemas en su boca?					
8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos debido a problemas con su boca?					
Incapacidad Psicológica					
9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar debido a problemas en su boca?					
10. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?					
Incapacidad Social					
11. ¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?					
12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias debido a problemas en su boca?					
Minusvalía					
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable debido a problemas con su boca?					
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias debido a problemas en su boca?					

Anexo C. Validez y Consistencia Interna del Instrumento OHIP-14

Para calcular la consistencia interna o el grado de confiabilidad de la escala OHIP, aplicaremos el Alpha de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \times \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right) 100\%$$

Donde:

S_i^2 = es la varianza del ítem i

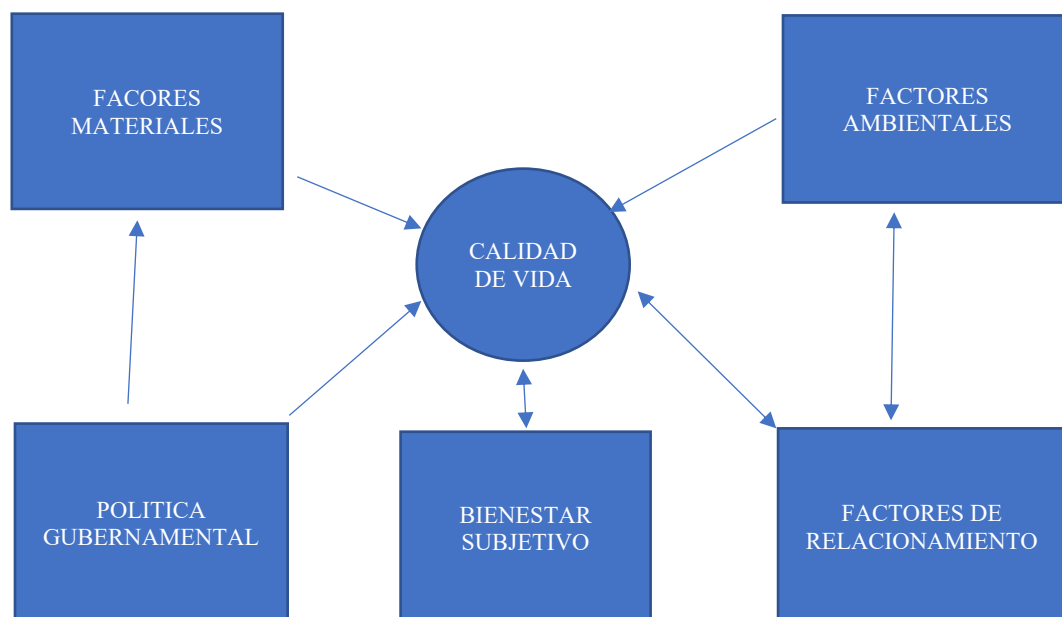
S_t^2 = es la varianza de los valores totales de la escala

K = es el número total de ítems

y se obtiene un $\alpha = 88\%$, es decir, es una escala con una alta confiabilidad. La tabla siguiente muestra la validez de cada ítem:

	Ítems	rho	Alpha*
1	¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?	0,071	89%
2	¿Siente que el sabor de los alimentos ha variado?	0,335	89%
3	¿Ha sentido dolor en su boca?	0,824	86%
4	¿Ha presentado molestia al comer?	0,617	87%
5	¿Le preocupa los problemas de su boca	0,631	88%
6	¿Se sentido estresado debido a problemas con su boca?	0,755	86%
7	¿Ha tenido que cambiar sus alimentos debido...?	0,600	87%
8	¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos...?	0,634	87%
9	¿Ha encontrado dificultad para descansar...?	0,590	87%
10	¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?	0,669	87%
11	¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?	0,661	86%
12	¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias...?	0,646	87%
13	¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable...?	0,605	87%
14	Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias... ?	0,540	87%

Solamente el ítem 1 tuvo una baja correlación (rho de Spearman) con el total de la escala (método del ítem-test), sin embargo si se eliminase de la escala, la confiabilidad (Alpha*) apenas subiría 1%, por lo tanto optamos por no retirarlo de la escala. Todos los demás ítems resultaron significativos, ya que tuvieron correlaciones significativas (rho>0.300).

Anexo D. Diagrama 1. Factores de la Calidad de Vida

8 Anexo E.

9 CUESTIONARIO PARA EL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA

10 AREA DE ODONTOLOGIA

FICHA CLINICA ODONTOLOGICA (INDICE DE CPOD)

ODONTOGRAMA

The chart is divided into four quadrants by a central vertical line. The top-left quadrant contains teeth 11-18, the top-right contains teeth 21-28, the bottom-left contains teeth 41-48, and the bottom-right contains teeth 31-38. Each tooth is represented by a simple line drawing of the tooth's crown and root. Above and below the tooth drawings are rows of empty boxes for recording data. The chart is designed to be used for recording carious, lost, and filled teeth.

Cariados: _____

Perdidos: _____

Obturados: _____

Índice COP individual = C + O + P

Anexo F.

CONSENTIMIENTO INFORMADO**11**

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en la presente “Estrategia de salud pública multidisciplinaria para mejorar nuestra calidad de vida de los adultos mayores del asilo las hermanitas de los ancianos desamparados 2021”. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del programa en cualquier momento si así lo deseo.

12 Nombre del Participante _____

Firma.....

13 Lima, ____/____/____

Sección a llenar por el Investigador:

14 AREA: -----

He explicado al Sr(a)..... la naturaleza de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

15 Firma del Investigador

ALBERGUES DE ADULTOS MAYORES

- 1.-CEAPAM MIXTO MIS AÑOS DORADOS
- 2.-CASA DE REPOSO LA TERCERA JUVENTUD
- 3.-CASA DE REPOSO SEÑOR DE LUREN
- 4.-APME- CASA BETANIA