

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**

**ESCUELA DE POSGRADO
DR. LUIS CLAUDIO CERVANTES LIÑÁN**



**IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS ADULTOS MAYORES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA
DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA, AÑO
2018 – II**

**TESIS PARA OPTAR POR
EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTADO POR EL:

Mg. Elmo Sigifredo PALACIOS ALVA

**ASESOR: DR. GREGORIO LORENZO MENACHO ANGELES
Lima - Perú**

2019

A Dios por darme la vida y la dicha de estar junto a los seres que amo.

A mis padres Elmo y Yolanda, por sus consejos, apoyo desinteresado y amor incondicional.

A Yrma, por su paciencia, apoyo y comprensión y André que es una bendición de Dios.

A toda mi familia, por brindarme su orientación, ayuda y son ejemplo a seguir siempre.

A mis maestros, que me inculcaron la dirección correcta en el camino de la vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el Dr. Gregorio Lorenzo Menacho Ángeles, por acompañarme en este proyecto brindándome su apoyo incondicional y por su calidad humana de siempre.

A toda la plana docente de la Escuela de Pos Grado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por su profesionalismo y asesoría permanente en nuestra formación académica.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, por sus conocimientos, su orientación y motivación que han sido fundamentales para la elaboración de la tesis.

Al Dr. Freddy Campos Soto, por su valioso apoyo en el desarrollo del presente trabajo académico.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
 CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Marco Filosófico	1
1.2 Marco Histórico	5
1.3 Marco Teórico	10
1.3.1 Impacto	10
1.3.2 Calidad	12
1.3.3 Calidad de vida	19
1.3.4 Salud	23
1.3.5 Adulto Mayor	32
1.4 Investigaciones	35
1.5 Marco Conceptual	43
 CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES	
2.1 Planteamiento del Problema	45
2.1.1 Descripción de la realidad problemática	45
2.1.2 Antecedentes Teóricos	48
2.1.3 Definición del problema	49
2.1.3.1 Problema General	49

2.1.3.2 Problemas Específicos	50
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	51
2.2.1 Finalidad	51
2.2.2 Objetivo General y Específicos	51
2.2.2.1 Objetivo General	51
2.2.2.1 Objetivos Específicos	52
2.2.3 Delimitación del estudio	53
2.2.4 Justificación e importancia del estudio	54
2.3 Hipótesis y Variables	55
2.3.1 Hipótesis	55
2.2.2.1 Hipótesis General	55
2.2.2.1 Hipótesis Específicas	55
2.3.2 Variables e Indicadores	56

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra	59
3.1.1 Población	59
3.1.2 Muestra	59
3.2 Diseño a utilizar en el Estudio	60
3.2.1 Diseño	
3.2.2 El tipo de investigación	60
3.2.3 Enfoque	60
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	60
3.3.1 Técnica de Recolección de Datos	60
3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos	61
3.4 Procesamiento de Datos	68

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de los Resultados	70
4.2 Contrastación de Hipótesis	95

4.3	Discusión de los Resultados	104
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1	Conclusiones	118
5.1.1	Conclusión General	118
5.1.2	Conclusiones Específicas	118
5.2	Recomendaciones	121
BIBLIOGRAFÍA		123
ANEXOS		129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
N° 01	Distribución de participantes según el sexo.	71
N° 02	Distribución de participantes según estado civil.	72
N° 03	Distribución de participantes según estado socioeconómico.	73
N° 04	Distribución de participantes según nivel de educación.	74
N° 05	Distribución de participantes que usan prótesis.	75
N° 06	Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II.	76
N° 07	Relación del Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p).	77
N° 08	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional.	78
N° 09	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p).	79
N° 10	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico.	80
N° 11	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p).	81
N° 12	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico.	82
N° 13	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p).	83
N° 14	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física.	84
N° 15	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p).	85
N° 16	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica.	86
N° 17	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p).	87
N° 18	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social.	88

N° 19	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	89
N° 20	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.	90
N° 21	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	91
N° 22	Salud bucal de los adultos mayores respecto a lo físico.	92
N° 23	Salud bucal de los adultos mayores respecto a lo psicosocial.	93
N° 24	Salud bucal de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor.	94

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA		Pág.
N° 01	Distribución de participantes según el sexo.	71
N° 02	Distribución de participantes según estado civil.	72
N° 03	Distribución de participantes según estado socioeconómico.	73
N° 04	Distribución de participantes según nivel de educación.	74
N° 05	Distribución de participantes que usan prótesis.	75
N° 06	Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II.	76
N° 07	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional.	78
N° 08	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico.	80
N° 09	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico.	82
N° 10	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física.	84
N° 11	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica.	86
N° 12	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social.	88
N° 13	Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.	90
N° 14	Salud bucal de los adultos mayores respecto a lo físico.	92
N° 15	Salud bucal de los adultos mayores respecto a lo psicosocial.	93
N° 16	Salud bucal de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor.	94

RESUMEN

El objetivo que se tuvo a realizar el estudio fue determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II, el diseño metodológico que se empleó fue no experimental – descriptivo, ex post facto, el tipo de investigación fue prospectivo, observacional, transversal y un enfoque cualitativo. La muestra utilizada en la investigación fue de 80 pacientes adultos mayores atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2018-II. El instrumento utilizado para la obtención de los datos fueron cuestionarios respecto a su salud bucal y calidad de vida con respuestas tipo Likert. Para realizar el procesamiento de datos se usó el programa Microsoft Excel 2010 y el programa estadístico SPSS versión 20.0. En los resultados se apreció que un número de 39 con un 48.8% los adultos mayores presentaron una calidad de vida buena y una salud bucal regular; luego, en un número de 32 con un porcentaje de 40 % presentaron una calidad de vida buena y una salud bucal buena. Se concluye que la calidad de vida es buena y una salud bucal regular en un 48.8% y existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Palabras Clave:

Salud bucal, calidad de vida, adulto mayor, impacto.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the impact of oral health on the quality of life of older adults at the Stomatology Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University, year 2018-II, the methodological design that was used It was non-experimental – descriptive, ex post facto, the type of research was prospective, observational, transversal and a qualitative approach. The sample used in the research was 80 elderly patients treated at the Adult Stomatology Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University, in the 2018-II cycle. The instrument used to obtain the data were questionnaires regarding their oral health and quality of life with Likert responses. The Microsoft Excel 2010 program and the statistical program SPSS version 20.0 were used to perform the data processing. The results showed that a number of 39 with 48.8% older adults had a good quality of life and regular oral health; then, in a number of 32 with a percentage of 40% they presented a good quality of life and good oral health. It is concluded that the quality of life is good and regular oral health is 48.8% and there is a direct relationship between the impact of oral health on the quality of life of older adults at the Stomatology Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University.

Keywords:

Oral health, quality of life,elderly,impact.

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida, que inicialmente fue monopolizado por economistas y políticos para referirse al bien material, ha sido utilizado también como medida de resultados en salud, enfermedad y tratamientos. Este concepto ha derivado en la acuñación del término calidad de vida relacionada con la salud.

Como en los últimos años la expectativa de vida ha sido en aumento, tal motivo hay más problemas de salud debido a que los adultos mayores son cada vez más numerosos, bien por efectos de envejecimiento, llegando en algunos casos a la pérdida de funcionalidad, por lo que son más vulnerables, dependientes y llegar hasta la incapacidad.

Es necesario que el adulto mayor conserve su equilibrio en la salud de la cavidad bucal, manteniendo el mayor número de piezas dentarias naturales cómo reemplazados por prótesis, afín que puedan ingerir alimentos que los nutren y también mejorar su estética facial y puedan estar integrados en la sociedad.

En el primer capítulo se describió los fundamentos teóricos de la investigación, encontrándose el marco teórico que es la recopilación de la información documental a fin de darle sustento científico a la investigación, a continuación las investigaciones, que tienen relación con el estudio que se ha realizado; terminando con el marco conceptual, donde se precisan los términos más importantes utilizados en la tesis.

En el segundo capítulo, consideró el problema, objetivos, hipótesis y variables; haciendo un relato de la realidad problemática, escribiendo la realidad que se plantea qué hay en dado en el tema que ha llamado la atención y Qué es el objeto del estudio; luego Se elaboró la definición del problema, tanto en general como los específicos; luego, la finalidad que tiene el estudio; para pasar a los objetivos que vienen a hacer el propósito que se pretendió alcanzar con la investigación, planteando el objetivo general, qué expresa el logro general del estudio y los objetivos específicos que constituyen los logros de la tesis; luego, la delimitación del estudio; mismo, justificación e importancia del estudio, mostrando la utilidad para resolver el problema que se plantea en la investigación; terminando el capítulo con hipótesis y variables, para probar la suposición planteada y las variables que son los aspectos del problema que se investigó.

En el tercer capítulo, se consideró el método, técnica e instrumento; donde se realizó una descripción de la población y muestra utilizado en el estudio; a continuación el diseño metodológico utilizado en el estudio, que viene a ser la estrategia para obtener la información para poder alcanzar los objetivos, considerando el diseño, tipo de investigación y el enfoque; para continuar con la técnica e instrumento de recolección de datos, donde se precisan los procedimientos específicos para la recolección de datos y una descripción del instrumento utilizado en el estudio; para finalizar en el procesamiento de los datos, donde se precisó la tabulación empleada para su presentación en forma sistemática, igualmente el plan de análisis.

En el cuarto capítulo, se consideró la presentación y análisis de los resultados, dónde se presentaron las tablas y gráficos que se muestran en el estudio; luego, se realizó la discusión de los resultados, luego se realizó una autoevaluación de los procedimientos empleados y discusión de los posibles alcances y significado de la investigación y una interpretación acerca de los resultados obtenidos con respecto a la información encontrada en las investigaciones.

En el quinto capítulo, se tomó en cuenta las conclusiones y recomendaciones; en cuanto a las conclusiones se han descrito los resultados concretos que se obtuvieron en el desarrollo de la investigación, estuvieron acordes con el número de objetivos planteados en el estudio; para terminar con las recomendaciones donde se precisó las vías para poder implementar las propuestas hechas.

El estudio de tuvo el propósito de determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores, por ser ellos más desprotegidos, no son económicamente activos y porque el envejecimiento debe ser una experiencia positiva, qué tiene por objetivo aumentar la esperanza de vida saludable en la vejez, al mantener su autonomía y su salud con la finalidad que los adultos mayores sean productivos e independientes; se tomaron en cuenta los resultados para realizar las acciones del caso en la prevención y tratamiento de la salud bucal, para tener una buena calidad de vida en forma feliz.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Filosófico

El ser humano puede ser estudiado desde diferentes disciplinas y ciencias. Sin embargo, generalmente cuando reflexionamos sobre nosotros mismos, vamos a elaborar interrogantes como cuál es la condición como seres humanos, cual es el origen del hombre, cual es la esencia humana. Se trata de interrogantes de las que se ocupa la Antropología filosófica.¹

La antropología filosófica, trata del origen y el sentido de la existencia humana, es decir, sobre de dónde provino el hombre y cuál es el papel que cumple en el mundo.²

El estudio de la Antropología filosófica es fundamental, porque se podrá observar como en cada época y en cada manera de enfocar la filosofía se inicia la concepción de lo que es el ser humano. ¹

Pero, otro problema es lo determinante en el ser humano, lo propio del hombre, aquello que lo va a diferenciar de los demás seres. Se tiene que hacer algunas interrogantes con respecto a la esencia del hombre, por ejemplo, ¿qué es el hombre? o ¿qué determina al ser humano?, para ello hay diversas posiciones, entre las que está el Naturalismo, Espiritualismo, Dualismo, Historicismo, Simbolismo, Existencialismo y Marxismo.³

Con respecto al naturalismo, si se hace un análisis desde el punto de vista natural, observamos que posee un conjunto de rasgos diferentes que definen su originalidad biológica. Por estar compuesto el hombre, de elementos de la naturaleza, como carbono, nitrógeno y oxígeno, entre otros, se encuentra sujeto a las leyes de la naturaleza como la gravedad, la inercia y el proceso de nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte que ocurre en todo ser orgánico. A esta posición, se tiene a filósofos como Herbert Spencer y Friedriek Nietzsche.¹

Luego está el espiritualismo, que es una posición que si bien reconoce al hombre con atributos biológicos, también el hombre puede pensar, reflexionar, crear o valorar, que son inexpugnables a los cambios biológicos; por lo que el hombre posee espíritu que es la esencia del hombre. Entre los seguidores se menciona a Agustín de Hipona y Tomas de Aquino, y en el siglo XX al filósofo alemán Max Sheler, quien sostiene que la persona humana puede controlar sus pasiones y cultivar valores superiores.¹

Después está el dualismo que sustenta que el hombre está completo por cuerpo y alma, siendo vitales para su existencia, asumiendo el filósofo francés Rene Descartes quien asumió esta posición, sosteniendo que ambos se enlazan en una parte del cerebro que llamó glándula pineal.⁴También se tiene a Pascal, quien afirma que el hombre es un ser dual.⁵

El historicismo, que sostiene que el hombre no presenta una esencia definida; sino que, el hombre es un ser que se va haciendo siempre en el

devenir de la historia, dado que no solo cambia en su apariencia física sino también sus instrumentos de trabajo, sus modos de vivir y sus ideas sobre el mundo. Que no solo es un ser aislado, sino que vive en sociedad. Uno de los más importantes historicistas es el filósofo alemán Nilhen Dilthey, que sostuvo que el hombre no es solo razón, dado que tiene sentimientos y voluntad. Entre los seguidores de esta postura, también está el filósofo español José Ortega y Gasset, que el hombre está en constante cambio a través de la historia, que sostiene que la vida del hombre puede ser interesante y agradable, pero también muy aburrida cuando se tiene una vida rutinaria.¹

Luego está el simbolismo cuando el hombre accede al mundo a través de símbolos creados por el mismo con diferentes denominaciones. La forma como se conecta con otros individuos u objetos del mundo es por el lenguaje, arte, ciencia o religión.¹ Esta posición sostiene que el hombre es un animal simbólico, y el mundo es un gran sistema de signos al que hay que entender.^{1,6} Teniendo en Erust Cassirer filósofo alemán que sostuvo esta posición, que el hombre se enfrenta con su mundo, con un universo simbólico constituido por elementos culturales como el mito, el arte, la religión, la ciencia y la filosofía.¹

La corriente filosófica el existencialismo surge a partir del siglo XX sostiene que todo ser humano no se puede enmarcar dentro de un conjunto de cualidades, por el contrario, cada uno debe ir haciendo su propia esencia. Ellos plantean en un constante proyecto en que no hay seguridad, de lo que

se va hacer, lo que si hay seguridad es la muerte. El filósofo alemán Martin Heidegger, decía que la existencia del ser humano era impropia que es una existencia impersonal y la existencia propia, es solo cuando cada ser humano sabe lo que es, un ser ante la vida y la muerte, acepta conscientemente y la vive en una angustia constante. A mediados del siglo XX, Jean Paul Sastre, dijo que el inicio del hombre es el existir, el hombre surge de la nada y es en el transcurso de su existencia donde se va definiendo. Entonces el hombre es un vacío de ser que tiene que ir construyéndose.¹

Luego, se tiene al Marxismo, Karl Marx filósofo alemán del siglo XIX, manifiesta que el hombre elabora un conjunto de las relaciones sociales que se generan a partir de la producción de bienes materiales para subsistir, mediante las relaciones sociales, la conciencia y la forma de ser que tiene un ser humano. Marx considera que el hombre se define en relación a sus actividades sociales; pero, como el hombre posee necesidades, su actividad más significativa vendría a ser el trabajo.¹

Como se ha visto la vida del ser humano es un proceso, que se inicia desde la concepción, con su nacimiento, crecimiento en distintas etapas, hasta llegar a la muerte. Pero dentro las etapas de crecimiento que es la niñez, pubertad, adolescencia, adultez, se encuentra la etapa del adulto mayor que es a partir de los 60 años y todo lo que se haga después de esta edad redundaría en un mañana feliz o al menos más llevadera, debiendo darle al adulto mayor una felicidad plena, siguiendo la escuela aristotélica. El

proceso del envejecimiento del organismo humano no puede reducirse solamente al proceso biológico, también debe ser analizado en el contexto total en que se produce la formación completa del hombre que es un ser biológico, cultural, social, mental y espiritual en forma integrada; además, la naturaleza compleja de las sociedades humana, ecológica, ambiental, social, económico, cultural.⁷

1.2 Marco Histórico

Se ha registrado que, en la edad media, los artesanos fueron sentenciados por poner en venta alimentos defectuosos, dando relevancia a la “calidad” de los productos, debido a la carencia de insumos, el valor costoso, por lo que los productos tenían que ser elaborados artesanalmente. Es así que el menosprecio de estos productos era considerado un delito grave. Es a principios del siglo XX que se empieza plantear lo que actualmente se conoce “gestión de la calidad”, debido al crecimiento industrial (fabricación continua). Distintos investigadores contribuyeron con respecto al tema, es así que Taylor F., propuso una serie de técnicas orientadas a incrementar la eficacia en la fabricación (producción), en lo que se estima a los empleados como máquinas con manos, esta manera de gestión, denominada como “taylorismo”, no obstante, aunque esta gestión es aislada de la conceptualización actual, fue el primer acercamiento a acrecentar del proceso productivo. Shewart W. planteó su estudio, que fue precedente de la aplicabilidad de la estadística a la calidad, este estudio fue empleado por otros investigadores y aportaron a la gestión de la calidad. Estos sucesos coinciden con la aplicación de las ideologías para la elaboración continua de

máquinas de guerra, por parte del ejército de Estados Unidos.⁸ A la culminación de la guerra, Japón se enfoca por las ideologías de Shewart, Deming, Juran, entre otros, que promovieron los primeros rastros de la gestión de la calidad moderna; debido a que su país natal rechazó sus propuestas, decidieron laborar en Japón, dando como resultado innovaciones que trascendieron en la actualidad, tal es así que un premio relevante en el aspecto de la gestión de la calidad lleva la denominación de uno de ellos, el premio Deming.⁹

A finales de los años setenta, la industria occidental reconoce el inconveniente que padece frente a los fabricantes japoneses, he inicia a repetir sus ideologías de gestión, sobre todo una variación de actitud en los clientes, que cada vez requerían productos de alta calidad a costo competitivo. Es así que se inicia a hablar de aseguramiento de la calidad en las compañías y se originan las primeras normas que reglamentan la gestión de la calidad. Actualmente, se han planteado modernos modelos con respecto a la gestión de la calidad, como las normas ISO 9000 que son aplicados en áreas industriales, Excelencia Empresarial de la EFQM o el Baldrige de los Estados Unidos. El consumidor es sensato de que la calidad es un significativo componente diferenciador, y cada vez demanda más a los productores.⁹

Con respecto a la “calidad de vida”, se registra en los años sesenta del siglo XX, en torno al movimiento de indicadores sociales desplegados a partir de los estudios de la escuela de Chicago, este concepto se originó como un

dilema a la controvertida sociedad de la exuberancia y con el lapso de tiempo, resultó desde el concepto de bienestar de los individuos fundamentado en dimensiones materiales, hacia un concepto de mayor complejidad que abarca también aspectos como la calidad del entorno, las interrelaciones sociales o la salud. La institucionalización de los indicadores sociales ha sido lenta y discontinua y, aunque en los años noventa la mayor parte de naciones occidentales ya habían y sistemas de información para monitorizar las condiciones generales de vida, siguiendo las líneas de la tradición evolucionado indicadores sociales, éstos continúan teniendo menos influencia en las agendas políticas que los indicadores macro económicos o los indicadores de mercado.

Durante las décadas de los setenta y ochenta la calidad de vida fue definida esencialmente como bienestar objetivo o social. La definición de bienestar social incluiría todo aquello de lo que la persona obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad, aludiéndose no solo a lo que da una mayor o menor calidad de vida sino, también, a quién lo consigue, cómo lo consigue y dónde lo consigue.

En evaluación de tecnologías de salud, de la calidad del cuidado sanitario o de los servicios de salud, la pesquisa de medidas se acrecentó en los años ochenta, y el concepto de estado de salud se propago hasta llegar a contener completamente el concepto calidad de vida.

Si se acepta el amplio concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud, y el individuo tiene un completo bienestar físico, mental y social,¹⁰

entonces la calidad de vida sería excelente; un efecto magnífico en salud sería igual a un resultado excelente en calidad de vida. Desde la perspectiva de la salud, calidad de vida se ha planteado como “una palabra conocida que expresa un sentido global de bienestar, incluyendo aspectos de felicidad y satisfacción con la vida como un conjunto”, es extenso y subjetivo más que específico u objetivo y su significado se distingue entre individuos y grupos.

En los tiempos de crecimiento en los avances y hallazgo del método científico, el estar sano o enfermo era adjudicado a un tema divino (mágico - religioso),¹¹ no estaban asociados a patógenos, factores hereditarios, psicológicos o sociales. Los responsables de prescribir medicamentos para dolencias y dar terapia a los pacientes fueron los charlatanes, magos y brujos. Actualmente ya el profesional médico es el encargado de estimar quien se encuentra sano o enfermo.

El punto de visar de la salud oral como componente de la salud general, en los instrumentos normativos internacionales, ha sido incitada por la Organización Mundial de la Salud, agencia que ha promulgado directrices que abarcan las Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, particularmente la Resolución 36.14 (1983) y la Resolución 42.39 (1989). También mediante el programa de Salud Bucal Global, se estima el requerimiento de capacitar a los agentes públicos de los de fomentación (promoción) de la salud oral en los programas de promoción de la salud general. Pese a que la Organización Mundial de la Salud insta una visión ampliada de la salud oral, ha sido avalado que su concepto comprende ambigüedades, concretamente en el entorno de la investigación

odontológica; es decir, en esta área, prevalece la perspectiva de la cavidad oral como una estructura anatómica aislada, que puede o no estar saludable, suprimiendo al individuo como un todo y sus contextos. Siendo así, los abordajes de investigación odontológica no siempre aseguran la interrelación entre salud oral y salud general, aclamada por la Organización Mundial de la Salud. Con base en estos fundamentos, aproximarnos al significado de la salud oral comprende que el enfoque no es la cavidad oral en sí misma, sino la persona y las vías en que las patologías confinadas a esta estructura menoscaban la salud, el bienestar y la calidad de vida.¹²

Respecto de la población de individuos longevos en los últimos años, los actos de promoción de salud y los desarrollos en el control de la fecundidad han cooperado a acrecentar la esperanza de vida, con el congruente incremento en el número de individuos longevos, fenómeno denominado como transición demográfica.

En relación a la salud bucal de individuos longevos, existe en nuestro país escasa información, no existiendo en años anteriores especialistas en atender a los pacientes de tercera edad, sabiendo que ellos tienen sus propios problemas, por la edad que tienen como piezas extraídas, periodontitis crónica, recesión gingival, caries dental, que no es a veces por descuido del paciente, sino propios de su edad, que tiene repercusión en el enfoque funcional, social y psicológico, que son esenciales para el desenvolvimiento integro de la persona a lo largo de su vida y para una visión personal de su boca, que le brinde tener interrelaciones óptimas.

Ahora que en nuestro país ya los pacientes adultos mayores son atendidos por especialistas en Odontogeriatría por los problemas tan propios que tienen en su cavidad bucal, con la finalidad de mejorar su salud; para la estimación del impacto social y funcional de las enfermedades orales, hacer el tratamiento respectivo y posteriormente evaluar la efectividad de dichos tratamientos odontológicos, hacer el seguimiento respectivo, lográndose niveles idóneos de salud oral y humanizar la atención de los pacientes que son adultos mayores.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Impacto

A. Generalidades

La labor de examinar el impacto constituye un gran inconveniente para varios proyectos y programas. La medición del impacto es exactamente, tratar de establecer lo que se ha alcanzado. El término impacto, como expresión del efecto de un acto, empezó a emplearse en estudios relacionados sobre el medio ambiente. Es así que, se puede observar que, en todas las definiciones, el impacto hace referencia a variaciones en el medio ambiente generados por un determinado acto.¹³

Luego, la utilización del término se extendió, aplicándose en el campo organizacional, donde se planteó que: el impacto organizacional puede conceptualizarse como la modificación producida en la organización como consecuencia de una innovación.¹³

Las evaluaciones de impacto se enfocan a conocer cuál fue el impacto o efecto causal de un programa o proyecto sobre un resultado final de interés.¹⁴

El impacto es producto de los efectos de un proyecto. En este sentido, manifiesta el nivel de cumplimiento de los objetivos respecto a la población -meta del proyecto. El impacto puede ser cuantificado en diversas unidades de análisis: la del individuo o grupo familiar, o en distintos agregados sociales, sean comunitario regional o nacional.¹⁵

B. Definición

El Diccionario de la Lengua Española lo define como: resultado (efecto) de una fuerza aplicada bruscamente; golpe emocional dado por un acontecimiento o una noticia desconcertante; efecto dado en la opinión pública por un acontecimiento, un decreto de la autoridad, una noticia, una catástrofe.¹⁶

C. Impacto en salud

La evaluación de impacto en salud es un método integral planteado por la Organización Mundial de la Salud para establecer el impacto sobre la salud de los proyectos, proposiciones de políticas y estrategias que originalmente no traten precisamente de la salud, pero que tengan un resultado (efecto) en la misma. La evaluación de impacto en salud es un proceso multidisciplinar que mezcla evidencias cualitativas y cuantitativas en un contexto de toma de decisiones y está fundamentado en un modelo

de salud que comprende los determinantes económicos, políticos, sociales, psicológicos y ambientales de la salud. Es decir, las intervenciones con un impacto real en la salud de las poblaciones deben tener un enfoque global y ser de nivel estructural, con medidas de salud pública acordadas a nivel político, por lo que los encargados de poner en acción estas medidas deben involucrarse en el proceso de toma de decisiones y en el posterior análisis de su efectividad. Para poder realizar evaluación de impacto en salud, es fundamental favorecer la integración entre la información existente para realizar el diagnóstico inicial y poder estudiar a posteriori los efectos de las medidas políticas llevadas a cabo. Es así que será factible monitorizar los efectos sobre la salud que tengan las acciones identificadas en la evaluación de impacto en salud, incrementando sus potenciales efectos positivos y eludiendo los posibles efectos adversos.¹⁷

1.3.2 Calidad

A. Concepto

Actualmente no solo habla de calidad de un producto o servicio, sino que también hay un nuevo concepto, “calidad total”.¹⁸

El objeto esencial de una empresa es la calidad ya sea de un producto o servicio, desde una perspectiva tradicional se obtenía mediante una inspección en el sector de producción, pero desde una perspectiva más moderna esta se extiende, en el cual toda la empresa admitirá el objetivo, esencialmente mediante la previsión. Es decir, desde esta perspectiva

actual la calidad del servicio o producto se optimizará si mejorará la calidad global de la empresa.¹⁸

Generalmente el término “calidad” es asociado con un producto o servicio magnifico. Ishikawa plantea otro concepto: diseño, fabricación y venta de productos con una calidad determinada que satisfagan efectivamente al usuario / cliente que los utilice. En consecuencia, no se refiere solamente a productos o servicios de altas prestaciones.¹⁸

Se han dos conceptos, la primera es indicada como la conformidad con las especificaciones, y la segunda está asociada calidad con satisfacción del usuario o apropiado para el uso por lo que se entiende calidad como satisfacción de los requerimientos y expectativas del usuario.¹⁸

En este sentido, calidad significa producir bienes y/o servicios según especificaciones que satisfagan los requerimientos y anhelos (expectativa) de los usuarios, por tanto, los requerimientos del mismo llegan a ser un input fundamental en la optimización de la calidad.¹⁸

B. Definición

Indicada como la “totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se mantiene en su habilidad para complacer (satisfacción) los requerimientos establecidos o implícitos”. La Norma Internacional 1809000 lo conceptualiza como “la totalidad de las características de una

entidad (proceso, producto, organismo, sistema o persona) que le asignan aptitud para satisfacer los requerimientos establecidos e implícitos”.¹⁹

C. Importancia de la Calidad

Particularmente, la calidad impacta a una empresa de cuatro maneras:

- **Costo y participación del mercado:** las optimizaciones en calidad conllevan a una mayor participación en el mercado y ahorros en los costos.¹⁹

- **Prestigio de la organización:** la calidad se da por las apreciaciones de los usuarios en relación al producto, por las prácticas de los trabajadores e interrelaciones con los proveedores.¹⁹

- **Responsabilidad por los productos:** las empresas que diseñan y fabrican productos o servicios deficientes pueden ser imputadas por daños o lesiones que resulten de su utilidad; lo que produce inmensos gastos legales, costosas reparaciones o pérdidas y una publicidad que no elude el fracaso de la empresa entera.¹⁹

- **Implicaciones internacionales:** en esta circunstancia de globalización, la calidad es un asunto internacional (tanto para la empresa como para un país), los productos deben ejecutarse con las expectativas de calidad y precio.¹⁹

D. Tipos

- **Calidad objetiva y calidad subjetiva**

Las distintas perspectivas conceptuales de la calidad pueden estructurarse en dos categorías: objetiva y subjetiva. ²⁰

La calidad objetiva se origina de la contrastación entre un estándar y un desempeño, es medible con técnicas ingenieriles o tecnológicos, este tipo de calidad detalla bien la excelencia, bien la superioridad técnica de los atributos del producto o del proceso, siendo independiente del individuo que efectúa la medición o adquiere el producto. La calidad objetiva está implícita en las definiciones de calidad como excelencia, la calidad como conformidad con las especificaciones o fundada en el producto, y la calidad como aptitud para su utilidad.²⁰

La calidad subjetiva, se fundamenta en la apreciación (percepción) y en los juicios de valor de los individuos, es medible cualitativamente analizando la satisfacción del usuario. Esta clase de calidad se desprende del concepto de calidad como satisfacción de las expectativas del usuario.²⁰

- **Calidad estática y calidad dinámica**

Desde una perspectiva de calidad en términos de supremacía absoluta o de concertación con las especificaciones transfiere una percepción de un estado fijo e inmóvil. Por el contrario, la calidad es un concepto dinámico y en constante variación, por supeditarse de varios factores en perenne evolución como la competencia o los gustos y motivaciones del usuario.²⁰

- **Calidad absoluta y calidad relativa**

La calidad se tasa de manera absoluta, con independencia del individuo, y se mide de manera incontestable por la distancia entre la calidad realizada y la calidad programada. El concepto de la calidad de servicio acoge una visión relativa, aceptando que la calidad puede representar cosas diferentes para individuos distintos.²⁰

- **Calidad interna y calidad externa**

La calidad interna da énfasis en la optimización de la eficiencia interna para obtener la aprobación con las especificaciones en los procesos y la rebaja de los costes de no calidad. La perspectiva externa, emergida con el apogeo de mercados de compradores, acentúa la eficacia, entendida en el sentido de que la primordial prioridad de la empresa debe ser satisfacer las pretensiones (expectativa) de los usuarios, incluso a costa de relegar la eficiencia.²⁰

E. La calidad en los servicios

Aunque las empresas de servicios y las industriales coinciden en técnicas y principios de gestión, la primera muestra una dificultad agregada: la relación con el usuario; para la segunda, el cliente o usuario queda lejano, en cambio en las empresas de servicios, el cliente y el productor se hallan cara a cara. El punto de encuentro entre ambos se denomina “interfaz”. Las empresas de servicios son más complicadas que las industriales,

debido a que afronta a la vez la labor de elaborar lo que venden y de conducir la interfaz. Esta complejidad agregada de las empresas de servicios suele incrementarse por el hecho de que existen varias interfaces.²¹

F. Característica de las empresas de servicios

- La entrega del servicio

La calidad del servicio no solo se ve menoscabada por las características del producto en sí, sino también por la manera en la que se ejecuta su entrega. ²¹

- El carácter perecedero del servicio

La planificación de los servicios demanda de una simultaneidad (sincronizado) entre la producción y la demanda, ya que el servicio no se puede almacenar. Como por ejemplo si un paciente llega tarde a la consulta, el médico posiblemente habrá perdido parte de su tiempo disponible. ²¹

- La interacción entre el productor y el cliente

La interacción (entre el productor y el usuario) en el tipo de empresas de servicios es alta; esta influye a la apreciación (percepción) de la calidad. Del contacto entre usuario y productor depende en gran medida que el usuario se sienta satisfecho o desilusionado. ²¹

- La naturaleza inmaterial de la calidad

La calidad del servicio tiene en gran medida un carácter subjetivo. Lo que para un usuario es amabilidad, para otro usuario podría ser pesadez y para otro usuario brusquedad; lo que significa que, en la calidad del servicio, hay componentes que la empresa dificultosamente podrá manejar y mucho menos controlar.²¹

- **Que le importa a los clientes**

Las conductas que influyen a las apreciaciones de la calidad del servicio se considera que son las siguientes:²¹

- **Fiabilidad** (los empleados cumplan las normas, lleva a cabo los compromisos y consigue que las cosas salgan bien a la primera).²¹
- **Sensibilidad** (los empleados respondan con rapidez, disfruta brindando el servicio y expresa deseo de agradar).²¹
- **Competencia** (los empleados poseen conocimientos y la experiencia necesaria para prestar el servicio).²¹
- **Acceso** (los empleados sean comunicativos y accesibles).²¹
- **Cortesía** (los empleados exhiban consideración y respeto hacia el usuario).²¹
- **Comunicación** (los empleados comunican al usuario en un lenguaje claro y educado; escucha con atención las dudas de este).²¹
- **Credibilidad** (el usuario piensa que puede creer en los empleados).²¹

- **Seguridad** (el usuario se siente seguro).²¹
- **Comprensión** (los empleados se empeñan por entender los requerimientos del usuario y de satisfacer sus anhelos; conocen a cada usuario y le atienden de manera individual).²¹
- **Elementos materiales** (el aspecto externo de los empleados es el adecuado).²¹

Concluyéndose que los empleados juegan una labor vital en la calidad del servicio que percibe el usuario.²¹

1.3.3 Calidad de Vida

A. Generalidades

Este término ha sido utilizado extensamente por distintas especialidades, como en política, medios de comunicación y en general por la sociedad, esta socialización ha conllevado a el uso trivial del término.²²

Primero este término fue planteado por economistas y políticos para indicar el bienestar material, también se ha empleado como medida de resultados en salud, enfermedades y terapias. Es así que se derivó término calidad de vida relacionada con la salud. Desde los años noventa, el desacuerdo con el modelo biomédico ha producido una controversia sobre el requerimiento de aproximaciones más holísticas o globales para su entendimiento, más allá del rígido discurso médico.²²

La calidad de vida es individual, pues aspectos significativos para un individuo pueden no serlo para otro; la valoración de la calidad de vida es el resultado del influjo de una diversidad de factores, englobando las experiencias y expectativas de los usuarios; también es dinámica, es decir que cada dimensión o dominio puede cambiar si varían los eventos de la vida (como por ejemplo, por envejecimiento, por enfermedad, entre otros) o la apreciación de la persona sobre sus propias condiciones.²²

B. Concepto

Aunque no se ha estandarizado universalmente el concepto de este término se entiende que en las sociedades occidentales habituadas al término y poseen un entendimiento intuitivo de su significado. ²²

El término poseería utilidad como un indicador de pretensiones de los investigadores, sin embargo, cuanto más específico y acuerde sobre bases empíricas, mayor posibilidad que los estudios posean importancia para el desarrollo y el entendimiento del constructo. ²²

El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la salud proyectó el concepto del término, destacando su carácter subjetivo de la valoración, percepciones de las personas de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en interrelación a sus objetivos, aspiraciones, estándares y preocupaciones. ²²

“Calidad de vida” es un constructo universal, conceptualizada tanto objetiva (corresponden a medidas culturalmente significativas de

bienestar objetivo) y subjetivamente (comprenden la satisfacción con las distintas dimensiones ponderadas por su relevancia para la persona).²²

La salud es uno de los pocos dominios o dimensiones sobre el que parece existir congruencia en cuanto a su participación en la calidad de vida, y distintas investigaciones manifiestan la relación entre salud (medida objetiva y subjetiva), bienestar subjetivo y satisfacción con la propia salud.²²

C. Calidad de Vida en Salud

Este término manifiesta lo siguiente: representaciones multidimensionales y realistas de las contestaciones físicas, psicológicas y sociales a la patología y a la terapia; también indicado como el bienestar fundamentado en el nivel y satisfacción con el funcionar físico, psicológico y social, y en el control sobre la patología y/o los síntomas asociados con la terapia; las valoraciones (percepción) únicas y personales de los aspectos asociados a la salubridad y no médicos de la vida.²³

Estos conceptos de calidad de vida relacionada con la salud no han sido planteados percepciones del paciente, por lo que los relatos de pacientes reflejan aspectos psicológicos, sociales y espirituales, están experiencias comprenden:²³

- Un acentuado sentido de susceptibilidad (vulnerable) personal.²³
- Una insuficiencia para negar aquello que asusta.²³

- Impresiones variables sobre lo que es significativo en la vida. ²³
- Un anhelo de definirse distinto en la vida. ²³
- Un menester de ser respetado por otros. ²³
- Un enlace amoroso con un individuo especial. ²³
- Aprender a tolerar el sentirse alienado por una norma o valor societarios. ²³
- Una mayor valoración de las actividades diarias. ²³
- Un menester de ser tomado seriamente. ²³
- Un profundo sentido de la espiritualidad. ²³

La calidad de vida comprende un marco conceptual en el que los asuntos asociados con la salud pueden ser examinados positivamente y de manera holística. Desde una perspectiva más subjetiva, multifactorial e individual que otras empleadas para examinar el estado de salud de poblaciones e individuos, constituye una nueva dimensión: la salud perceptual, en sus componentes físicos, psíquicos y sociales. La transformación del término calidad de vida desde las ciencias sociales a estudios en salud se ha visto adjunta por una prioridad pragmática: la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida.²²

La calidad de vida relacionada con la salud se empeña en situaciones relativas a la apreciación (percepción) de la salud padecida y manifestado por el usuario, concretamente en las dimensiones física, mental, social y la apreciación general de la salud.²²

Este término, desde una perspectiva individual es sobresaliente como una de las maneras más significativas de tasar nuevas terapias en situaciones crónicas. Esto ha presumido una movilización desde posiciones que contemplaban confiables, sólo las medidas objetivas hacia medidas subjetivas, por lo que se da preferencia el juicio (opinión) de los usuarios e incluso a la valoración individual sobre la estandarizada.²²

1.3.4 Salud

A. Generalidades

La salud es un acto social tanto material como inmaterial. Por lo que, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que emana y rebasa la competencia rigurosamente médica, asociándose también de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono.²⁴

La salud es el estado del individuo que a manera de manifestación dinámica, biológica, psicosocial y ecológica, no se puede decir que solo es la carencia de alguna enfermedad sino que la salud también es bienestar. Como se sabe la salud es fundamental en el crecimiento como persona, en la familia, así como, en la sociedad y en general en el mundo. Por lo que, la salud es una ley y compromiso de todas las personas de una sociedad.²⁴

B. Definición

Actualmente la definición más significativa e impactante es la que planteo la Organización Mundial de la Salud en 1948, en la cual expresa en el preámbulo de su Constitución y que manifiesta lo siguiente: la salud es un

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Este concepto es importante debido a su institucionalidad, pues desempeña la base para el acatamiento de las competencias de la Organización Mundial de la Salud. Esta organización es un ente gubernamental internacionalmente distinguido en temas de salud, el cual brinda que varios estados tomen disposiciones de políticas públicas sanitarias gubernamentales para optimizar las situaciones de vida de las personas. De ahí el requerimiento de un “estado social” que reglamente de forma organizada las políticas de salud pública para eludir padecimientos que los individuos sin un “estado” impulsor de mejoras sociales sería incompetente de alcanzar por sí mismo. Uno de los objetivos de esta organización es el de diseminar el concepto de salud para formar una demarcación estandarizada de alcance global; este concepto ha sido recibido por muchos países, adjuntándola en la legislación interna de cada uno de ellos.²⁴

C. Determinantes Sociales de la Salud

Estos hacen referencia a las situaciones en las que los individuos nacen, crecen, laboran, viven y se envejecen, y que producen mayormente carga de enfermedades. Los determinantes sociales son divididos en dos clases, los estructurales (son los que crean separaciones de clases en la sociedad y que conceptualizan posturas socioeconómicas individuales, situadas en las jerarquías de poder, accesibilidad a los recursos, este tipo de determinantes es contemplado el más significativo, debido a que causa la estratificación de la sociedad y en efecto, inequidad en salud) y los intermediarios (son las condiciones materiales y condiciones

psicosociales, como el estrés, las relaciones interpersonales y el apoyo social). A continuación, se ejemplificará determinantes de cada clase, en cuanto a los estructurales se puede hacer mención a la repartición de la renta y la exclusión por motivo de raza, género u orientación sexual; en cuanto a los intermedios, la nutrición, la labor física, el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y circunstancias genéticas.²⁵

D. Conceptuación del Derecho a la Salud

El derecho a la salud es subordinado y necesario para el ejercicio de otros derechos humanos; por ello, toda persona es titular del derecho de gozar el mayor nivel factible de salud, que conlleva a vivir una vida merecedora. La salud es un derecho incluyente, esto significa que, no solo comprende el derecho a la asistencia sanitaria acertada y adecuada, sino que incorpora el derecho a los determinantes sociales de la salud; pudiéndose hacer mención a la accesibilidad al agua limpia y potable, condiciones sanitarias aptas, abastecimiento de nutrición adecuada, gratas condiciones de vivienda, condiciones sanas de empleo y asequibilidad a educación e informaciones referentes a la salud. En este contexto, el derecho a la salud radica en el derecho a los establecimientos, recursos (bienes), condiciones y servicios indispensables para lograr el mayor nivel factible de salud. Por lo que, la comprensión de este derecho no se restringe a las atenciones en salud, sino que implica el derecho a los determinantes sociales que influyen en el proceso salud enfermedad.²⁵

E. Elementos del Derecho a la Salud

Este derecho comprende "elementos relacionados y fundamentales, que se dan en todas sus maneras y niveles". Dichos elementos han sido expuestos con el objetivo de brindar una mayor exactitud al contenido de este derecho, y que a continuidad serán explicados. La disponibilidad es comprendida como la cifra idónea de bienes, establecimientos, servicios de salud y de expertos de salud.²⁵

La accesibilidad comprende en que los establecimientos, recursos y servicios de salud sean asequibles a toda la población sin exclusión alguna. Este elemento debe ser alcanzado en las siguientes dimensiones: no exclusión (discriminación), esto indica que individuos desamparados deben tener garantizado el acceso; el acceso físico, comprende la edificación de establecimientos de salud que favorezcan el desplazamiento de individuos con incapacidad física; el acceso económico, que abarca la factibilidad de las atenciones en salud y de sus determinantes sociales yacentes, y finalmente el acceso a las informaciones, que comprende el derecho de indagar, acoger y difundir informaciones asociadas a salud. La aceptabilidad es un elemento interrelacionado claramente con la ética como es constituido en su concepto, los servicios de salud deben acatar la ética médica, ser culturalmente adecuados y considerar las especificidades culturales.²⁵

Además de considerar los establecimientos, recursos (bienes) y servicios, debe tomar en cuenta el aspecto de género, las necesidades de cada etapa de la vida, asimismo mantener el acatamiento por el principio de

confiabilidad. La calidad reside en la adecuación de los establecimientos, recursos (bienes) y servicios desde la perspectiva científica y médica; para lo anteriormente mencionado es necesario la instrucción del profesional, abastecimiento de fármacos científicamente autorizado, equipos hospitalarios idóneos y condiciones sanitarias adecuadas y seguras. ²⁵

F. Determinantes de la Salud

Al referirse a los factores determinantes de la salud que van a tener influencia sobre nuestro estado de salud, se pueden clasificar en:

- **Determinantes Biológicos**

Viene a ser la propia constitución o biología de la persona que va a provocar daño a su salud, como por ejemplo la edad, su genética, etc.²⁶

- **Determinantes Ambientales**

Son aquellos que se encuentran o son parte del ambiente y que son perjudiciales para la salud, como por ejemplo los microorganismos, la contaminación ambiental, el clima, el entorno que rodea a las personas.

26

- **Determinante Estilo de Vida**

Estos determinantes son rutinas de vida que tienen las personas, como por ejemplo tipo de alimentación, su forma de actividad física, el consumo de bebidas alcohólicas y narcóticos, la actividad de riesgo en que se puedan encontrar, etc., y que van a actuar en la salud de las personas. ²⁶

- **Determinante Salud Pública**

Son aquellos procedimientos de salud y los medios sanitarios que se van organizar en un lugar para mantener la salud de la sociedad, como por ejemplo postas, hospitales, personal de salud, insumos, medicamentos, inclusive investigaciones de salud, etc., que son necesarias para mantener la salud de las personas.²⁶

G. Salud Bucal

- **Generalidades;** Al referirse a salud bucal vendría a ser la comodidad arquitectónica (estructura) y funcional de todos los elementos que integran la cavidad oral y el sistema estomatognático.²⁷

La atención de salud bucal debe ser un derecho que tienen todas las personas de ambos sexos desde el momento de su nacimiento hasta que llegan a la tercera edad.²⁷

Todos sabemos que la cavidad bucal es importante para la alimentación, desde el momento del nacimiento con la lactancia materna hasta la adultez mayor; igual en la comunicación, que permite relacionarse mediante la voz y los gestos que se pudieran hacer; así como la estética, que se puede apreciar en el rostro de una persona.²⁷

La odontología en los programas de salud que se hicieron tiene como finalidad, tratar de mantener con buena salud a los pobladores de una sociedad, mas no tratar enfermos en las postas, hospitales, clínicas y todos los servicios de salud, mediante disposiciones preventivas y

vigilancia de los problemas que se pudieran presentar en la cavidad bucal. ²⁷

Por lo manifestado, es que los odontólogos como profesionales expertos en salud bucal, tienen la gran responsabilidad de disminuir las enfermedades estomatológicas, realizando en primer lugar medidas de prevención; como por ejemplo, charlas, programas, capacitaciones. Por ende, es imprescindible que el experto de la salud, incluido los odontólogos participen en fomentar y prevenir la salud bucal y no solo hacer tratamiento a los pacientes. ²⁷

- **Conceptualización de la Salud Bucal**

La salud oral se asocia rigurosamente con la salud general del individuo, así también con la calidad de vida apreciada. Esta asociación está configurada con elementos funcionales, sociales y psicológicos, que son esenciales para el crecimiento total del individuo a lo largo de su vida y para una perspectiva personal de su boca, que le brinde tener vínculos interpersonales ideales.²⁸

De esta forma, se comprende por salud oral como no solo lo que suceda en la cavidad oral, sino que trasciende hasta afectar aspectos en la salud general de las personas. No obstante, debe entenderse la correlación de determinantes (sociales, políticos y económicos) entre la asociación de la salud oral y la calidad de vida, ya que coadyuvan a producir bienestar en términos de igualdad en salud.²⁹

La salud bucal es un constituyente elemental de la salud general, conceptualizada como el bienestar físico, psicológico y social en correlación con el estado dental, así como su asociación con tejidos duros y blandos de la cavidad oral.³⁰ La sanidad de esta cavidad es primordial debido a que cumple responsabilidades como la alimentación, la interlocución, el afecto y la sexualidad, también de la interrelación con aspectos de índole fisiológico, psicológico y social.³¹

La Organización Mundial de la Salud contempla entre las fundamentales patologías de la boca a las lesiones de caries y las afecciones periodontales como las de mayor frecuencia; también se pueden hacer mención a las afectaciones craneofaciales, maloclusiones, cáncer bucal, los trastornos de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental. Además, esta organización reportó que las lesiones de caries representan la tercera afección mundial, teniendo un valor de 95% en estados desarrollados.^{31,32}

- **Políticas de Salud Bucal**

Con respecto a las políticas de Salud Bucal en nuestro país, el Ministerio de Salud peruano (agosto; 2007) plantea la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, como indica la Bachiller Ana Claudia Zalón Villacres, año 2018, el cual consta de políticas, como son: ³³

- Primar y fortalecer las intervenciones de fomento (difusión) y prevención en salud oral. ³³

- Desarrollo de la asistencia odontológica según el patrón de asistencia integral de salud respecto al aseguramiento. ³³
- Fortalecimiento del esquema único de información en salud oral a nivel regional. ³³
- Obtención y distribución de insumos y medicinas odontológicas normalizadas a nivel región. ³³
- Fortalecimiento de la rectoría en la salud oral dentro del proceso de reestructuración (reforma) y la descentralización de la salud. ³³

- **Derecho a la Salud Bucal**

Investigaciones avalan la interrelación entre la salud oral y la salud general, argumentadas en los elementos de riesgo compartidos entre las enfermedades como la enfermedad periodontal “periodontitis” con la diabetes, condiciones cardíacas y patologías pulmonares obstructivas. Un elemento de riesgo es la malnutrición que intervienen, en la aparición de la periodontitis, anomalías del esmalte y en el progreso de las lesiones cariosas. Otro elemento de riesgo es el consumo de tabaco, ya que estimula el desarrollo de neoplasias orales (cáncer), periodontitis y desperfectos faciales congénitos. Por ende, las patologías orales han sido asociadas con el estilo de vida que producen las patologías crónicas y han sido consideradas como contratiempos de salud pública. Investigaciones reportan que la periodontitis no se restringe solo en el tejido gingival y óseo alveolar, sino que esta patología impulsa una contestación inflamatoria sistémica (evidenciándose en los niveles de proteína C reactiva y fibrinógeno, que

incrementan en el suero sanguíneo). Las sustancias anteriormente mencionadas son valoradas como elementos de riesgo para infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y patología vascular periférica. También, la periodontitis no tratada está asociada con el endeble registro de la glicemia, nefropatía diabética, incremento de la mortalidad de pacientes diabéticos y aparición de desórdenes de la gestación, como la preclamsia, el poco peso al nacer y el parto pretérmino.³⁴

1.3.5 Adulto Mayor

A. Generalidades

La senectud del individuo es un proceso conformado a sistemas multifactorial y multifuncional, es un proceso biológico, fisiológico y psicológico y un destino social. Es un proceso individual, producto de la carga energética y la manera de adaptación hacia la vida. Este proceso no debe ser considerado solo como un desarrollo biológico, debe ser examinado de forma integral en que se da: la naturaleza compleja del individuo que es un ser biológico, cultural, social, mental y espiritual y la naturaleza complicada de las comunidades humanas, ecológico, ambiental, social, económico y cultural. Este proceso ha sido asignado por distintos términos como envejecimiento, anciano, vejez, tercera edad, adulto mayor y ancianidad, lo cual es considerado a partir de los sesenta años, este proceso es progresivo, por lo que se ha planteado describir a una “cuarta edad” que comprendería a partir de los ochenta años hasta los cien años o más.³⁴

B. Salud bucal en el Adulto Mayor

La salud oral comprende una parte de la salud general, en el caso de pacientes adultos mayores debe mantener una homeostasis bucodental con el sustento de las piezas dentarias, ya sea los dientes naturales o prótesis dentarias, que brinden el consumo de comidas y estética facial que benefician a la incorporación social. Se comprende que salud oral, no solo será la existencia o no de enfermedades oral, sino que también se toma en cuenta la apreciación de individuos adultos mayores en relación a su cavidad oral y el impacto que tiene esta percepción sobre su vida. ³⁴

El patrón usual en individuos adultos mayores es indeterminado, pues hay menoscabo de las estructuras, así como de distintos factores intervinientes, como la condición de orientación y discernimiento mental, el grado de entendimiento sobre su salud oral, así también el nivel de higiene que sostenga. Por ello, el planificar y distribuir los servicios para individuos longevos deben de dar solución a los requerimientos específicos.³⁵

Las facies características de distintos individuos longevos (rostros arrugados y flácidos, tejido labial invaginados), debido a la pérdida de las piezas dentarias, estos tipos de facies intervienen en la apreciación estética del paciente y en el estado de su salud oral; la disposición del paciente ante una situación específica y su pretensión de practicar esa acción estará influenciada por su creencia. ³⁶

La esperanza de vida del individuo ha incrementado, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú corresponde a 73.5 años,

incrementándose en áreas urbanas a 77.05 años.³⁷ Estos rangos de aumento de esperanza de vida en los individuos, enfatizarán a los conceptos de “calidad de vida” y la salud oral. ³⁸

C. Percepción de la Salud Bucal en el Adulto Mayor

Se conceptualiza como el bienestar oral que percibe la persona en relación a la funcionabilidad dental, dentaria, así como del tejido gingival; entre los orígenes de pérdida de salud oral de los individuos adultos mayores, se puede hacer mención a: ³⁴

- La terapia odontológica será considerada en un segundo plano de interés debido a que se prioriza la asistencia de las patologías no transmisibles, lo que produce que pocos individuos mantengan sus piezas dentarias hasta la edad avanzada. ³⁴
- El cuidado oral impropio, esto es, que no se efectúa la higiene oral adecuadamente. ³⁴
- Ausencia de controles odontológicos periódicos, su ejecución de estos controles tiene como finalidad prevenir patologías orales eludiendo terapias de mayor complejidad y de mayor costo. ³⁴
- Rehusar la asistencia odontológica, debido al miedo a las manipulaciones de la terapia en el procedimiento adaptativo de las prótesis, cuando son requeridas, o el rehusar cambiar la prótesis por una nueva. ³⁴

- Patologías particulares de la cavidad bucal, lesiones cariosas y lesiones periodontales, que ocupan actualmente el 90% y el 80% respectivamente del deterioro a la salud oral en la población adulta, con la subsiguiente pérdida de dientes, comúnmente en los individuos adultos mayores. Entre las patologías orales prevalentes de los individuos adultos mayores son la xerostomía, recesión gingival, candidiasis, queilitis angular.³⁴

1.4 Investigaciones

Jiménez J. y Cols. (2006) México; realizaron un estudio transversal y descriptivo cuyo propósito fue establecer la percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en 115 individuos adultos mayores y determinar la probable interrelación entre ellos, se incluyeron pacientes institucionalizados y no institucionalizados. Se utilizaron 3 instrumentos para la medición de la percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar. En gran proporción de los individuos percibió su estado de salud bucal como malo. La apreciación de la salud bucal se relacionó relevantemente con la calidad de vida y el bienestar en ambos grupos. Se puede concluir que la percepción del estado de salud bucal de los individuos adultos mayores aqueja la calidad de vida y además el bienestar.³⁹

Meller C. (2008) Alemania; desarrolló un estudio cuyo objetivo fue destacar los requerimientos primarios más relevantes que tienen los individuos de la tercera edad. El estudio reafirma que la manera en que se relacionan la atención odontológica y las dimensiones demográficas, epidemiológicas,

económicas y éticas de los obstáculos de salud en pacientes adultos mayores, hacen indispensable e ineludible el requerimiento de un estudio colectivo, para juntar los ánimos en búsqueda de direcciones políticas acoplables de previsión y fomento de la salud para este grupo etario que se acrecentará de manera inexcusable en los siguientes años.⁴⁰

De la Fuente J. y Cols. (2010) México; desarrollaron un estudio transversal, cuya finalidad fue determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida en 150 individuos adultos mayores, de 60 – 85 años, pacientes de la atención odontológica en una Delegación Política de la Ciudad de México. Para la medición del impacto se aplicó el instrumento “Perfil de Impacto de Salud Oral” (OHIP-14), y para la salud bucodental se utilizó el índice CPO-D. Se registró un impacto positivo en las interrogantes asociadas con la preocupación por problemas con las piezas dentarias y la boca (87.3%), fastidio al masticar (64%), dolencias bucales (60.7%) e interrupción en la ingestión (56%). Las interrogantes sobre incapacidad general para efectuar trabajos diarios (14.7%) y dificultad para ejecutar trabajos diarios (13.3%), tuvieron un menor impacto. El valor CPO-D fue de 14.1; siendo el valor cariado de 3.96; piezas dentarias perdidos de 5.95; y piezas dentarias obturadas de 4.19. La correlación entre el índice de impacto (OHIP-14) y el CPO-D fue positiva sin embargo es débil ($r=0.26$; $p=0,001$). Se concluye que el estado bucodental influencia en la calidad de vida de los individuos adultos mayores y aqueja peculiarmente la ejecución de las labores cotidianas.⁴¹

Meneses E. (2010) España; realizó un estudio cuyo propósito fue investigar la interrelación entre salud, patología y calidad de vida bucodental, de pacientes adultos mayores que asisten a la clínica de adultos de la Universidad Complutense de Madrid. Participaron 209 pacientes diagnosticados en clínica anteriormente mencionada, cuyas edades comprendían igual o superior a 55 años. Se analizó los criterios del estado de salud general y bucodental (estuvo conformado por la determinación del índice CAOD, ICR de dientes permanentes, examen de mucosa bucal, índice periodontal comunitario, condición protésica, necesidad protésica, necesidad de tratamiento inmediato); así también se aplicó la autoevaluación de condición bucal y el índice de evaluación de calidad de vida oral en geriatría (GOHAI). Se concluye que la calidad de vida oral percibida por el adulto mayor, obtenida mediante el uso del índice GOHAI indica un grado de calidad de vida oral bajo, en cuanto al índice CAOD el mayor valor fue el elemento ausente, el índice de caries radicular fue alto, en cuanto al índice periodontal fue moderado, pequeño valor de lesiones en mucosa bucal, gran parte de la muestra emplea cualquier tipo de prótesis dental, en cuanto a la autoevaluación de su condición oral fue en mayor parte regular, luego mala y finalmente buena; la información clínica de la condición bucodental, siendo negativo, son un espejo de un índice de calidad de vida oral baja y confrontan supuestamente con los individuos que poseen una visión afirmativa en la autoevaluación.⁴²

Díaz S. y Cols. (2012) Colombia; ejecutaron un estudio cuyo propósito fue establecer la asociación la salud bucal y calidad de vida en individuos adultos

mayores (120 participantes) que asistieron en el área odontológica de la Universidad de Cartagena (Colombia) del periodo 2011. Se utilizó el instrumento GOHAI y se efectuó el diagnóstico de salud oral. El estudio reveló diferencia significativa entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida ($P=0.01$) y al relacionar a la variable “calidad de vida” y los problemas de procedencia endodóntico, hipertensión y la vivencia con más de cinco integrantes en la familia. Se concluye que los problemas endodónticos involucran la calidad de vida en la muestra estudiada.⁴³

Moya P y Cols. (2012) Chile; ejecutaron una investigación cuya finalidad fue comprender la realidad de salud bucal y calidad de vida de individuos longevos que acudieron a instituciones de salud pública de zona oriente de Santiago de Chile en periodos del año 2011-2012. Participaron 380 individuos longevos, se analizó historia de lesiones cariosas, estado de salud periodontal y condición protésica. La percepción de calidad de vida se estimó el instrumento Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). La edad promedio fue de 71.3 años, siendo 66.1% mujeres, 51.6% estuvieron casados, el 78.9% recibían una pensión, el 32.4% tuvieron educación promedio completo. El valor del índice COP-D fue de 22.16, mayor en féminas ($p>0.05$) e incrementa con la edad ($p<0.05$). El edentulismo fue de 7.1%, el 20% de la muestra tuvieron sacos periodontales mayores a 5.5mm, el 43% presentó higiene bucal regular, el 59.5% utiliza prótesis removible en el maxilar y en la mandíbula lo utilizó un 40.3%. El 76.6% de la muestra percibe como mala su calidad de vida. Por lo que el estudio concluye que los

individuos longevos son un grupo etario de singular interés para la salud pública debido a la nefasta (mala) percepción de su calidad de vida y vulnerable de su salud bucal.⁴⁴

Gallardo A. y Cols. (2013) Perú; realizaron un estudio cuyo propósito fue establecer la autopercepción de la calidad de vida en relación a la salud bucal en individuos que asistieron a la Casa del Adulto Mayor del Municipio de Chorrillos (Lima). La muestra estuvo conformada por 164 de individuos longevos. Se procedió a recobrar la información mediante una entrevista organizada; el instrumento empleado para la obtención de datos comprendió la edad, el sexo, el nivel educativo, la presencia de enfermedades sistémicas y el Índice GOHAI. Se concluyó que en mayoría presentaron autopercepción “mala” (77.4%) con respecto a su salud oral y requiere de atención odontológica. No se halló interrelación entre la autopercepción de salud bucal y el sexo ($p=0.239$), con el nivel educativo ($p=0.085$), ni con la existencia de enfermedades sistémicas ($p=0.438$). También, el instrumento usado (GOHAI) comprendió una herramienta de sencillo uso, que admite valorar la autopercepción de salud oral y descubrir los requerimientos de atención del paciente longevo; no obstante, se necesita mayores investigaciones que estudios adicionales que aprueben la validación de esta herramienta y examinar la aplicabilidad en programas preventivos de salud.⁴⁵

Velázquez L. y Cols. (2014) México; realizaron una investigación cuyo propósito fue obtener y ofrecer a los investigadores como a clínicos una revisión de los instrumentos que han sido más empleados para el análisis de la calidad de vida asociada con la salud oral (utilizándose instrumentos como

el Oral Health Impact Profile [OHIP], el Oral Impacts on Daily Performances [OIDP] y el General Oral Health Assessment Index [GOHAI]), en individuos adultos mayores de nacionalidad mexicana. También, se investigó varios de los reportes en los que se realizó una comparación del uso de los instrumentos citados. Se concluye que la evaluación de la calidad de vida es relevante, ya que brinda examinar los efectos de una terapia o patología, en este caso en el estado de ánimo, las expectativas del usuario y su manera de discernir conforme al medio.⁴⁶

Robalino S. (2014) Ecuador; desarrolló una investigación cuyo objetivo fue examinar el impacto de salud oral, interrelacionado con la lesión cariosa en la calidad de vida en una muestra de 150 individuos adultos mayores que asistieron al Centro Gerontológico Dr. Arsenio de la Torre Marcillo. Se utilizó el índice de Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14) para examinar la salud oral en la calidad de vida; el índice CPO-D, además se tasó la situación protésica. Se reconoció que las cuestiones de mayor impacto pertenecen a la preocupación por inconvenientes de salud en piezas dentarias y boca (100%), problemas en la masticación. Menor impacto se dio en asuntos para acostarse correctamente (14%) e irritabilidad debido a dilemas con las piezas dentarias (18.64%). El valor CPO-D fue de 14.1; el valor “cariado” fue de 1.3; el valor de “piezas dentarias perdidas” fue de 16.4; y el valor de los “piezas dentarias obturadas” fue de 1.7. En cuanto a la situación protésica, las prótesis completas fueron la de mayor empleo, en el maxilar (52%) y para la mandíbula (25.33%), hipertensión (56%), diabetes (9%), artrosis (8%) y osteoporosis (6%) fueron las patologías crónicas más prevalentes. Se

concluyó que la condición de salud bucal afecta en la calidad de vida de los individuos adultos mayores dañando la ejecución de sus labores diarias. Es relevante fortalecer las decisiones de previsión en edades tempranas, para el cuidado de la salud bucal y la diagnosis precisa de las patologías amparadas por el profesional que asume la responsabilidad de salud, además infundir cultura social, orientada a comunicar e instruir.⁴⁷

López G. (2014) México; ejecutó un estudio cuyo propósito fue investigar la interrelación entre salud oral (real), la apreciación de salud oral y la calidad de vida en una muestra de 34 adulto mayores de dos instituciones distintas, a los que se les efectuó una exploración oral, también se realizó un cuestionamiento en relación a la apreciación de la salud bucal y percepción de calidad de vida relacionada con salud (PICAVIRES). Se obtuvo un $p > 0.05$ al asociar salud oral (real) con salud bucal apreciada, y un valor $p < 0.05$ al asociar la salud oral y la calidad de vida. Se concluye que la salud bucal en la muestra estudiada está en discrepancia a la apreciación que tienen sobre ella y a su calidad de vida.⁴⁸

Alzate S. y Cols. (2015) Colombia; desarrollaron un estudio cuya finalidad fue analizar la percepción de una muestra adulta mayor sobre su calidad de vida, asociándolo con el estado de salud general y bucal, desde un enfoque de sus principales actores. Se analizó 5 clases: el primero, la salud autopercebida y factores que afectan el estado de salud; el segundo, la calidad de vida, calidad de vida con la salud y calidad de vida asociada con la salud bucal; la tercera el apoyo familiar y social; el cuarto el envejecimiento

saludable; y el quinto el acceso a los servicios de salud. Se concluye que la autopercepción sobre la calidad de vida es una forma esencial para examinar los determinantes de la salud en esta muestra etaria.⁴⁹

Espinoza M. y Cols. (2017) Perú; realizaron un estudio cuya finalidad fue establecer la interrelación entre la salud bucal y la calidad de vida en individuos mayores en la ciudad de Trujillo. Participaron individuos mayores que asistieron al programa de adultos longevos de distintos centros de salud y que aceptaron el estudio. La salud bucal se examinó mediante el índice de CPO-D, índice de placa, enfermedad gingival, índice de edentulismo y presencia de injurias bucales. Para la estimación de la calidad de vida, se utilizó el instrumento GOHAI. Se encontró que no existe interrelación significativa entre el índice de placa y la enfermedad gingival con la calidad de vida en mujeres, pero si la enfermedad gingival con la calidad de vida en hombres. También hubo relación entre la calidad de vida y el índice CPO-D en mujeres. El grupo etario de 81 a 90 años mostraron una considerable pérdida de los dientes; en el grupo etario de 60 a 70 años prevaleció la mala calidad de vida. La salud bucal fue defectuosa y la calidad de vida mala, por ello se sugiere plantear actividades preventivas y de rehabilitación en salud bucal para envejecimiento activo, participativo y saludable.⁵⁰

1.5 Marco conceptual

- **Calidad**

Indicada como la “totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se mantiene en su habilidad para complacer (satisfacción) los requerimientos establecidos o implícitos”. La Norma Internacional 1809000 lo conceptualiza como “la totalidad de las características de una entidad (proceso, producto, organismo, sistema o persona) que le asignan aptitud para satisfacer los requerimientos establecidos e implícitos”.¹⁹

- **Calidad de Vida**

El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la salud proyectó el concepto del término, destacando su carácter subjetivo de la valoración, percepciones de las personas de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en interrelación a sus objetivos, aspiraciones, estándares y preocupaciones.²²

- **Impacto**

El Diccionario de la Lengua Española lo define como: resultado (efecto) de una fuerza aplicada bruscamente; golpe emocional dado por un acontecimiento o una noticia desconcertante; efecto dado en la opinión pública por un acontecimiento, un decreto de la autoridad, una noticia, una catástrofe.¹⁶

- **Salud**

Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ²⁴

- **Salud Bucal**

La salud oral se asocia rigurosamente con la salud general del individuo, así también con la calidad de vida apreciada. Esta asociación está configurada con elementos funcionales, sociales y psicológicos, que son esenciales para el crecimiento total del individuo a lo largo de su vida y para una perspectiva personal de su boca, que le brinde tener vínculos interpersonales ideales.²⁸

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

En los últimos años la expectativa de vida ha aumentado significativamente, lo que ha traído por consecuencia que se tenga más problemas de salud debido a que los adultos mayores son cada vez más numerosos, además de los efectos del envejecimiento, que en algunos casos llevan a la pérdida de funcionalidad. Esto conlleva una mayor vulnerabilidad, dependencia e incapacidad.

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de cualquier población, lo que contribuye de manera significativa en la cantidad y distribución de las enfermedades propias de esta etapa de la vida; de ellas, las que son más predominantes en la vejez son los padecimientos crónicos degenerativos, los cuales van a repercutir en la calidad de vida.

El ideal es que el envejecimiento sea una experiencia positiva, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término de envejecimiento activo, que tiene por objetivo aumentar la esperanza de vida saludable en la vejez, mantener la autonomía, y promover la salud con la finalidad que los adultos mayores sean productivos e independientes.

Refiriéndose a la calidad de vida relacionada con la salud bucal y considerando como un antecedente el concepto de salud que da la OMS,

Sánchez García sugiere que la salud bucal se debe definir como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.

Por esta razón por ser los adultos mayores la más desprotegida, por no contar en gran mayoría de casos con seguridad social, no es económicamente activa y, además, su condición de salud plantea un complicado esquema, el cual engloba enfermedades de tipo crónico degenerativas, además de limitaciones para la realización de actividades diarias, también discapacidad y muchas veces minusvalía.

Es de conocimiento que el adulto mayor debe conservar el equilibrio bucodental que es parte de su salud general, significa que deberá conservar el equilibrio bucodental, manteniendo la mayor cantidad de piezas dentarias, que pueden ser naturales o por medio de prótesis, para la mejor manera de consumir alimentos nutritivos y luego mantener o mejorar su estética facial para que puedan estar bien integrados con la sociedad.

Es de necesidad social que los adultos mayores se les tiene que desarrollar un trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud, médicos de práctica general, especialistas, geriatras, cirujanos dentistas, quienes tienen la responsabilidad de realizar exámenes generales y estomatológicos de rutina que deben estar dirigidos a detectar problemas de la cavidad bucal del adulto mayor. Por lo manifestado, es necesario hacer un diagnóstico del impacto que tiene el adulto mayor de su salud bucal con respecto a la calidad

de vida, que están influenciados por las características socioculturales de nuestra población.

En caso no se hiciera la investigación, no se tendría un estudio o un diagnóstico sobre que piensa el adulto mayor de sus condiciones de salud bucal y como esta repercute con su calidad de vida, a fin de brindar un mayor espacio dentro de los programas educativos del área odontológica del adulto mayor, al ser conscientes de su problemática y atención pertinente.

Los beneficios que se pudo rescatar al término de la investigación son tener información del adulto mayor, que se atiende en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, con respecto a su salud bucal que está relacionada con su calidad de vida, para que de acuerdo a los resultados, por el incremento actual y futuro de la población de adultos mayores obliga a reorientar las políticas de salud a favor de dicha población, que no solo permita aumentar años de vida sino que estos sean de calidad. Ahora sobre todo, que en nuestro país, que ya existe la especialidad de Odontogeriatría, mediante prácticas de prevención, intervención temprana y rehabilitaciones de las diversas condiciones físicas y subjetivas que se puedan ver afectadas con ello se lograría un envejecimiento digno y saludable de la gran masa que constituyen el adulto mayor.

2.1.2 Antecedentes Teóricos

La calidad de vida relacionada con la salud bucal, es un concepto que se desarrolló durante la segunda Guerra Mundial, pero últimamente han recobrado gran auge.

La organización mundial de la salud en el año 1991 definió la calidad de vida como “La percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de su contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, encontrándose estas relacionadas entre sí, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas.

Teniendo el adulto mayor problemas en la salud bucal, propias de su edad, como de tipo gingival, caries dental, ausencia de piezas dentarias, teniendo muchas dificultades con respecto a su calidad de vida, la solución a esta problemática del adulto mayor no solo está en crear más y mejores servicios de salud, sino que es importante el inculcar la cultura de la salud dirigida a conductas preventivas en el mantenimiento de la salud y diagnóstico oportuno de una enfermedad, que no solo permita aumentar años de vida, sino que estos sean de calidad.

Conociendo la importancia que tiene interesarse por el adulto mayor es que Gallardo A y Cols. en el año 2013 en nuestro país, realizó un estudio sobre la autopercepción de la calidad de vida relacionada en la salud oral en personas atendidas en la casa del adulto mayor de la Municipalidad de Chorrillos, teniendo como resultado que en mayoría presentaron una autopercepción “Mala” de su salud oral y sugiere atención odontológica. Asimismo Meneses E. en España en el año 2010 en un estudio realizado sobre la Calidad de Vida Oral percibida mediante el uso del Índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index); indica un nivel de calidad bajo.

Jiménez J y Cols, en el año 2006 en México, hicieron un estudio sobre la percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en un grupo de adultos mayores y encontrar la posible relación entre ellos, concluyendo que la percepción del estado de salud bucal de los adultos mayores, afecta la calidad de vida y también el bienestar.

Como se puede apreciar, por lo manifestado anteriormente, las enfermedades bucales en su mayoría son irreversibles y los daños que pueden producir son mayores en la tercera edad, por eso que ahora en un corto plazo los odontólogos tienen el reto de brindar atención de la cavidad bucal a numerosos adultos mayores, para que conserven su salud bucal de manera funcional, siendo estos problemas por diversos factores como el temor al odontólogo, presentar enfermedades no transmisibles, el costo de la atención odontológica, entre otras, que van a contribuir al deterioro evidente de la función masticatoria, la deglución, la formación y estética facial, aspectos que repercuten en la vida de los adultos mayores.

2.1.3 Definición del problema

2.1.3.1 Problema General

¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II?

2.1.3.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional?

2. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico?
3. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico?
4. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física?
5. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica?
6. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social?
7. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía?
8. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a lo físico?
9. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a lo psicosocial?

10. ¿Cuál es el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

El presente estudio tuvo como finalidad conocer el impacto de los adultos mayores referidos a la limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad social y minusvalía, con respecto a su salud bucal, de tal manera, que, de acuerdo a los resultados, implementar en los planes de estudio conocimientos sobre Odontogeriatría, así como, Diplomados, Cursos y Capacitaciones a odontólogos sobre este importante tema. Frente a la importancia de evaluar a los diferentes grupos humanos, específicamente a los adultos mayores, en cuanto a su percepción de la calidad de vida, y la necesidad de conceptualizar la relación entre calidad de vida y la salud bucal, por lo tanto, se consideró necesario hacer este estudio.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional.
2. Determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico.
3. Determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico.
4. Determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física.
5. Establecer el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica.
6. Establecer el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social.
7. Determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.
8. Establecer el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a lo físico.
9. Establecer el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a lo psicosocial.

10. Determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor.

2.2.3 Delimitación del Estudio

- Delimitación Espacial

El presente estudio se llevó a cabo en la Clínica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, situada en la Av. Bolívar N° 165, distrito de Pueblo Libre.

- Delimitación Temporal

La presente investigación se llevó a cabo la ejecución en el Ciclo Académico 2018-II, periodo comprendido entre los meses de agosto a noviembre.

- Delimitación Social

El estudio tuvo como aporte social tener un conocimiento, de cuál fue el impacto de la calidad de vida que tienen los adultos mayores en base a la salud de su cavidad bucal, para tomar en cuenta, e incentivar más a los odontólogos al tratar a este tipo de pacientes, que se tome todas las providencias por los problemas de salud bucal y general que tienen, que son muy propios de ellos, para hacerles el tratamiento adecuado, mejorando su salud y calidad de vida.

- Delimitación Conceptual

Las enfermedades de la cavidad bucal y su impacto en la salud y en la calidad de vida han evolucionado actualmente a un estado epidemiológico en el que su incidencia está afectando en especial a los más vulnerables de la población que son los adultos mayores, especialmente a los de bajos recursos económicos. Siendo necesario que los odontólogos deban conocer con precisión tanto los factores etiológicos, así como la patogenia y los que determinan la especialidad de las alteraciones bucales en esta etapa de la vida.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

La calidad de vida concepto elaborado por el grupo de Calidad de Vida de la OMS, son las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Además, la salud bucal se conceptualiza por el bienestar estructural y funcional de todos los órganos que conforman la cavidad bucal, y una parte del macizo cráneo facial que van a participar en la alimentación, la comunicación, el afecto.

Por todo lo dicho en los ítems precedentes se justifica la investigación, para conocer cómo consideran los adultos mayores el estado de su salud bucal en la calidad de vida y el impacto que pueda tener en el aspecto psicológico, dolores físicos y limitación funcional, lo cual pueden referir actividades cotidianas y puedan desenvolverse bien socialmente.

La importancia del estudio radica en que después y de acuerdo a los resultados, se tendría que hacer las recomendaciones del caso, para mejorar el estado de salud bucal de los adultos mayores en su calidad de vida, para que tengan una ancianidad lo mejor posible y su desenvolvimiento social sea lo óptimo, para lograr una convivencia feliz con la sociedad. También es importante la investigación porque es la primera que se hace, con respecto a la preocupación que se tiene por todas las personas que están pasando por esta etapa de vida en nuestro país y especialmente en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis

2.3.1.1 Hipótesis General

Existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II.

2.3.1.2 Hipótesis Específicas

1. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional.
2. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico.
3. Existe relación directa entre el Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico.

4. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física.
5. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica.
6. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social.
7. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.
8. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a lo físico.
9. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a lo psicosocial.
10. Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor.

2.3.2 Variables e Indicadores

– Variable independiente

Salud Bucal

• Definición Operacional

Para evaluar la salud bucal del adulto mayor, se utilizó un Cuestionario de salud bucal geriátrico, Geriatric Oral Health

Impact Profile (OHIP-14), que estuvo compuesto por 14 items, siendo las respuestas tipo Likert, con valores que son del 01 al 04.

- **Indicadores**

Con respecto a la Calidad de la vida de los adultos mayores se usaron los indicadores relacionados con las:

Dimensiones:

- | | |
|---------------------------|---------------|
| - Limitación Funcional | Item: 01 - 02 |
| - Dolor Físico | Item: 03 - 04 |
| - Malestar Psicológico | Item: 05 - 06 |
| - Incapacidad Física | Item: 07 - 08 |
| - Incapacidad Psicológica | Item: 09 - 10 |
| - Incapacidad Social | Item: 11 - 12 |
| - Minusvalía | Item: 13 - 14 |

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población para el desarrollo de la investigación estuvo conformada por pacientes adultos mayores que se atendieron en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el Ciclo Académico 2018-II, que fueron un número de 300.

3.1.2 Muestra

La muestra utilizada en la ejecución del estudio estuvo conformada en forma no aleatoria por conveniencia, por 80 pacientes adultos mayores de ambos sexos que se atendieron en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo Académico 2018-II que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos mayores de 60 años.
- Paciente de ambos sexos que se atendieron en la Clínica del Adulto.
- Pacientes de ambos sexos que desearon participar en el estudio.
- Pacientes de ambos sexos que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes de ambos sexos menores de 60 años.
- Paciente de ambos sexos que no se atendieron en la Clínica del Adulto.

- Pacientes de ambos sexos que no desearon participar en el estudio
- Pacientes de ambos sexos que no hayan firmado el consentimiento informado.

3.2 Diseño (s) a utilizar en el estudio

3.2.1 Diseño

Ex post facto

H1: O y (f) OX

3.2.2 El tipo de investigación

Explicativo, No experimental, Ex post facto, Nivel Aplicado.

3.2.3 Enfoque

Cualitativo

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Técnicas de Recolección de Datos

A continuación, a los pacientes que han autorizado participar en el estudio, se les hizo entrega de las encuestas respectivas con respecto a la salud bucal que tiene (Formato GOHAI) y para la calidad de vida (Formato OHIP-14), ambas encuestas validadas por la prueba estadística Alfa de Cronbrach que tuvo como resultado alta confiabilidad y utilizada en múltiples investigaciones a nivel nacional e internacional, sobre el tema; además, las referidas encuestas fueron de tipo anónimo, se tuvo cuidado de no tener ninguna información que identifique al encuestado, luego se entregó a cada paciente, que constituyó la muestra, para que dieran su respuesta, con

respecto a determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor, que fue atendido en la Clínica del Adulto de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Ciclo Académica, 2018-II.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento que fue utilizado en la ejecución del estudio para determinar la salud bucal del encuestado, fue el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) que se traduce como Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrico/ general que fue desarrollado por Atchison y Dolan en 1990, se basa en la revisión sobre el impacto de la salud en las enfermedades orales, mediante cuestionarios sobre la satisfacción del paciente, los síntomas orales y la autoestimas, así como la socialización. Se hizo una primera aplicación original con 36 ítems en adultos mayores y validado por Alfa de Cronbach, se construyó el instrumento final de 12 ítems, con respuestas tipo Likert en valores que van del 1 al 5.

En el instrumento se describen 3 partes:

1. Introducción

Donde se describió el propósito del estudio y las instrucciones de cómo se debió llenar el cuestionario.

2. Datos generales

Se hizo las anotaciones correspondientes para el: Género, Estado civil, Estrato socioeconómico, Nivel de educación, uso de Prótesis dental.

3. El cuestionario propiamente dicho

Estuvo de acuerdo a las preguntas respecto a la salud bucal, con respuestas de escala ordinal, que fueron en número de 12, tomando en cuenta las dimensiones que se propone en el estudio, como función física siendo el ítem que evalúa los N° 1-2-3-4; función psicosocial los N°6-7-9-10-11; dolor e incomodidad, incluido el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad bucal siendo los ítem que evalúa los N°5-8-12.

1. ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?
2. ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?
3. ¿Cuántas veces ha pasado usted bien la comida?
4. ¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?
5. ¿Cuántas veces no ha podido comer los alimentos que usted quería sin tener ninguna molestia?
6. ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?
7. ¿Cuándo usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?
8. ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?
9. ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?

10. ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o su dentadura?
11. ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?
12. ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o cosas dulces?

El otro instrumento que se utilizó en el estudio fue el Oral Health Impact Profile (OHIP-14) para determinar la calidad de vida del encuestado, traducido como perfil de impacto en la salud Oral que fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994, el OHIP evalúa la periodicidad con la que un individuo experimenta problemas para llevar a cabo determinadas acciones de la vida diaria debido a problemas de salud bucal, se hizo de inicio un instrumento de 49 ítems y luego se redujo a 14 ítems, para responder a la pregunta ¿Cuánto importan los dientes y la boca en la vida de las personas?. Dicho instrumento ha sido validado por Alfa de Cronbach con un resultado de alta confiabilidad. Las respuestas fueron de tipo Likert con valores que oscilaron del 0 al 4.

El cuestionario propiamente dicho

Respecto a las preguntas sobre calidad de vida del encuestado, con respuestas de escala ordinal, que fueron en número de 14, considerando las dimensiones que se plantearon en el estudio, como: Limitación funcional ítem del 1 al 2; Dolor físico ítem del 3 al 4; Malestar psicológico ítems del 5 al 6; Incapacidad física ítems del 7 al 8; Incapacidad

psicológica ítems del 9 al 10; Incapacidad social ítems del 11 al 12 y
Minusvalía ítems de 13 al 14.

Limitación Funcional

1. ¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
2. ¿Has notado peor el sabor o el gusto por las comidas debido a problemas con tu boca o con tus dientes?

Dolor Físico

3. ¿Te ha dolido tus dientes o boca en el último año?
4. ¿Has notado molestias para comer alguna comida por problemas con tus dientes?

Malestar Psicológico

5. ¿Has estado preocupado debido a problemas con tus dientes o boca?
6. ¿Te has sentido nervioso debido a problemas con tus dientes o boca?

Incapacidad Física

7. ¿Has tenido problemas para comer bien lo que querías por problemas con tus dientes o boca?
8. ¿Has tenido que parar de comer alguna vez por problemas con tus dientes o boca?

Incapacidad Psicológica

9. ¿Has tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con tus dientes o boca?
10. ¿Has sentido vergüenza de tus dientes en el último año?

Incapacidad Social

11. ¿Has estado un poco irritable y antipático con tus amigos y familia por problemas con tus dientes o boca?
12. ¿Has faltado a la universidad o al trabajo por problemas con tus dientes o boca?

Minusvalía

13. ¿Has sentido que tu vida es en general menos satisfactoria debido a problemas con tus dientes o boca?
14. ¿En este último año, las molestias o el dolor en tu boca te han impedido hacer tu vida normal?

Determinación de la Escala de Medición de las preguntas

En los cuestionarios que se entregó a los pacientes adultos mayores en la Clínica del Adulto de la Facultad de Estomatología, la escala de medición que se tomó en cuenta para su evaluación fue como se detalla a continuación. Con respecto al instrumento para determinar la salud oral del adulto mayor, se dividieron en:

S : Siempre
F : Frecuentemente
AV : Algunas Veces
RV : Rara Vez
N : Nunca

Siendo los ítems 3 y 7 con un valor inverso al resto de los ítems. Se hizo para la evaluación de manera global a partir de la suma de las respuestas que se observaron en la encuesta que están en un rango de 12 y 60 puntos al obtener el valor más alto indicó una mejor percepción que tiene el adulto mayor con respecto a la salud bucal.

Cuadro N° 01
Escala de medición para los ítems sobre salud bucal del paciente adulto mayor

Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N° 02
Escala de medición inversa para los ítems sobre salud bucal del paciente adulto mayor

Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
5	4	3	2	1

Fuente: Elaboración propia.

En relación al instrumento para determinar la Calidad de vida del Adulto Mayor, se dividieron en Nunca (0); Casi Nunca (1); A veces (2); Frecuentemente (3); y Siempre (4). Se hizo la evaluación de manera global a partir de las sumas de las respuestas que se observaron en la encuesta que están en el rango de 0 a 56, al obtener el mayor valor indicó

una mejor precepción de calidad de vida que tiene el paciente Adulto Mayor.

Cuadro N° 03
Escala de medición inversa para los ítems sobre Calidad de Vida del paciente adulto mayor

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
0	1	2	3	4

Fuente: Elaboración propia.

Determinación de la Escala de Medición de la Salud Bucal y Calidad de Vida

Para realizar la evaluación de la Salud bucal del paciente Adulto Mayor, se hizo de la siguiente manera, se evaluó de manera Global a partir de la sumatoria de las respuestas de cada ítem, lo cual da un rango entre 12 y 60 puntos. El valor más alto indicó la mejor autopercepción de la salud bucodental.

Cuadro N° 04
Escala de medición sobre la Salud bucal del paciente adulto mayor

Salud Bucal	Escala de Medición
Buena	41 – 60
Regular	21 – 40
Deficiente	12 – 20

Fuente: Elaboración propia.

Para realizar la evaluación de la Calidad de Vida del paciente Adulto Mayor, se hizo de la siguiente manera: se evaluó de manera global a partir de la sumatoria de las respuestas de cada ítem, lo cual da un margen de 0 a 8. El valor más alto indicó mejor calidad de vida.

Cuadro N° 05
Escala de medición sobre la calidad de vida del paciente adulto mayor

Calidad de Vida	Escala de Medición
Buena	25 –36
Regular	13 – 24
Deficiente	0 – 12

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Procesamiento de Datos

Para realizar el procesamiento de los datos después de la ejecución, primero se ordenó y numeró las encuestas tomadas a los Adultos Mayores en la Clínica del Adulto, para procesar una base de datos que se realizó en una Laptop Marca Lenovo, con procesador Intel Core i3-6006 2.00Ghz y Memoria RAM de 4Gb, Sistema Operativo Windows 10 Home.

Luego para procesar toda la información de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2010. Para hacer el tratamiento estadístico que se empleó para procesar la información obtenida fue una estadística descriptiva del objetivo general y específicos que se plantean en el estudio. Luego se

realizó una estadística inferencial de los resultados obtenidos que se mostraron en forma organizada mediante tablas y figuras que correspondió a cada uno de los indicadores que se elaboraron en correspondencia con los objetivos.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

En el estudio ejecutado que tuvo como objetivo determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II, la muestra estuvo conformada por 80 pacientes adultos mayores, que se atendieron en la citada Clínica, mediante una encuesta para medir el impacto de la salud bucal en su Calidad de vida. Los resultados obtenidos fueron procesados mediante estadística descriptiva e inferencial, que a continuación se mostraron mediante tablas y figuras, de manera clara y ordenada.

Tabla N° 01
Distribución de participantes según el sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	27	33.8%
Femenino	53	66.3%

En la tabla N° 01 se observó que los hombres representaron el 33.8% (N°=27) y las mujeres el 66.3% (N°=53).

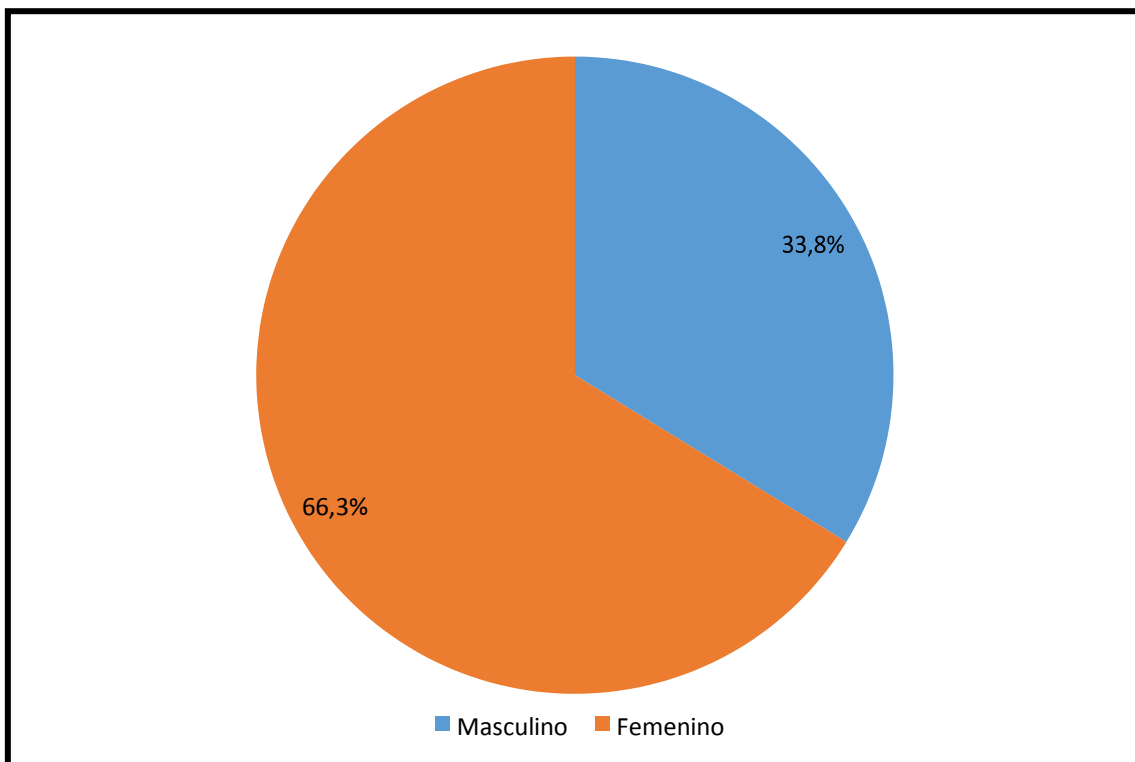


Figura N° 01
Distribución de participantes según el sexo

Tabla N° 02
Distribución de participantes según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	25	31.3%
Casado	34	42.5%
Divorciado	5	6.3%
Viudo	16	20%

En la tabla N° 02 se observó que los solteros representaron el 31.3% (N°=25), los casados el 42.5% (N°=34), mientras que los divorciados el 6.3% (N°=5) y finalmente los viudos el 20% (N°=16).

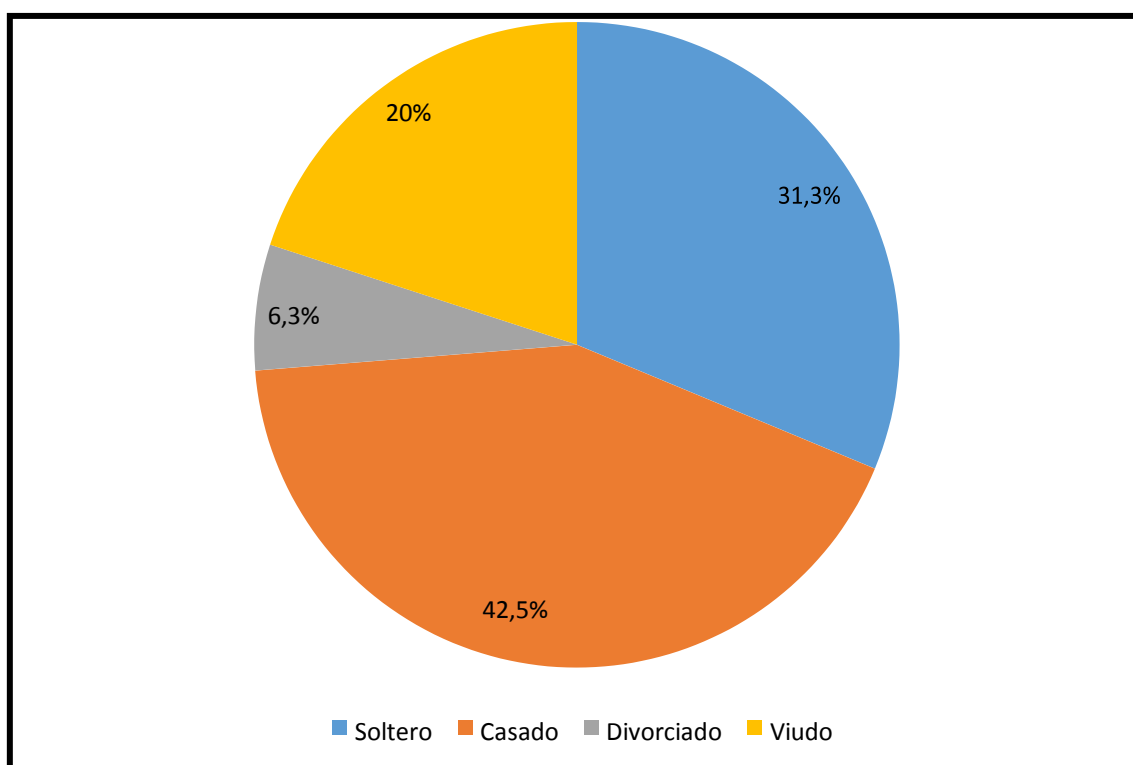


Figura N° 02
Distribución de participantes según estado civil

Tabla N° 03
Distribución de participantes según estado socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	18	22.5%
Media	60	75%
Alta	2	2.5%

En la tabla N° 03 se observó que las personas de nivel socioeconómico bajo representaron el 22.5% (N°=18), los de condición media el 75% (N°=60) y los de condición alta el 2.5% (N°=2).

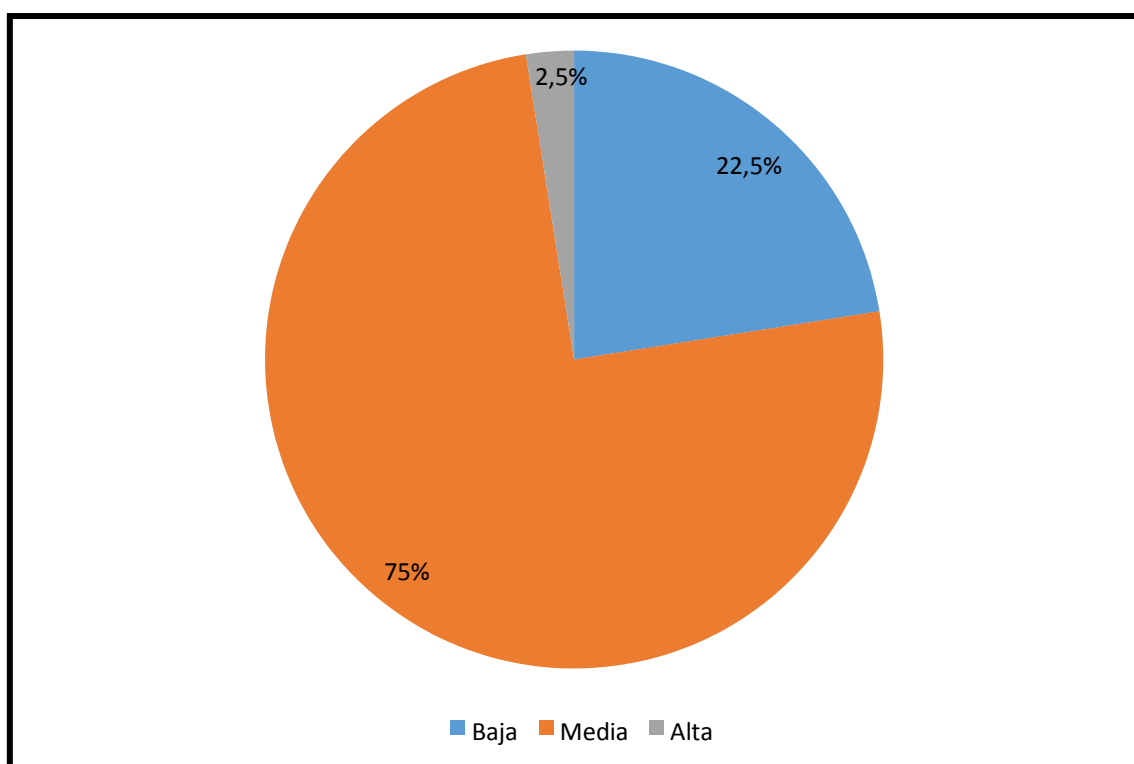


Figura N° 03
Distribución de participantes según estado socioeconómico

Tabla N° 04
Distribución de participantes según nivel de educación

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	2	2.5%
Primaria	21	26.3%
Secundaria	29	36.3%
Superior	28	35%

En la tabla N° 04 se observó que las personas sin ningún nivel de educación representaron el 2.5% (N°=2), con primaria el 26.3% (N°=21), con secundaria el 36.3% (N°=29) y con estudio superior el 35% (N°=28).

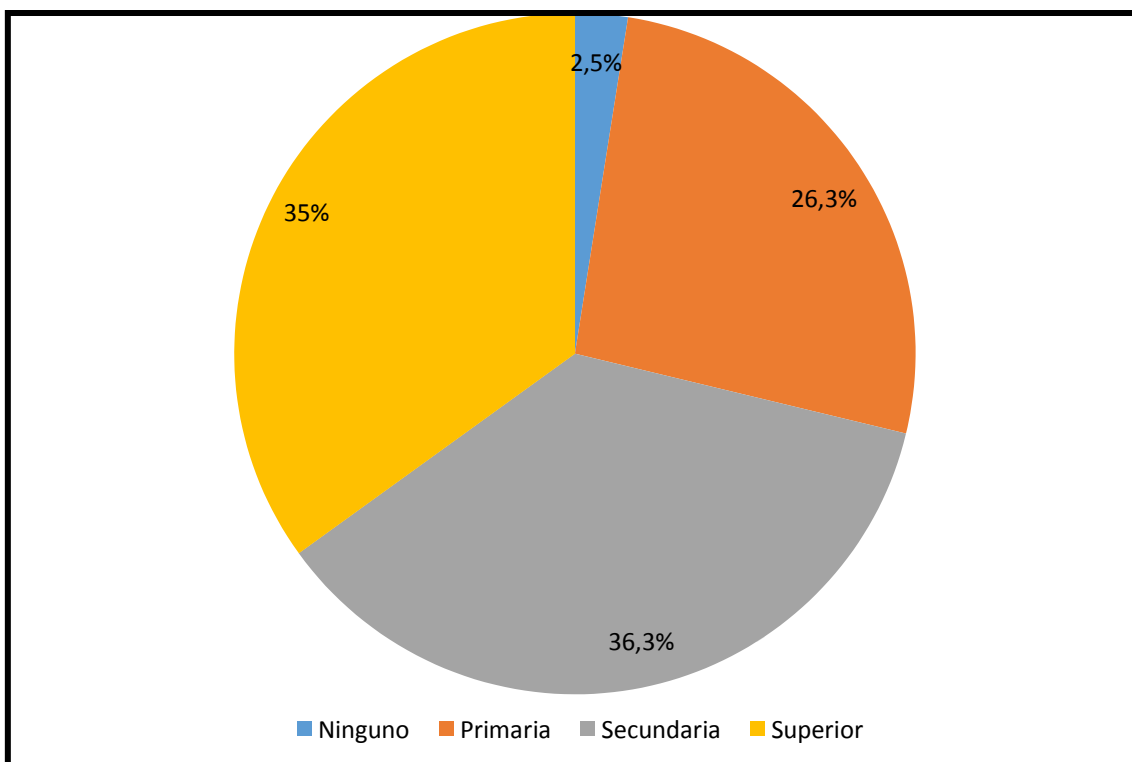


Figura N° 04
Distribución de participantes según nivel de educación

Tabla N° 05
Distribución de participantes que usan prótesis

	Frecuencia	Porcentaje
Si usa Prótesis	46	57.5%
No usa prótesis	34	42.5%

En la tabla N° 05 se observó que las personas que si utilizaron prótesis representaron el 57.5% (N°=46) y las personas que no utilizaron prótesis el 42.5% (N°=34).

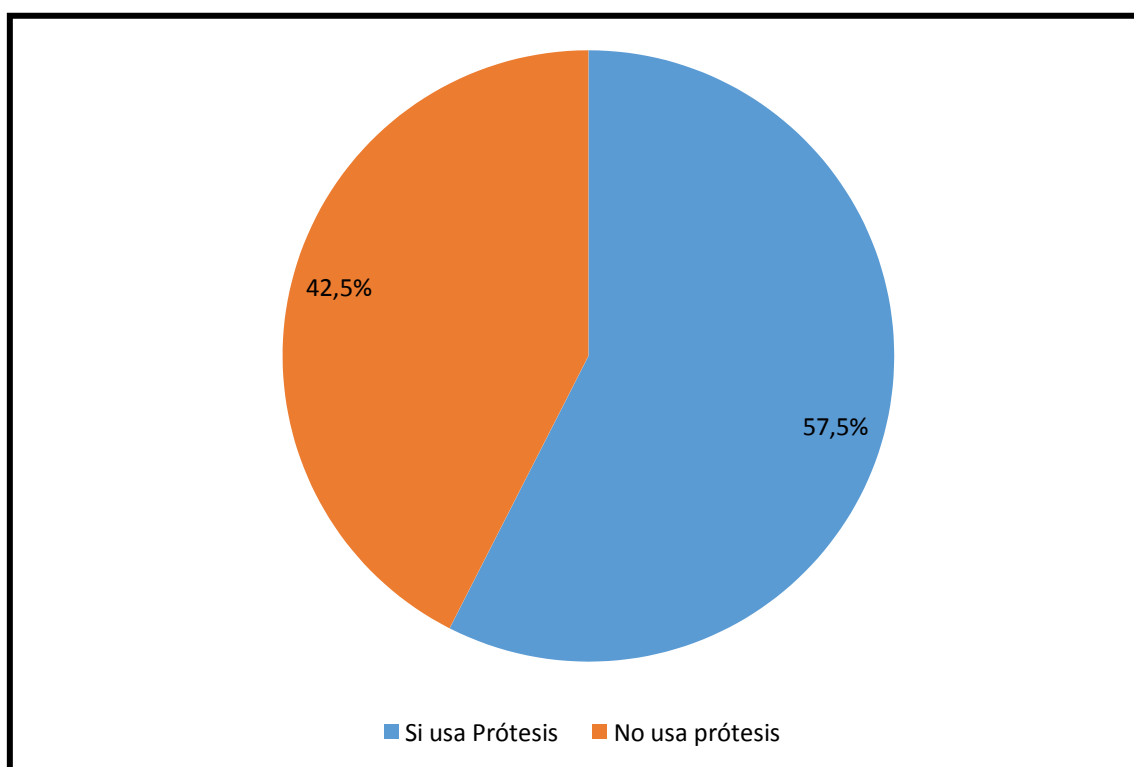


Figura N° 05
Distribución de participantes que usan prótesis

Tabla N° 06

Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II

Calidad de vida	Salud bucal	
	Regular	Buena
Regular	Recuento	9
	%	11.3%
Buena	Recuento	39
	%	48.8%

En la tabla N° 06 se observó que en mayoría presentaron calidad de vida buena y salud bucal regular en un 48.8% (N°=39), los que presentaron calidad de vida buena y salud bucal buena en un 40% (N°=32) y los que presentaron calidad de vida regular y salud bucal regular un 11.3% (N°=9).

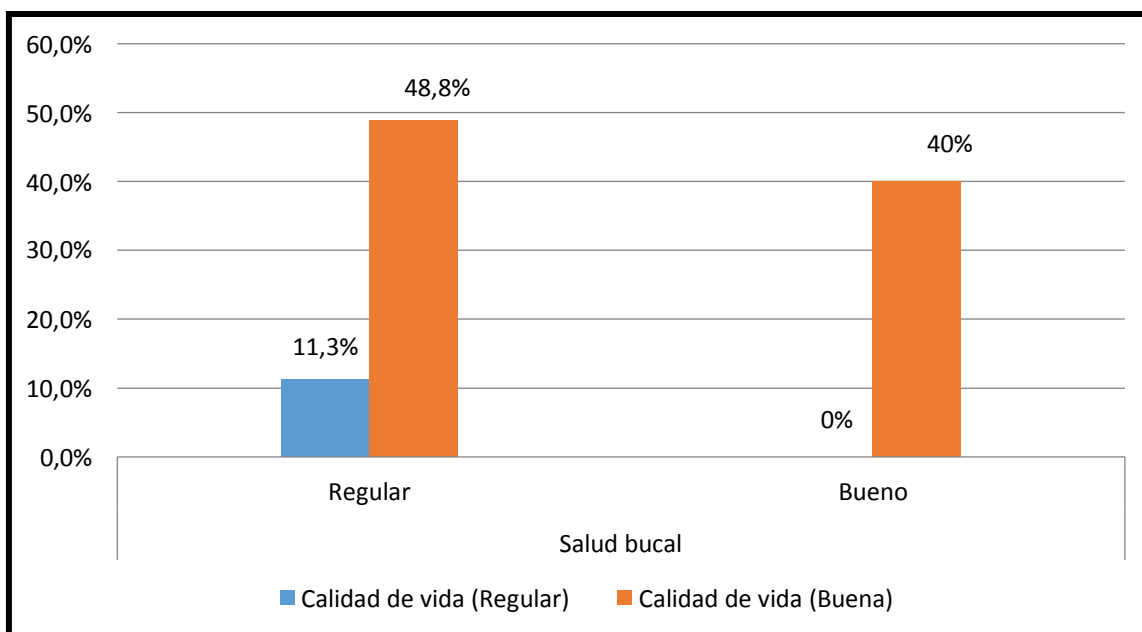


Figura N° 06

Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II

Tabla N° 07
Relación del Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	6.761	1	0.009

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la relación del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores, se observó que el valor de X^2 fue de 6.761 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Tabla N° 08
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la
Limitación Funcional

Salud Bucal	Limitación Funcional			
	Deficiente	Regular	Bueno	
Regular	Recuento	10	25	13
	%	12.5%	31.3%	16.3%
Buena	Recuento	0	9	23
	%	0%	11.3%	28.8%

En la tabla N° 08 se observó que en mayoría presentaron salud bucal regular y limitación funcional regular en un 31.3% (N°=25), salud bucal buena y limitación funcional buena en un 28.8% (N°=23), salud bucal regular y limitación funcional buena en un 16.3% (N°=13).

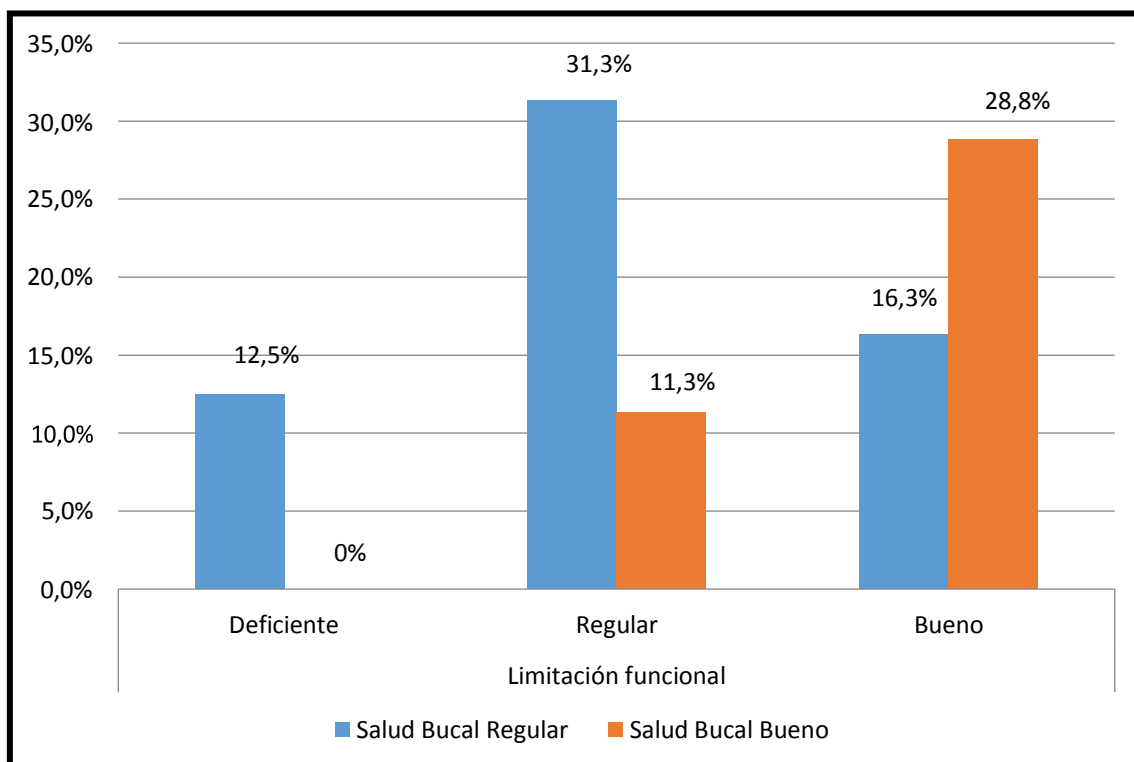


Figura N° 07
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la
Limitación Funcional

Tabla N° 09
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	17.820	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la limitación funcional, se observó que el valor de X^2 fue de 17.820 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Tabla N° 10
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el
Dolor Físico

Salud Bucal	Dolor físico	
	Deficiente	Deficiente
Regular	Recuento	42
	%	52.5%
Buena	Recuento	24
	%	30%

En la tabla N° 10 se observó que en mayoría presentaron salud bucal regular y dolor físico deficiente en un 52.5% (N°=42), salud bucal buena y dolor físico bueno en un 30% (N°=24), salud bucal buena y dolor físico regular en un 10% (N°=8).

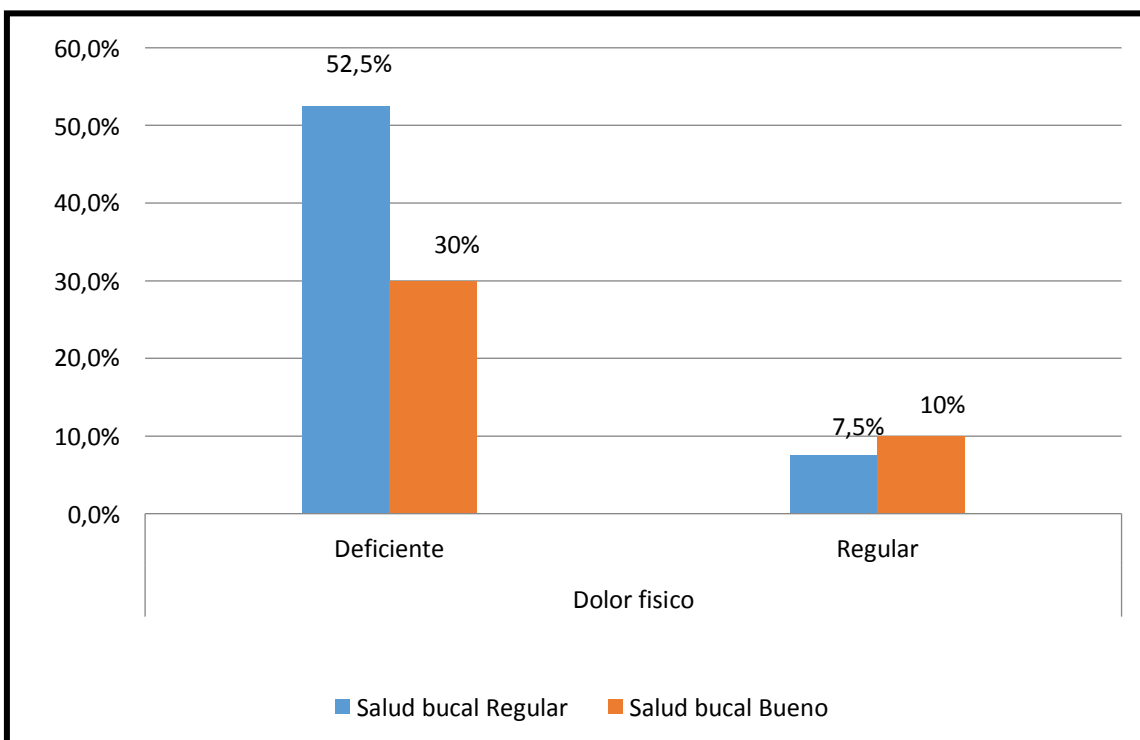


Figura N° 08
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el
Dolor Físico

Tabla N° 11
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	2.078	1	0.149

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente al impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el dolor físico, se observó que el valor de X^2 fue de 2.078 y el nivel de significancia fue $p > 0.05$.

Tabla N° 12
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en
Malestar Psicológico

Salud Bucal		Malestar psicológico		
		Deficiente	Deficiente	Deficiente
Regular	Recuento	23	19	6
	%	28.8%	23.8%	7.5%
Buena	Recuento	4	19	9
	%	5%	23.8%	11.3%

En la tabla N° 12 se observó que en mayoría presentaron salud bucal regular y malestar psicológico deficiente en un 28.8% (N°=23), salud bucal buena y malestar psicológico deficiente en un 23.8% (N°=19), salud bucal buena y malestar psicológico regular en un 23.8% (N°=19), salud bucal regular y malestar psicológico regular en un 23.8% (N°=19).

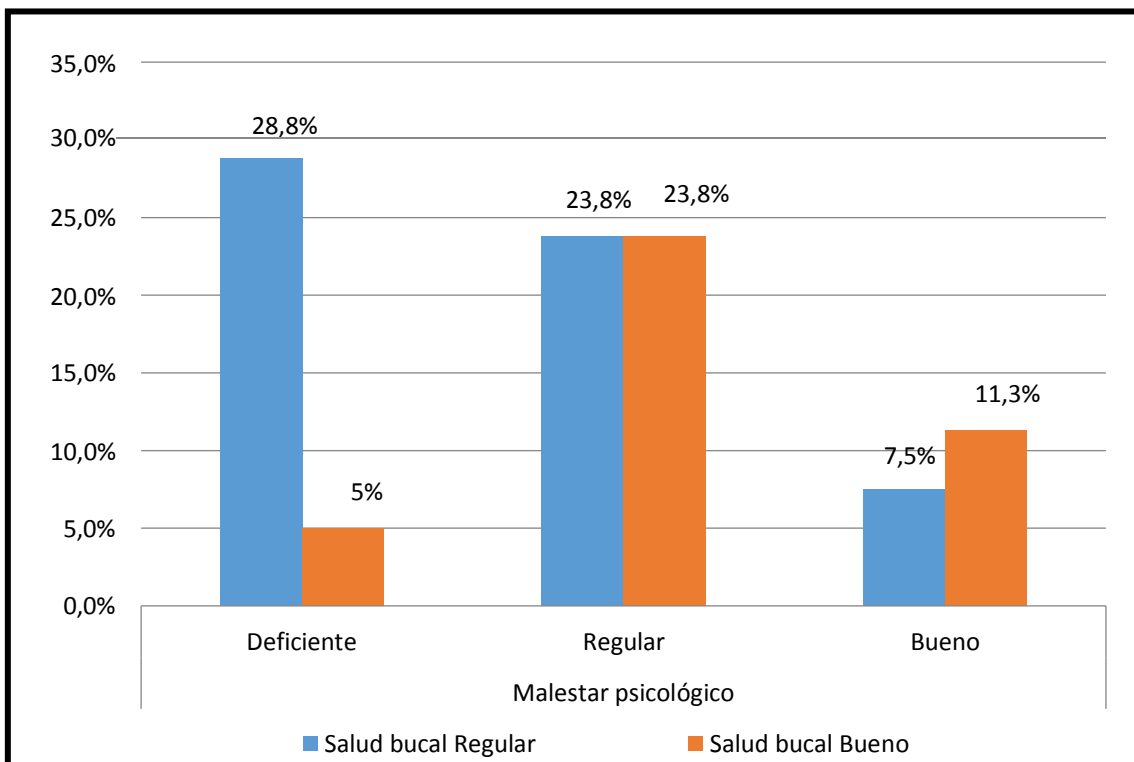


Figura N° 09
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en
Malestar Psicológico

Tabla N° 13
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	11.219	2	0.004

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente al impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en malestar psicológico, se observó que el valor de X^2 fue de 11.219 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Tabla N° 14
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la
Incapacidad Física

Salud Bucal	Incapacidad física			
	Deficiente	Regular	Buena	
Regular	Recuento	17	30	1
	%	21.3%	37.5%	1.3%
Buena	Recuento	4	16	12
	%	5%	20%	15%

En la tabla N° 14 se observó que en mayoría presentaron salud bucal regular e incapacidad física regular en un 37.5% (N°=30), salud bucal regular e incapacidad física deficiente en un 21.3% (N°=17), salud bucal buena e incapacidad física regular en un 20% (N°=16).

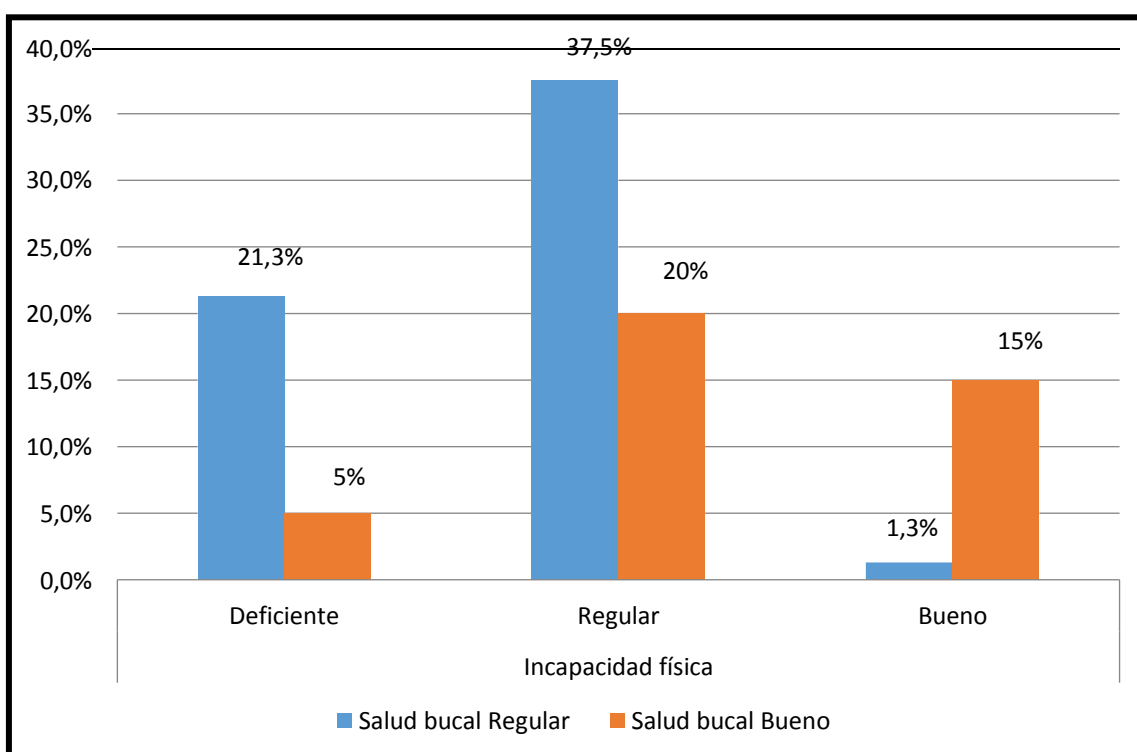


Figura N° 10
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la
Incapacidad Física

Tabla N° 15
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	19.184	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente al impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la incapacidad física, se observó que el valor de X^2 fue de 19.184 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Tabla N° 16
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la
Incapacidad Psicológica

Salud Bucal	Incapacidad psicológica			
	Deficiente	Deficiente	Deficiente	
Regular	Recuento	14	26	8
	%	17.5%	32.5%	10%
Buena	Recuento	0	13	19
	%	0%	16.3%	23.8%

En la tabla N° 16 se observó que en mayoría presentaron salud bucal regular e incapacidad psicológica regular en un 32.5% (N°=26), salud bucal buena e incapacidad psicológica buena en un 23.8% (N°=19), salud bucal regular e incapacidad psicológica deficiente en un 17.5% (N°=14).

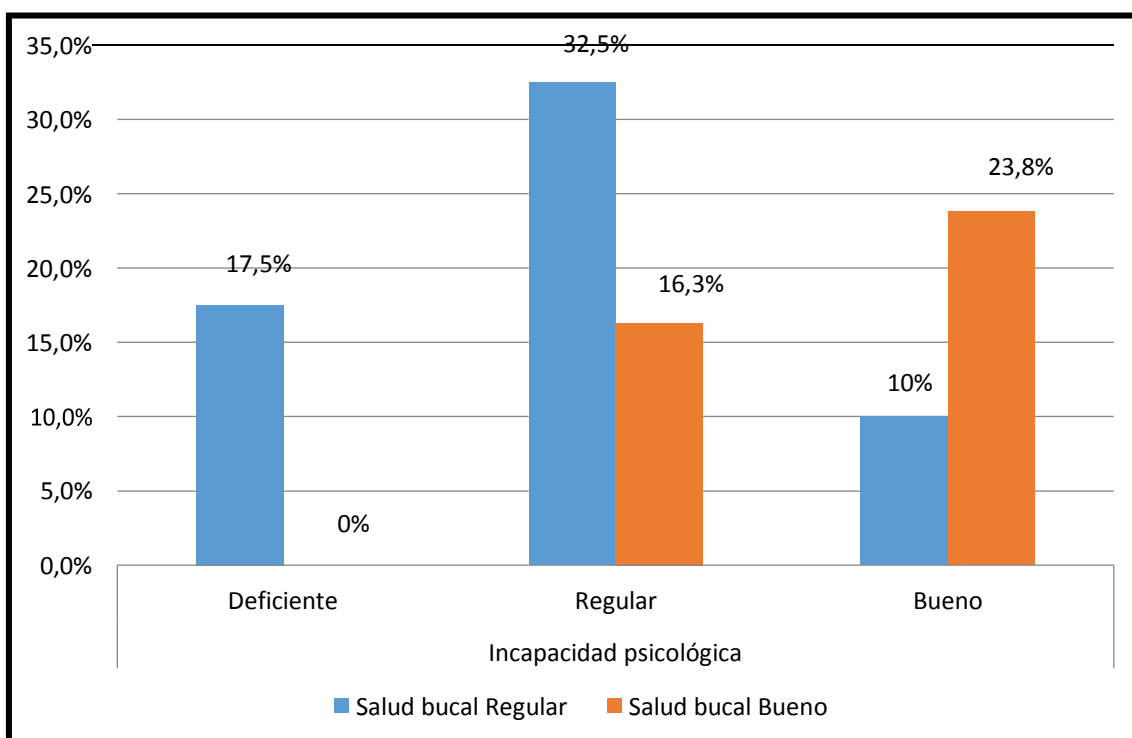


Figura N° 11
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la
Incapacidad Psicológica

Tabla N° 17

Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	20.432	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente al Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la incapacidad psicológica, se observó que el valor de X^2 fue de 20.432 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Tabla N° 18
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la
Incapacidad Social

Salud Bucal	Incapacidad social			
	Deficiente	Regular	Buena	
Regular	Recuento	3	30	15
	%	3.8%	37.5%	18.8%
Buena	Recuento	0	5	27
	%	0%	6.3%	33.8%

En la tabla N° 18 se observó que en mayoría presentaron salud bucal regular e incapacidad social regular en un 37.5% (N°=30), salud bucal buena e incapacidad social buena en un 33.8% (N°=27), salud bucal regular e incapacidad social buena en un 18.8% (N°=15).

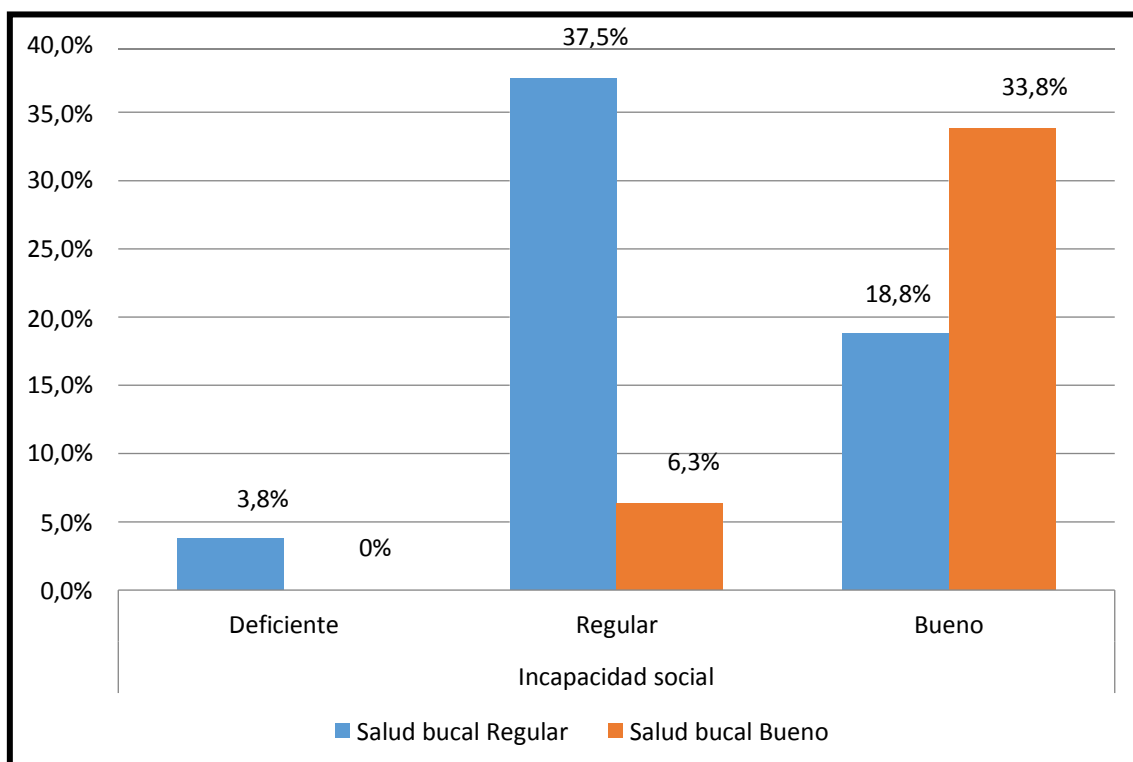


Figura N° 12
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la
Incapacidad Social

Tabla N° 19

Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	21.964	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente al impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la incapacidad social, se observó que el valor de X^2 fue de 21.964 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Tabla N° 20
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía

Salud Bucal	Minusvalía			
	Deficiente	Deficiente	Deficiente	
Regular	Recuento	9	33	6
	%	11.3%	41.3%	7.5%
Buena	Recuento	0	10	22
	%	0%	12.5%	27.5%

En la tabla N° 20 se observó que en mayoría presentaron salud bucal regular y minusvalía regular en un 41.3% (N°=33), salud bucal buena y minusvalía buena en un 27.5% (N°=22), salud bucal buena y minusvalía regular en un 27.5% (N°=22).

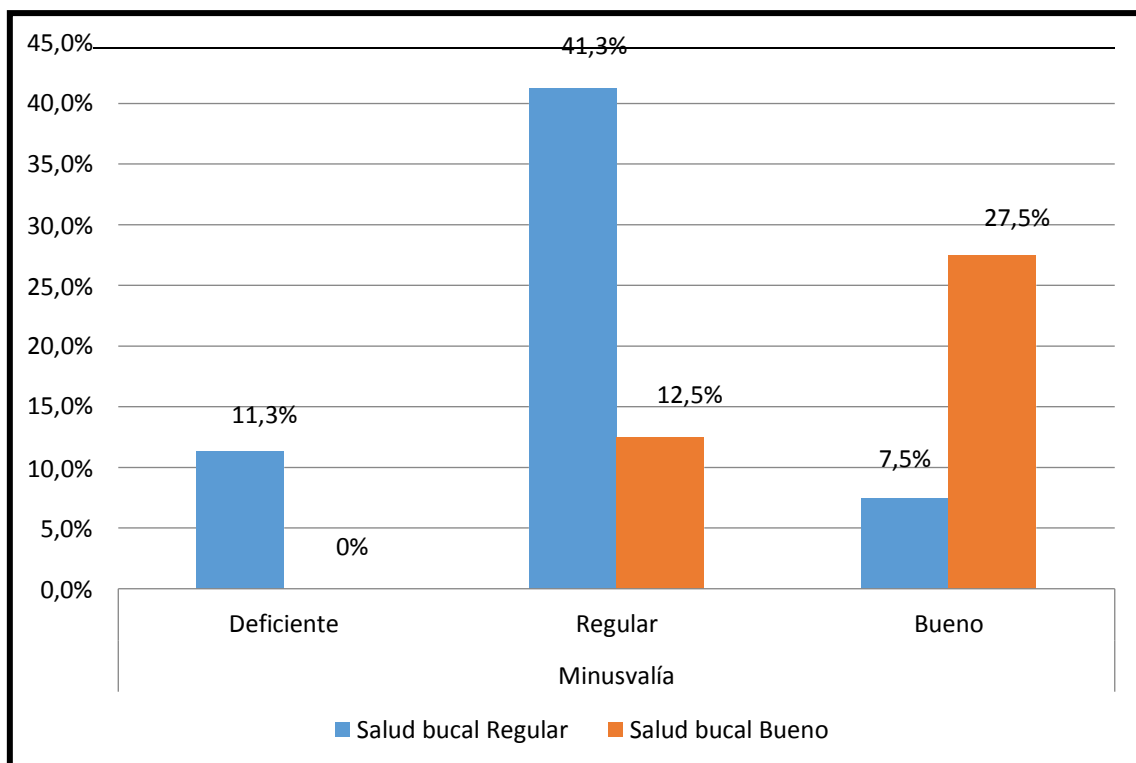


Figura N° 13
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía

Tabla N° 21
Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	28.380	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente al impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la minusvalía, se observó que el valor de X^2 fue de 28.380 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Tabla N° 22
Salud bucal de los adultos mayores respecto a lo físico

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	11	13.8%
Regular	56	70%
Buena	13	16.3%

En la tabla N° 22 se observó que en mayoría presentaron una salud bucal regular en un 70% (N°=56), seguida de una salud bucal buena en un 16.3% (N°=13) y una salud bucal deficiente en un 13.8% (N°=11).

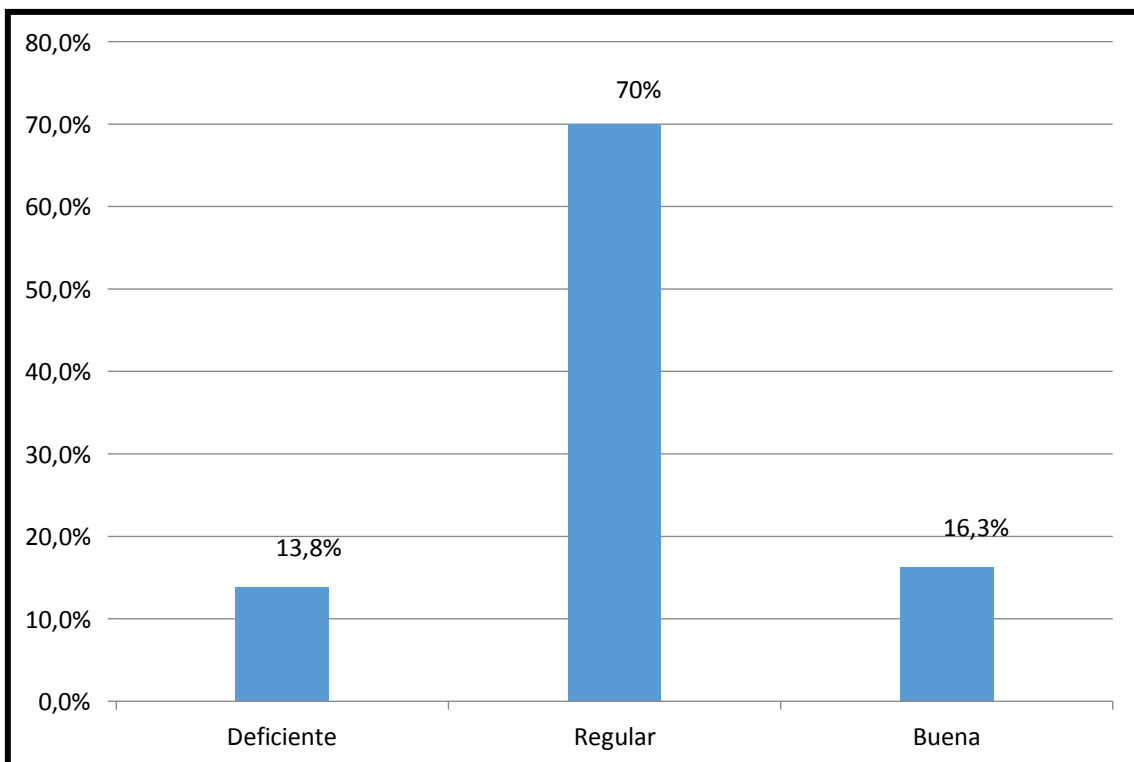


Figura N° 14
Salud bucal de los adultos mayores respecto a lo físico

Tabla N° 23
Salud bucal de los adultos mayores respecto a lo psicosocial

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	18	22.5%
Regular	42	52.5%
Buena	20	25%

En la tabla N° 23 se observó que en mayoría presentaron una salud bucal regular en un 52.5% (N°=42), seguida de salud bucal buena en un 25% (N°=20) y una salud bucal deficiente en un 22.5% (N°=18).

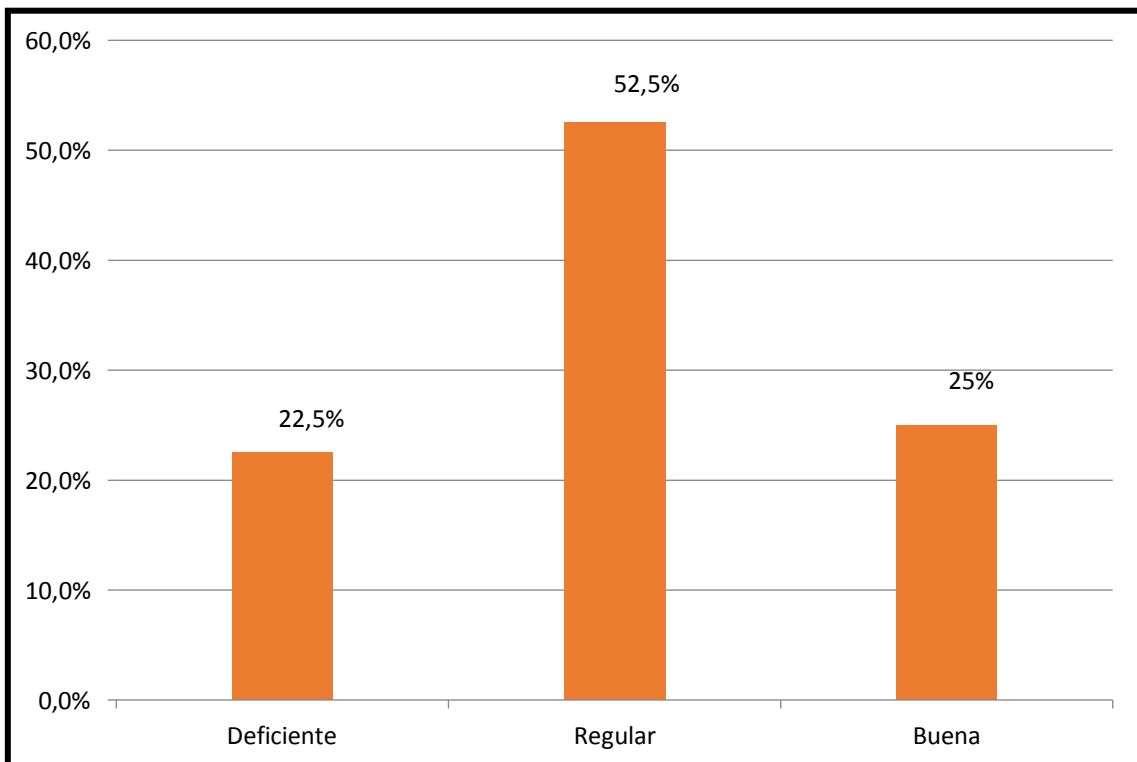


Figura N° 15
Salud bucal de los adultos mayores respecto a lo psicosocial

Tabla N° 24
Salud bucal de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	12	15%
Regular	46	57.5%
Buena	22	27.5%

En la tabla N° 24 se observó que en mayoría presentaron una salud bucal regular en un 57.5% (N°=46), seguida de salud bucal buena en un 27.5% (N°=22) y una salud bucal deficiente en un 15% (N°=12).

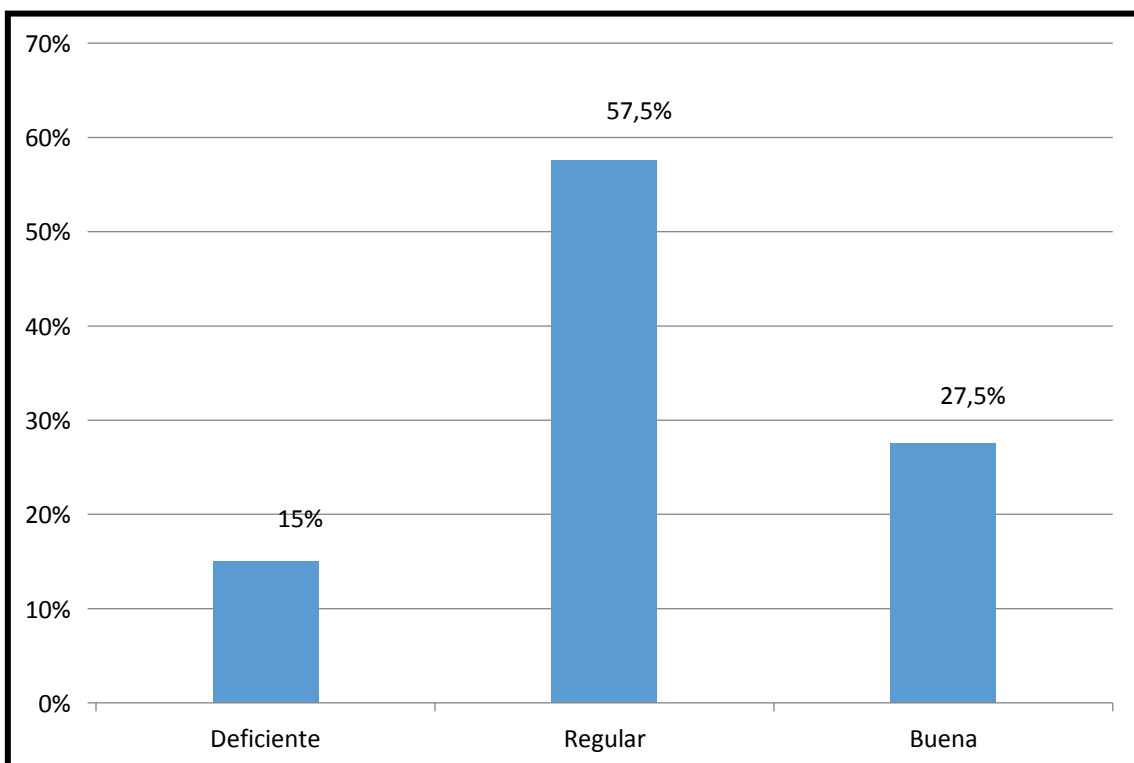


Figura N° 16
Salud bucal de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor

4.2 Contrastación de Hipótesis

- Contrastación de Hipótesis General

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

Hipótesis general

Formulación de Hipótesis Estadística

H₀: No existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II.

H_a: Existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó la relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	6.761	1	0.009

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 6.761, mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 3.8415, con 1 grado de libertad y el P-Valor = 0.009 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir **Existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II.**

- Contrastación de Hipótesis Específicas

Hipótesis Específica N° 01

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional.

H_a: Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó la relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	17.820	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 17.820 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir **Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional.**

Hipótesis Específica N° 02

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico.

H_a: Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	2.078	1	0.149

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 2.078, menor al chi cuadrado crítico de la tabla 3.8415, con 1 grado de libertad y el P-Valor = 0.149 ($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula es decir **No existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico.**

Hipótesis Específica N° 03

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe relación directa entre el Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico.

H_a: Existe relación directa entre el Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico.

Ho: Hipótesis nula, Ha: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe relación directa entre el Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	11.219	2	0.004

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 11.219, mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.004 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir **Existe relación directa entre el Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico.**

Hipótesis Específica N° 04

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física.

H_a: Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	19.184	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 19.184, mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir **Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física.**

Hipótesis específica N° 05

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica.

H_a: Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	20.432	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 20.432, mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915,

con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir **Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica.**

Hipótesis específica N° 06

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social.

H_a: Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	21.964	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 21.964, mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir **Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social.**

Hipótesis específica N° 07

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.

H_a: Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	28.380	2	0.000

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 28.380, mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir **Existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.**

4.3 Discusión de Resultados

Con respecto a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 39 con un porcentaje de 48.8% los adultos mayores presentaron una calidad de vida de buena y una salud bucal de regular, luego en un número de 32 con un porcentaje de 40% presentaron una calidad de vida de buena y una salud bucal de buena y finalmente en un número de nueve con un porcentaje de 11.3% presentaron una calidad de vida de regular y una salud bucal de regular. En la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 6.761, el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 3.8415, con 1 grado de libertad y el P-Valor = 0.009 observando que si hay diferencia significativa porque $p < 0.05$, con lo cual se indicó que existe impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores. En los resultados se observó que en la muestra

utilizada en el estudio, los adultos mayores presentaron una calidad de vida buena a pesar que su salud bucal fue regular, y con un porcentaje muy apreciable presentaron una calidad de vida y salud bucal buena, resultado halagador que permitió orientarlos a que mejoren su salud bucal para que tengan una mejor calidad de vida.

En cuanto a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 25 con un porcentaje de 31.3% los adultos mayores presentaron una salud bucal de regular y una limitación funcional de regular; asimismo, en un número de 23 con un porcentaje de 28.8% presentaron una salud bucal de bueno y una limitación funcional de bueno; luego, en un número de 13 con un porcentaje de 16.3% presentaron una salud bucal de regular y una limitación funcional de bueno; además, en un número de 10 con un porcentaje de 12.5% presentaron una salud bucal de regular y una limitación funcional de deficiente y finalmente en un número de nueve con un porcentaje de 11.3% presentaron una salud bucal de bueno y una limitación funcional de regular. En la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 17.820 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 observando que si hay diferencia significativa porque $p < 0.05$, con lo cual se indicó que existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional. Los resultados fueron satisfactorios, puesto que tienen una salud bucal regular y su calidad de vida también fue regular en esta dimensión de la limitación funcional y en un

porcentaje considerable presentaron una salud bucal buena y una calidad de vida también buena.

Considerando determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 42 con un porcentaje de 52.5%, lo adultos mayores presentaron una salud bucal de regular y un dolor físico de deficiente; luego, en un número de 24 con un porcentaje de 36% presentaron una salud bucal de bueno y un dolor físico de deficiente; asimismo, en un número de ocho con un porcentaje de 10% presentaron una salud bucal de bueno y un dolor físico de regular y finalmente en un número de seis con un porcentaje de 7.5% presentaron una salud bucal de regular y un dolor físico de regular. En la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 2.078, el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 3.8415, con 1 grado de libertad y el P-Valor = 0.149 observando que no hay diferencia significativa porque $p < 0.05$, con lo cual se indica que No existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico. En los resultados se observó que los adultos mayores presentaron dolor físico en mayoría y como consecuencia tuvieron una salud bucal de regular y los que presentaron en menor porcentaje una salud bucal buena, tuvieron dolor físico, resultados a tomar en cuenta en los tratamientos a realizar a los pacientes adultos mayores.

Tomando en cuenta determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 23 con un porcentaje de 28.8%, los adultos

mayores presentaron una salud bucal de regular y un malestar psicológico de deficiente; asimismo, en un número de 19 con un porcentaje de 23.8%, presentaron una salud bucal de regular y de bueno respectivamente y un malestar psicológico de regular; luego, en un número de nueve con un porcentaje de 11.3%, presentaron una salud de bueno y un malestar psicológico de bueno: también, en un número de seis con un porcentaje de 7.5%, presentaron una salud bucal de regular y un malestar psicológico de bueno y finalmente en un número de cuatro con un porcentaje de 5%, presentaron una salud bucal de bueno y un malestar psicológico de deficiente. En la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 11.219, es mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.004 observando que si hay diferencia significativa porque $p < 0.05$, con lo cual se indica que existe relación directa entre el Impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico. En los resultados se observó que la salud bucal del adulto mayor fue regular y el malestar psicológico que tienen fue deficiente en mayor porcentaje; pero, hay un buen número de pacientes que tiene salud bucal regular y bueno y presentaron un malestar psicológico de regular.

Respecto a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 30 con un porcentaje de 37.5% los adultos mayores presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad física de regular; asimismo, en un número de 17 con un porcentaje de 21.3% presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad física de deficiente; luego, en un

número de 16 con un porcentaje de 20% presentaron una salud bucal de bueno y una incapacidad física de regular; después, en un número de 12 con un porcentaje de 15% presentaron una salud bucal de bueno y una incapacidad física de bueno; asimismo, en un número de cuatro con un porcentaje de 5% presentaron una salud bucal de bueno y una incapacidad física de deficiente y finalmente en un número de uno con un porcentaje de 1.3% presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad física de bueno. En la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 19.184, fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 observando que si hay diferencia significativa porque $p < 0.05$, con lo cual se indica que existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física. En los resultados se observó que mayoritariamente tienen una salud bucal de regular como bueno y una incapacidad física de regular; y un porcentaje apreciable tienen una salud bucal regular e incapacidad física deficiente, información que se debe tener en cuenta al tratar al paciente adulto mayor.

Referente a establecer el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la incapacidad psicológica, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 26 con un porcentaje de 32.5% los adultos mayores presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad psicológica de regular; luego, en un número de 19 con un porcentaje de 23.8%, presentaron una salud bucal de bueno y una incapacidad psicológica de bueno, asimismo, en un número de 14 con un porcentaje de 17.5% presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad psicológica de deficiente; además, en un número de

13 con un porcentaje de 16.3%, presentaron una salud bucal de bueno y una incapacidad psicológica de regular y finalmente en un número de ocho con un porcentaje de 10% presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad psicológica de bueno. En la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 20.432, el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 observando que si hay diferencia significativa porque $p < 0.05$, con lo cual se indica que existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica. En los resultados se observó que en mayor porcentaje los pacientes tuvieron una salud bucal regular y una incapacidad psicológica también de regular y hubieron pacientes en porcentaje considerable que tuvieron una salud bucal de bueno y una incapacidad psicológica de bueno y de regular; además, en menor porcentaje tuvieron una salud bucal regular y una incapacidad psicológica deficiente, resultado que es necesario tomar en cuenta.

Respecto a establecer el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 30 con un porcentaje de 37.5% los adultos mayores presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad social de regular; luego, en un número de 27 con un porcentaje de 33.8% presentaron una salud bucal de bueno y una incapacidad social de bueno; asimismo, en un número de 15 con un porcentaje de 18.8% presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad social de bueno; además, en un número de cinco con un porcentaje de 6.3% presentaron una salud bucal de bueno y una incapacidad social de

regular y finalmente en un número de tres con un porcentaje de 3.8% presentaron una salud bucal de regular y una incapacidad social de deficiente. En la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 21.964, la cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 observando que si hay diferencia significativa porque $p < 0.05$, con lo cual se indica que existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la incapacidad social. En los resultados se observó que los adultos mayores en mínima mayoría tienen una salud bucal de regular y una incapacidad social de regular; también, se observó que muy cerca se encuentra un porcentaje considerable con una salud bucal y una incapacidad de bueno.

En cuanto a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía, en los resultados se observó que en mayoría los adultos mayores, en un número de 33 con un porcentaje de 41.3%, presentaron una salud bucal de regular y una minusvalía de regular; además, en un número de 22 con un porcentaje de 27.5% presentaron una salud bucal de bueno y una minusvalía de bueno; asimismo, en un número de 10 con un porcentaje de 12.5% presentaron una salud bucal de bueno y una minusvalía de regular; luego, en un número de nueve con un porcentaje de 11.3% presentaron una salud bucal de regular y una minusvalía de deficiente y finalmente en un número de seis con un porcentaje de 7.5% presentaron una salud bucal de regular y con respecto a la minusvalía de bueno. En la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 28.380, el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grado de libertad y el P-Valor = 0.000

observando que si hay diferencia significativa porque $p < 0.05$, con lo cual se indica que existe relación directa entre el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía. En los resultados se observó que en una mayoría los adultos mayores presentaron una salud bucal de regular y respecto a la minusvalía también de regular y en un menor porcentaje pero considerable la salud bucal es bueno y la minusvalía también fue bueno, resultados que deben tomarse en cuenta en los adultos mayores, de mejorar su salud bucal y como consecuencia mejoraría su calidad de vida.

Respecto a determinado la salud bucal de los adultos mayores respecto a lo físico, en los resultados se observó que en mayoría los adultos mayores, en un número de 56 con un porcentaje de 70%, presentaron una salud bucal, respecto a lo físico de regular; luego, en un número de 13 con un porcentaje de 16.3% presentaron una salud bucal de buena y finalmente, en un número de 11 con un porcentaje de 13.8% presentaron una salud bucal deficiente. Los resultados no son muy satisfactorios, puesto que su salud bucal de los adultos mayores fue de regular en un alto porcentaje, y de manera muy similar en porcentaje fue buena y deficiente. Es necesario que se tome en cuenta los resultados, para que en la planificación de su tratamiento se tenga en cuenta esta dimensión, para que tenga menos dificultad para masticar y hablar mejor.

Referente a determinar la salud bucal de los adultos mayores respecto a lo psicosocial, en los resultados se observó que en mayoría los adultos mayores, en un número de 42 con un porcentaje de 52.5%, presentaron una salud bucal, respecto a lo psicosocial de regular; asimismo, en un número de 20 con un

porcentaje de 25% presentaron una salud bucal de buena y finalmente, en un número de 18 con un porcentaje de 22.5% presentaron una salud bucal deficiente. En los resultados se observó que en esta dimensión prevalece la salud bucal regular en gran mayoría, no siendo completamente satisfactorio, siendo la deficiente y la buena en porcentajes similares; los pacientes adultos mayores tendrán mejor oportunidad de salir a la calle, intercambiar diálogo con las personas de su entorno, no ponerse nerviosos, comer con tranquilidad frente a otras personas, conociendo que los adultos mayores deben tener un trato especial en los problemas de salud que pudieran tener.

Respecto a determinar la salud bucal de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor, y los resultados se observó que en mayoría los adultos mayores, en un número de 46 con un porcentaje de 57.5%, presentaron una salud bucal, respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor, de regular; luego en un número de 22 con un porcentaje de 27.5% presentaron una salud bucal buena y finalmente, en un número de 12 con un porcentaje de 15% presentaron una salud bucal deficiente. Al igual que en las otras dimensiones, prevalece la salud bucal de regular y a continuación viene la buena, siendo deficiente en menor porcentaje. De acuerdo a los resultados se debería tomar en cuenta, el problema de dolor que pudiera tener los pacientes mayores, por las condiciones en que se encuentran muchos de ellos, con su salud determinada por los problemas propios de la edad, siendo de responsabilidad del odontólogo devolverle en óptimas condiciones su salud bucal y por ende su calidad de vida.

Con respecto a la discusión con otras investigaciones referidas al tema, se tiene al estudio realizado por Jiménez J. y Cols. en México en el año 2006, titulado: Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en un grupo de adultos mayores. Se trató de buscar una posible relación entre ellos. En los resultados se manifiesta que la mayoría de la muestra percibió su estado de salud bucal como malo. Diferente el presente estudio que en los resultados respecto a la salud bucal fue de regular. Además, en la investigación de Jiménez J., la percepción de la salud bucal se asoció significativamente con la calidad de vida y el bien estar en ambos grupos. Se concluyó que la percepción del estado de salud bucal de los adultos mayores, afectan la calidad de vida y también el bienestar. En nuestro estudio se relacionó la salud bucal con la calidad de vida por ser estadísticamente significativo.

En cuanto a la investigación de De la Fuente y Cols, realizada en México en el año 2010, la información que obtuvieron fue mediante el registro de los impactos bucodentales Durante los últimos 6 meses, en adultos mayores entre los 60 y 85 años de edad, utilizando el perfil de impacto de salud oral (OHIP-14) y la salud bucal con el índice CPOD. En los resultados se identificó un impacto positivo en las preguntas relacionadas con preocupación por problemas con los dientes y boca 87.3%, molestias al comer 64%, dolor bucal 60.7%, interrupción de alimentación 56%; siendo él CPOD del 4.1. En la presente investigación respecto a la salud bucal en el ítem psicosocial, dolor e incomodidad fue de regular en los resultados. En el estudio de De la Fuente J., hubo una correlación entre el impacto de salud bucal y calidad de vida, porque $p= 0.01$ siendo $p<0.05$; en la presente investigación también hubo relación porque $p<0.05$.

En la investigación realizada por Días S. y Cols, en Colombia en el año 2012, cuyo objetivo que tuvieron fue asociar la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores atendidos en la Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, fueron censados 120 adultos mayores, en los resultados se observó que al realizar la prueba de X^2 se encontró significancia estadística entre la salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida, por $p= 0.001$. En el presente estudio en la prueba de chi cuadrado el valor obtenido fue de $P<0.09$, siendo ambos resultados $P<0.05$. El investigador Díaz S., concluye que es necesario un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya factores capaces de comprometer el bienestar. En la presente investigación fue necesario llevar la salud bucal en el aspecto psicosocial de los adultos mayores.

Con respecto a la investigación que realizaron Moya P. y Cols, en Chile en el año 2012, teniendo como objetivo conocer la situación de salud oral y calidad de vida del adulto mayor que asisten a los centros de salud pública del área Oriente de Santiago de Chile durante los años 2011 - 2012, en 380 adultos mayores. Llegaron a la conclusión que es necesario un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya factores capaces de comprometer el bienestar. En la presente investigación también en el ítem psicosocial presentaron una salud bucal de regular y un buen porcentaje de buena y deficiente. Siendo necesario que el aspecto preventivo en el cuidado de sus piezas dentarias sea de prevalencia, igual como lo manifiesta Meneses E. de España en el año 2010.

Asimismo, en la investigación elaborada por Gallardo A. y Cols en el Perú en el año 2013, tuvo como objetivo determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la casa del adulto mayor de la Municipalidad de Chorrillos Lima Perú. La muestra fue con 164 adultos mayores. La información se obtuvo mediante una entrevista estructurada. En los resultados se observó que la mayoría de la muestra presentó una mala autopercepción de su salud oral en un 77.4%, seguido de regular en un 18.3%. En nuestro estudio los adultos mayores en un porcentaje de 48.8% presentaron una salud bucal de regular y en un 40% presentaron buena. En la investigación de Gallardo A., no se encontró relación entre la autopercepción y la salud oral por ser $p > 0.05$. En el presente estudio hubo relación entre la salud bucal y la calidad de vida por ser $p < 0.05$.

Asimismo, en el estudio realizado por López G. en México en el año 2014, tuvo el objetivo de indagar la relación entre la salud bucal real, la percepción de salud bucal y la calidad de vida en un grupo de adultos mayores, con una muestra de 34 pacientes. Se realizó una exploración bucal y se tomaron unos cuestionarios de salud bucal percibida y percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal y la calidad de vida. Conclusión se relacionó la salud bucal y la calidad de vida obteniendo un resultado estadístico de $p < 0.05$. En la presente investigación se obtuvo un resultado, en relación a la salud bucal y la calidad de vida, estadísticamente significativa porque $p < 0.05$.

En la investigación que realizaron Alzate S. y Cols en Colombia en el año 2015, tuvo como objetivo analizar la percepción de la población adulta mayor sobre su

calidad de vida relacionándola con su estado de salud general y bucal, desde el discurso de sus actores primarios. Se analizaron 5 categorías: calidad de vida, calidad de vida con la salud y con la salud bucal, apoyo familiar y social, envejecimiento saludable y accesos a los servicios de salud. Concluyeron que la autopercepción sobre la calidad de vida fue un aspecto fundamental para evaluar los determinantes de la salud en la población adulta mayor. En el presente estudio se tuvo el propósito de determinar la salud bucal del adulto mayor relacionándola con su calidad de vida, observando en los resultados que los adultos mayores presentaron en mayoría una buena calidad de vida y una salud bucal regular; además, qué hay relación entre ambas.

Respecto a la investigación realizada por Espinoza M. y Cols en Perú en el año 2017, tuvo como objetivo determinar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en adultos mayores de la provincia de Trujillo. Se evaluaron 628 adultos mayores de varios distritos. En los resultados se observó que no existió relación estadística significativa entre el índice de placa y la enfermedad gingival. Los que tenían entre 81 a 90 años presentaron mayor pérdida de piezas dentarias. En el grupo de 60 a 70 años predominó la mala calidad de vida. La salud oral fue deficiente y la calidad de vida mala; además, presentaron un índice de placa moderada; en el presente estudio se concluye que deberían implementarse actividades de prevención y rehabilitación en salud oral para un envejecimiento activo, participativo y saludable. En el presente estudio se evaluó los pacientes adultos mayores con cuestionarios, para calidad de vida y salud bucal, llegando a la conclusión que la salud bucal fue regular y la calidad de vida buena.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión general

Respecto a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II, se concluye que la calidad de vida es buena y una salud bucal regular en un 48.8% y existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

5.1.2 Conclusiones Específicas

1. En cuanto a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Limitación Funcional, se concluye que en mayoría presentaron salud bucal regular y limitación funcional de regular en un 31.3% y existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en la limitación funcional.
2. Tomando en cuenta determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en el Dolor Físico, se concluye que en mayoría presentaron salud bucal regular y dolor físico deficiente en un 52.5% y no existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en el dolor físico.

3. Con referencia a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en Malestar Psicológico, se concluye que en mayoría presentaron una salud bucal regular y malestar psicológico deficiente en un 28.8% y existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en el malestar psicológico.
4. Con respecto a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Física, se concluye que en mayoría presentaron salud bucal regular e incapacidad física regular en un 37.5% y existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en la incapacidad física.
5. En cuanto a establecer el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Psicológica, se concluye que en mayoría presentaron salud bucal regular e incapacidad psicológica regular en un 32.5% y existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en la incapacidad psicológica
6. Tomando en cuenta establecer el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores en la Incapacidad Social, se concluye que en mayoría presentaron salud bucal regular e incapacidad social regular en un 37.5% y existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en la incapacidad social.

7. Respecto a determinar el impacto de la salud en la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía, se concluye que en mayoría presentaron una salud bucal regular y minusvalía regular en un 41.3% y existe relación directa entre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en la minusvalía

8. Tomando en cuenta establecer la salud bucal de los adultos mayores respecto a lo físico, se concluye que presentaron una salud bucal regular en un 70%.

9. En relación a establecer la salud bucal de los adultos mayores respecto a lo psicosocial, se concluye que presentaron una salud bucal regular en un 52.5%.

10. Con respecto a determinar la salud bucal de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor, se concluye que presentaron una salud bucal regular en un 57.5%.

5.2 Recomendaciones

1. En cuanto determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que mediante charlas dirigidas para adultos mayores se les pueda informar, de prevenir y mejorar su salud bucal, en todos los aspectos considerados en el estudio, se lograría que puedan mejorar su calidad de vida, tan importante para este grupo etario.
2. En cuanto a determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en la limitación funcional, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica y minusvalía, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que en las charlas a transmitir a los adultos mayores se aborde convenientemente estos ítems y los odontólogos deben estar capacitados para encarar a los pacientes con una odontología moderna basada en la prevención, se lograría un mejor entendimiento de los pacientes sobre la importancia de mejorar su salud bucal y por ende su calidad de vida.
3. Respecto a determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores en el dolor físico, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que se les informa a los adultos mayores sobre la importancia de la prevención en problemas de salud bucal y en los tratamientos poner dedicación a la solución del dolor que pudieran tener los pacientes, en sus piezas dentarias o cavidad bucal, se lograría que

tengan una mejor masticación al ingerir sus alimentos, menor dificultad al hablar y tomar menos medicamentos.

4. Referente establecer la salud bucal de los adultos mayores respecto a lo físico, psicosocial, al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para elaborar adecuadamente la información que se transmita a los adultos mayores, sea para mejorar su salud bucal dando énfasis a la prevención, se lograría que tengan en mejores condiciones de salud su cavidad bucal y como consecuencia mejoren en su calidad de vida en esta etapa de su existencia.

5. Se propone por la relevancia del tema incluir el curso de Odontogeriatría dentro del Plan de Estudios de la carrera de Estomatología para brindar las herramientas teórico clínicas básicas a los estudiantes para que puedan prevenir, diagnosticar y tratar las diversas patologías propias de los pacientes adultos mayores; tomando en consideración sus peculiares características y poder brindarles una atención de calidad y calidez necesarias en el manejo de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Ciencias y Humanidades. Filosofía una perspectiva crítica. 2da reimp. Lima (PER): Editorial Lumbreras Editores; 2009.
2. Universidad San Dámaso. Antropología filosófica [internet] 2019 [citado el 05 de enero de 2019]. Disponible en: URL: https://www.sandamaso.es/pdf/GDidactica_AntropFilosofica.pdf
3. Jurado O. Seminario de filosofía [internet] 2012 [citado el 15 de junio de 2018]. Disponible en: URL: <https://es.slideshare.net/Sabroosito/seminario-de-filosofa-semana-3>
4. Carabantes M. El pronóstico de descartes sobre los problemas de la inteligencia artificial. Revista de Filosofía 2016; 12:201-228.
5. Bárcena M. Blas Pascal, el pensador sensible. Jornada Semanal 2012;22.
6. Pérez LE. El hombre como animal simbólico. Revisiones sobre el ser y la cultura. La Colmena 2016; 91:123-125.
7. Polo MA. La morada del hombre – ensayos sobre la vida ética. 1 ed. Lima (PER): Fondo Editorial de la UNMSM; 2004.
8. Sánchez R. Proyecto de implantación de un sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015 en la empresa pinatar arena football center S.L. [tesis de bachiller para optar título profesional en administración y dirección de empresas]. Cartagena (COL): Universidad Politécnica de Cartagena; 2016.
9. Cañedo MA. Gestión de la calidad y medioambiental en industrias de proceso. 6 ed. España: Editorial Elearning S.L.; 2015.

10. Organización Mundial de la Salud. Constitución [internet] 2019 [citado el 15 de junio de 2018]. Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
11. García J. El pensamiento precientífico sobre la salud y la enfermedad. *Ciencias Psicológicas* 2015; 9(2):337-349.
12. Rueda G. y Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2017; 17(1):36-59.
13. Libera B. Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *Revista ACIMED* 2007; 15(3).
14. Gertler P., Martínez S., Premand P., Rawlings L. y Vermeersch C. Christel I. y Vermeersch, J. La evaluación de impacto en la práctica. 2 ed. Washington (EUA): Grupo Banco Mundial; 2017.
15. Muñoz A. Los métodos cuantitativos y cualitativos en la evaluación de impactos en proyectos de inversión social [tesis doctoral]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala; 2007.
16. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23 ed. Madrid (ESP): RAE; 2014.
17. Sandín M. y Sarría A. Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82:261-272.
18. Tarí J. Calidad total fuente de ventaja competitiva. Murcia (ESP): Editorial Espagrafic; 2000.
19. Carro R. y González D. Administración de la calidad total. 1 ed. Mar de la Plata (ARG): Editorial Facultad De Ciencias Económicas y Sociales; 2012.

20. Camisón C, Cruz S. y González T. Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. 1 ed. Madrid (ESP): Editorial Pearson Educación; 2006.
21. Nebrera J. Introducción a la calidad [internet] 2011 [citado el 15 de junio de 2018]. Disponible en: URL:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/introduccion_a_la_calidad.pdf
22. Fernández G. y Rojo F. Calidad de vida y salud: planteamiento conceptual y método de investigación. Territoris 2005; 5:117-135.
23. Padilla G. Calidad de vida panorámica de investigaciones clínicas. Revista Colombiana de Psicología 2005; 13:80-88.
24. Alcántara G. La definición de la salud y la interdisciplinaria. Revista Universitaria de Investigación 2008; 9(1):93-107.
25. Rueda G. Alburquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. Revista Latinoamérica de Bioética 2017; 17(1):36-59.
26. Maglio F. Determinantes sociales de la salud y enfermedad. Rev Salud Pública 2008; 10(1):1-8.
27. Vidal EL. Conocimiento sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico. Barrió Bolívar Venezuela 2009; 13(6).
28. Misrachi C. Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. Revista Dental de Chile 2005; 96(2):28-35.
29. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35(1):1-11.

30. World Health Organization. WHO definition of health [internet] 2003 [citado el 15 de junio de 2018]. Disponible en: URL:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
31. Lengua I. Tendencias en formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de globalización, 1986-2001: una lectura ética [tesis de doctorado]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
32. United Nations, World Health Organization. The protocol of water and health: what it is, why it matters [internet] 2002 [citado el 15 de junio de 2018]. Disponible en: URL:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/who/tooth.pdf>
33. Zalón A. Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares [tesis de bachiller para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
34. López G, López L, Nachón M y Hernández D. Salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Rev Med UV 2014; 7-11.
35. Collazos J., Mendoza R. y Sacsaquispe S. Prevención en el adulto. Principios de prevención en salud bucal. 1 ed. Lima (PER): Editorial Asociación Peruana de Odontología Preventiva y Social; 2008.
36. Needs K, Postans J. Educación y promoción de la salud oral. En: Ireland R., editor. Higiene dental y tratamiento. 1 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2005. p. 153.
37. INEI. Proyecciones de población del Perú, 1950 – 2050 [internet] 2009 [citado el 15 de junio de 2018]. Disponible en: URL:
http://www.unfpa.org.pe/infosd/esperanza_vida/esp_vida_1.htm

38. Rosa LB., Zuccolotto MC., Bataglione CA. y Coronatto E. Odontogeriatría – a saúde bucal na terceira idade. RFO 2008; 13(2):82-86.
39. Jiménez J. y Cols. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. Revista Medigraphic Artemisa 2006; LXIII(5):181-184.
40. Meller C. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: una aproximación personal. Odontol Prev 2008; 1(2):7382.
41. De la Fuente J., Sumano O., Valenzuela MC. Y Zelocuatecati A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol 2010; 29(63):83-92.
42. Meneses E. Salud bucodental y calidad de vida oral en mayores [tesis para optar el grado de doctor]. Madrid (ESP): Universidad Complutense de Madrid; 2010.
43. Diaz S, Arrieta K. y Ramos K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. Rev Clín Med Fam 2012; 5(1):9-16.
44. Moya P., Chappuzeau E., Caro JC. y Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Rev Estomatol Herediana 2012; 22(4):197-202.
45. Gallardo A., Picasso MA., Huillca N. y Ávalos JC. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. KIRU 2013; 10(2):145–50.
46. Velázquez L., Ortiz L., Cervantes A., Cárdenas A., García C. y Sánchez S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores Instrumentos de evaluación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2014; 52(4):448-56.

47. Robalino S. Influencia de la salud oral y calidad de vida de adultos mayores. centro gerontológico de la torre [tesis de bachiller para optar el título de odontóloga]. Guayaquil (ECU): Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2013-2014.
48. López G., López LB., Nachon ME. Y Hernández D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Rev Med UV 2014: 6-11.
49. Alzate S., Agudelo A., López F., López C., Espinosa É., Posada A. y Cols. Calidad de vida y salud bucal: perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de medellín, colombia. Rev Gerenc Polit Salud 2015; 14(29):83-96.
50. Espinoza M., Guerrero J., Cerquin A., Sanchez L., Morillas JC. y Yañez L. Salud bucal y calidad de vida en adultos mayores de la provincia de trujillo. Revista Pueblo Cont 2017; 28(2):381-388.

ANEXOS



Universidad Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

I. Introducción

Estimado paciente:

Se está realizando el presente estudio considerando cual es el impacto de la salud bucal en la Calidad de vida que tiene Ud. Como adulto mayor, lo cual de acuerdo a los resultados, se hará las correctivas necesarias para mejorar en un sentido amplio, su atención en nuestra Clínica Estomatológica.

Le agradeceré responder la presente encuesta anónima, teniendo en cuenta que no hay respuestas ni buenas ni malas. Marque con un aspa (x) en el recuadro que Ud. Considere conveniente.

II. Datos generales

- **Sexo**

Masculino () Femenino ()

- **Estado Civil:**

Soltero/a () Casado/a () Viudo/a () Divorciado/a ()

- **Estado Socioeconómico**

Alta () Media () Baja ()

- **Nivel de Educación**

Primaria () Secundaria () Superior () Ninguno ()

- **Uso de Prótesis Dental**

Si () No ()

III. Encuestas

A. Encuesta de Calidad de Vida

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
Limitación Funcional					
1. ¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2. ¿Has notado peor el sabor o el gusto por las comidas debido a problemas con tu boca o con tus dientes?					
Dolor Físico					
3. ¿Te ha dolido tus dientes o boca en el último año?					
4. ¿Has notado molestias para comer alguna comida por problemas con tus dientes?					
Malestar Psicológico					
5. ¿Has estado preocupado debido a problemas con tus dientes o boca					
6. ¿Te has sentido nervioso debido a problemas con tus dientes o boca?					
Incapacidad Física					
7. ¿Has tenido problemas para comer bien lo que querías por problemas con tus dientes o boca?					
8. ¿Has tenido que parar de comer alguna vez por problemas con tus dientes o boca?					
Incapacidad Psicológica					
9. ¿Has tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con tus dientes o boca?					
10. ¿Has sentido vergüenza de tus dientes en el último año?					
Incapacidad Social					
11. ¿Has estado un poco irritable y antipático con tus amigos y familia por problemas con tus dientes o boca?					
12. ¿Has faltado a la universidad o al trabajo por problemas con tus dientes o boca?					
Minusvalía					
13. ¿Has sentido que tu vida es en general menos satisfactoria debido a problemas con tus dientes o boca?					
14. ¿en este último año, las molestias o el dolor en tu boca te han impedido hacer tu vida normal?					

B. CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL GERIÁTRICA

1. **¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?**

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

2. **¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?**

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

3. **¿Cuántas veces ha pasado usted bien la comida?**

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

4. **¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?**

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

5. **¿Cuántas veces no ha podido comer los alimentos que usted quería sin tener ninguna molestia?**

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

6. **¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?**

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

7. **¿Cuándo usted se mira al espejo, cuantas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?**

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

8. **¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?**

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

9. ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

10. ¿Cuántas veces se ha puesto nerviosos por los problemas de sus dientes o su dentadura?

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

11. ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

12. ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o cosas dulces?

Siempre () Frecuentemente () Algunas veces () Rara vez () Nunca ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy el Magister Elmo Sigifredo PALACIOS ALVA, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: “IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA, AÑO 2018-II”.

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018-II. Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 10 minutos.

La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos _____.

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA, AÑO 2018-II. Realizado por el Magister Elmo Sigifredo PALACIOS ALVA.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre y apellido del participante

Fecha:

Firma del participante

DNI N°

Anexo N° 03

SOLICITO : AUTORIZACION PARA PODER
REALIZAR TESIS PARA OPTAR EL
GRADO DE DOCTOR EN SALUD
PÚBLICA

SEÑOR DOCTOR
LUIS CERVANTES GANOZA
DECANO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD INCA
GARCILASO DE LA VEGA



PALACIOS ALVA, Elmo Sigifredo, identificado con DNI. N° 06628162, con teléfono 998060333, Profesor de la Facultad de Estomatología, ante Ud., con el debido respeto me presento y expongo:


Que, habiendo presentado el proyecto de investigación: "IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA AÑO 2018", en la Escuela de Post Grado de nuestra universidad, es que recurro a Ud., Señor Decano a fin de solicitarle la AUTORIZACIÓN para realizar dicha investigación en la Clínica Estomatológica.

POR LO TANTO:

Pido a Ud., acceder a lo solicitado, por ser de justicia.

Pueblo Libre, 19 de setiembre del 2018



Dr. Luis Cervantes Ganoza
Decano
Facultad de Estomatología


PALACIOS ALVA, Elmo Sigifredo
DNI. N° 06628162



<p>adultos mayores respecto a lo psicosocial?</p> <p>10. ¿Cuál es la salud bucal de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor?</p>	<p><i>Social.</i></p> <p>7. <i>Determinar la calidad de vida de los adultos mayores respecto a la Minusvalía.</i></p> <p>8. <i>Establecer la salud bucal de los adultos mayores respecto a lo físico.</i></p> <p>9. <i>Establecer la salud bucal de los adultos mayores respecto a lo psicosocial.</i></p> <p>10. <i>Determinar la salud bucal de los adultos mayores respecto al dolor e incomodidad y medicamentos para el dolor.</i></p>				<p>un individuo experimenta problemas para llevar a cabo determinadas acciones de la vida diaria debido a problemas de salud bucal</p>
--	---	--	--	--	--