

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

**TESIS:**

**LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE  
PACIENTES ADULTOS MAYORES DESDENTADOS TOTALES EN EL  
“ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS  
DESAMPARADOS” BREÑA-PERÚ“**

**Autor**

**Sara Angélica Morante Maturana**

**Para optar el grado de DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

Asesor:

Gregorio Lorenzo Menacho Angeles

**LIMA-PERÚ**

**2022**

# Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 23-abr.-2023 11:12 p. m. -05

Identificador: 2073579892

Número de palabras: 18864

Entregado: 1

Índice de similitud

17%

Similitud según fuente

Internet Sources:	19%
Publicaciones:	6%
Trabajos del estudiante:	12%

LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DESDENTADOS TOTALES EN EL

"ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS" 3% match (Internet desde 18-abr.-2023)  
BREÑA-PERÚ" Por Sara Angélica Morante Maturana

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/111753/Quispe\\_PMG-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/111753/Quispe_PMG-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

2% match (Internet desde 07-dic.-2022)

[https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6140/T061\\_71730010\\_T.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6140/T061_71730010_T.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

2% match (trabajos de los estudiantes desde 03-jun.-2021)

[Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia on 2021-06-03](#)

2% match (trabajos de los estudiantes desde 20-feb.-2017)

[Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola on 2017-02-20](#)

2% match ()

[Kiss Molina, Mariane Soledad. "Calidad de vida en pacientes rehabilitados con prótesis dental total, Universidad Andrés Bello, facultad de Odontología sede Concepción, año 2014-2015", Universidad Andrés Bello, 2015](#)

1% match (Internet desde 13-dic.-2020)

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2875/TESIS%20Vargas%20Karen.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

1% match (Internet desde 23-oct.-2022)

[https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6137/T061\\_08081717\\_D.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6137/T061_08081717_D.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

1% match (Internet desde 17-ago.-2022)

[https://www.apops.org.pe/files/ugd/da718f\\_04dac0779f0b4794859e2057741b5afb.pdf](https://www.apops.org.pe/files/ugd/da718f_04dac0779f0b4794859e2057741b5afb.pdf)

1% match (Internet desde 26-sept.-2022)

[http://repositorio.ulc.edu.pe/bitstream/handle/ULC/171/T134\\_45758356\\_T.pdf?isAllowed=y&sequence=1](http://repositorio.ulc.edu.pe/bitstream/handle/ULC/171/T134_45758356_T.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

1% match ()

[Valencia Aguirre, Yamila Liliana. "Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos", Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2019](#)

1% match (Internet desde 30-oct.-2022)

<https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8397/1/UDLA-EC-TEMRO-2017-27.pdf>

1% match (Internet desde 05-ene.-2023)

A mi madre, por ser mi amiga, confidente, y guía, por ser la persona que me dio todo siempre incondicionalmente.

A Dios, por estar a mi lado siempre y darme las fuerzas para llegar a concluir todas mis metas

## AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el Dr. Gregorio Lorenzo Menacho Angeles, por brindarme su tiempo y conocimiento para poder elaborar la presente investigación.

A mi alma mater la Universidad Inca Garcilazo de la Vega, por brindarme la oportunidad de consolidar mis estudios de pre y pos grado.

## **ÍNDICE**

Carátula .....	1
Dedicatoria .....	2
Agradecimientos .....	3
Índice .....	4
Índice de Tablas .....	7
Índice de Figuras .....	8
Resumen .....	9
Abstract .....	10
Introducción .....	11

## **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACION**

1.1 Marco filosófico .....	13
1.2. Marco Teórico .....	15
1.3. Marco Conceptual .....	28

## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

2.1. Planteamiento del Problema.....	30
2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	30
2.1.2. Antecedentes Teóricos.....	33
2.1.3. Definición del Problema .....	46
2.1.3.1 Problema general.....	46
2.1.3.2 Problemas específicos .....	46

2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación.....	47
2.2.1. Finalidad .....	47
2.2.2. Objetivo General y Específicos .....	47
2.2.3. Delimitación del estudio .....	48
2.2.4. Justificación e importancia del estudio .....	48
2.3. Hipótesis y Variables.....	50
2.3.1 Hipótesis General .....	50
2.3.2 Hipótesis específicas .....	50
2.3.3 Variables e indicadores.....	51

### **CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

3.1. Población y Muestra.....	52
3.1.1 Población .....	52
3.1.2 Muestra.....	52
3.2 Diseño a utilizar en el Estudio.....	54
3.2.1 Diseño .....	54
3.2.2 El tipo de investigación .....	54
3.2.2 Enfoque .....	54
3.3 Técnica e instrumento de recolección de datos .....	55
3.3.1 Técnica de Recolección de datos.....	55
3.3.2 Instrumento de recolección de datos.....	55
3.4 Procesamiento de datos .....	59

### **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1 Presentación de los resultados .....	61
4.2 Contrastación de hipótesis.....	69

4.3 Discusión de resultados.....	74
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 Conclusiones.....	78
5.1.1 Conclusión General.....	78
5.1.2 Conclusiones específicas.....	78
5.2 Recomendaciones	
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>
a) Instrumento de recolección de datos.....	84
b) Matriz de coherencia interna .....	87

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla**

**Pág.**

**N° 01** Relación de la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales

**N° 02** Relación de la rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales

**N° 03** Relación de la rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales

**N° 04** Relación de la rehabilitación protésica y el dolor de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales

## ÍNDICE DE FIGURAS

### FIGURA

### Pág.

**N° 01** Rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales

**N° 02** Rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales

**N° 03** Rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales

**N° 04** Rehabilitación protésica y el dolor de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales

## RESUMEN

La presente investigación titulada “La rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales en el asilo de “Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, Breña-Perú, tuvo como objetivo determinar la asociación entre la rehabilitación protésica y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores desdentados. Para ello se empleó el diseño ex post facto, siendo una investigación explicativa, no experimental y de nivel aplicativo con enfoque cuantitativo. Para la muestra se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple, a través de la aplicación de la variable cualitativa y población finita donde se trabajó con una población de 100 pacientes considerando los criterios de inclusión y exclusión respectivos. Asimismo se empleó la técnica observacional y documental para el recojo de datos con la aplicación del Índice GOHAI considerando sus tres dimensiones sobre 12 puntos calificados con escala Likert sobre categorías como: siempre, frecuentemente, a veces, raras veces y nunca.

Como resultado se obtuvo que hubo una calidad de vida alta 64%, moderada 34% y baja 4%, entre la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales en el asilo de “Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” ( $p < 0.05$ ). Asimismo sobre las tres dimensiones: función física, psicosocial y dolor se encuentra que existe asociación significativa siendo la prevalencia de la calidad de vida alta en la dimensión física alta y moderada en la dimensión dolor y psicosocial. Concluyendo que existe asociación entre la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales en el asilo de “Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, Breña-Perú.

**Palabras clave:** rehabilitación protésica, calidad de vida, desdentado

## ABSTRACT

The present investigation entitled "The prosthetic rehabilitation and the quality of life of totally edentulous elderly patients in the asylum of "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados", Breña-Perú, had as objective to determine the association between the prosthetic rehabilitation and the quality of life of edentulous elderly patients. For this, the ex post facto design was used, being an explanatory, non-experimental and application-level research with a quantitative approach. For the sample, a simple random probabilistic sampling was used, through the application of the qualitative variable and finite population where a population of 100 patients was worked on considering the respective inclusion and exclusion criteria. Likewise, the observational and documentary technique was used for data collection with the application of the GOHAI Index considering its three dimensions on 12 points qualified with a Likert scale on categories such as: always, frequently, sometimes, rarely and never.

As a result, it was obtained that there was a high quality of life 64%, moderate 34% and low 4%, between the prosthetic rehabilitation and the quality of life of totally edentulous elderly patients in the "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados" asylum.  $p < 0.05$ ). Likewise, on the three dimensions: physical function, psychosocial and pain, it is found that there is a significant association, with the prevalence of quality of life being high in the physical dimension and moderate in the pain and psychosocial dimension. Concluding that there is an association between prosthetic rehabilitation and the quality of life of totally edentulous elderly patients in the asylum of "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados", Breña-Perú.

**Keywords** : prosthetic rehabilitation, quality of life, edentulous

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un término empleado para lograr saber acerca de como perciben las personas su propio bienestar, de que forma captan su estado sobre áreas como la economía, salud, educación y otros; de tal forma que se busca recabar indicadores que permitan conocer la situación de próximos cambios que puedan darse en el desarrollo de los mismos. Dentro de las posibles dimensiones existentes una bastante relevante es la de salud, donde se consigue saber sobre la percepción de la misma, con el logro de conocer datos objetivos y subjetivos de los individuos participantes.

A través del tiempo se han seguido empleando diversidad e instrumentos que pretenden medir acerca de la calidad de vida en relación a la salud oral, tratando de tener un enfoque siempre objetivo, considerando que se presenta determinada subjetividad al ser la percepción de la persona la involucrada.

La salud bucal en el Perú sigue constituyendo una problemática a nivel epidemiológico, no se han realizado trabajos con evidencias de mejoras sobre el estado de salud oral sobre diversas afecciones como caries, edentulismo y otras, los cuales van a tener un impacto negativo sobre la funcionalidad masticatoria, fonación, autoestima y relaciones interpersonales entre otras, lo cual tiene una determinada repercusión en la calidad de vida de las personas. Frente a ello la rehabilitación oral es un área que busca poder devolver función a la cavidad oral a través de procedimientos como la elaboración de prótesis totales y otras alternativas según la condición oral que el paciente presente.

Es así que la investigación busca determinar la posible asociación entre la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales que pertenecen al asilo de “Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, Breña-Perú

La presente investigación ha sido estructurada de la siguiente forma:

En el Capítulo I, se presenta el Marco Filosófico, Marco Teórico y Marco Conceptual.

En el Capítulo II, se realiza el planteamiento del problema de investigación, describiendo la realidad problemática, antecedentes teóricos y definiendo el problema general, los problemas específicos. También se presenta la finalidad, el objetivo general y los objetivos específicos, delimitación del estudio y justificación, así como las variables e indicadores.

En el Capítulo III, se desarrolla la metodología, la población, la muestra y el muestreo, diseño, enfoque, las técnicas de recolección de datos, instrumento de recolección de datos y procesamiento de los datos.

En el Capítulo IV, se realiza la presentación y análisis de resultados, se cita la Información recabada mediante tablas y gráficos; así mismo presentamos la comprobación de hipótesis y discusión de los resultados obtenidos.

Finalmente, en el Capítulo V, se precisan las conclusiones y recomendaciones a las cuales se ha llegado con el trabajo de investigación y la bibliografía y anexos.

## **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Marco filosófico**

Sobre esta sección se expondrá de manera breve, de lo más actual a lo más remoto, sobre el pensamiento y análisis de algunos filósofos insignes referente a nociones y pensamientos asociados con las principales variables estudiadas del trabajo en referencia.

Como primera mención tenemos a Urzúa (2012), el cual menciona a la calidad de vida como la inclusión de la situación de salud integra, asociada a la vivienda, trabajo, economía, donde se refleja el estado de bienestar de los individuos, siendo un concepto surgido post segunda guerra mundial donde se pretendió medir objetivamente datos que puedan dar explicación a la vida individual de las personas, resultado de los análisis que esta podría experimentar variación por elementos objetivos así como situaciones subjetivas, identificando más de un indicador de calidad de vida con la felicidad, con lo cual se inició su correlación con la salud.

El incremento de la esperanza de vida no necesariamente va con la calidad en la forma de vida de los últimos años, consecuentemente se deriva en una búsqueda de mejoras para la población adulta mayor, siendo el conocimiento que se rescata sobre los procesos del envejecimiento vital para entender y saber la calidad con la que viven las personas en esta fase, sumado a un enfoque social, económico y personal.

Para Thomas Sydenham (1676), va referir el concepto de tipo humanístico integro sobre la asociación salud y enfermedad se presentan como dos fenómenos simultáneos. La investigación y argumentos se basan en la observación médica, citando al arte médico como adecuadamente aprendido del ejercicio y práctica sabiendo que la naturaleza humana y su estructura ha establecido que no es capaz, de lograr mantenerse sin cambios.

Así mismo cabe mencionar también a Kant (1781), el cual va citar en su obra principal "Crítica de la razón pura", el cual intenta brindar la teoría sobre el

conocer humano, que puede lograr aventajar las barreras de lo racional y lo empírico, pero logrando conservar indudables metas. A parte se podría dar fundamento al conocimiento y la ciencia de su época, siendo así se puntualiza que el conocimiento empieza cuando algo llamado por Kant “la cosa en sí” repercute en los sentidos. La reacción producida a base de color, sabor, sonido entre otros, se transforma en el contenido de la materia sensorial, la cual puede contener desorden y ser múltiple. La forma es el aporte del sujeto que se impone por experiencia. Cuando existe percepción de los sentidos, estos ordenan la experiencia considerando las dimensiones de tiempos, y espacio como ancho, largo y alto. La experiencia de tipo sensorial que el sujeto ordena en el tiempo y espacio representan la “cosa para mí”. Estando de esta forma “la cosa” más allá de la experiencia.

En ese aspecto Platón, puede dar una definición acerca del conocimiento y el saber, que hasta la actualidad se mantiene vigente. Puede caracterizarse a la sabiduría por la incesante búsqueda de la verdad en el interior de los objetos. Donde define:

El que siente amor por aprender se encuentra inspirado por propia naturaleza a batallar por el encuentro con el ser. No encuentra barrera sobre las diversas opiniones que se dan, por el contrario, lograr avanzar sin descanso ni vacilación, no abandonando el deseo que lo motiva hasta alcanzar el logro de cada cosa. Realizándolo en parte con el alma al que le corresponde alcanzar, de tal forma que se acerca y se combina con la verdad del ser, alimentando inteligencia y verdad. De esa forma adquiere el conocer y se va nutriendo, para cesar entonces y no antes de ello, sus molestias y quejidos de parto.

De tal manera Aristóteles, menciona que la noción sobre la causa de una cosa es la ciencia, y los inicios de las causas y principios es la filosofía como ciencia. Aristóteles va coger de Platón las nociones acerca de la filosofía como la esencia de conocimiento de las cosas, siendo inmutable, eterno y universal, con la diferencia que va considerar que no existe separación de las cosas de

la esencia. De esa forma cuando se cita el idealismo platónico, va fundar los principios gnoseológicos de la realidad, desvalorizando la experiencia como el inicio de la ciencia y el saber, que se combina con el afianzamiento de la confianza sobre el poder universal. Aristóteles mediante la observación de la realidad puede elaborar la conceptualización de ideas universales, así como la abstracción de la mente del individuo, siendo la abstracción singular de los objetos función de la inteligencia llegando a lo común y esencial de cada ente. Así se constituye la gnoseología del realismo en la filosofía como fundamento.

## **1.2 Marco Teórico**

### **ADULTO MAYOR**

La concepción de las etapas de vida se enmarca dentro de contexto del desarrollo de la persona, así la última de ellas es la del adulto mayor, apareciendo a forma denominación alterna a términos como anciano o persona de la tercera edad. Esta representa la última etapa de vida de las personas, y se conceptualiza como una fase acompañada de declive de varias funciones orgánicas, físicas, psicológicas donde hay pérdida gradual de capacidad sensorial, así como cognitiva (1).

El proceso se da de manera gradual y adaptativa, produciendo varios cambios morfológicos, psicológicos y químicos. Así en el campo psicológico de van a plantear algunas perspectivas:

-Los cambios biológicos: presenta variaciones orgánicas con afección del potencial físico relacionado a la edad.

-Los cambios psíquicos: variaciones cognitivas, alteraciones del comportamiento afectivo, autopercepciones, algunos conflictos, así como algunas creencias.

-Los cambios sociales: se asocian con necesidades en función de redes formales e informales que valoren la presencia del adulto mayor en su entorno.

La OMS se pronunció sobre el envejecimiento activo como un proceso de optimización de bienestar social, físico, y mental a través de la vida de las personas con el propósito de incrementar la esperanza de vida de los mayores. Con el propósito que la persona siga teniendo independencia y actividad a través del reforzamiento de promoción y prevención en salud con el equilibrio surgido entre el estado y la familia (1).

Se refiere la necesidad de conocer sobre determinadas actitudes a considerar sobre la vejez, debido a la influencia que pueden representar las mismas sobre los pacientes geriátricos, considerando también que existe más necesidades que demandan en los servicios. Aparentemente: La etiología de dichas situaciones podrían ser, que las personas no poseen suficiente conocimiento sobre la relevancia y cuidados de la salud oral, percepción de la pérdida dentaria como un proceso natural, poca importancia a la atención odontológica como servicio durante la vejez, aparte de problemas financieros propios. Al producirse el cambio en estas actitudes viabiliza el conocimiento y prácticas con este grupo, que podría influir positivamente en su confort repercutiendo en su calidad de vida. Debido a esto se debe considerar la prevención, procedimiento y realizar el tratamiento rehabilitador oral acompañado de consideraciones mentales, sociales y físicas en la vejez (2).

Cuando se planea realizar intervenciones en el paciente adulto mayor en base a decisiones con acierto, se debe contar con ciertos criterios como la calidad de vida, actitudes del individuo, como se limita el tratamiento, barreras del operador y pronóstico (2).

## **PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN EL ADULTO MAYOR**

En el ámbito local un estudio sobre salud y enfermedad oral del grupo de adultos mayores en Lima, tomando como referentes frecuencia de caries, periodontopatías, lesiones a nivel de mucosa y necesidad de tratamiento, en un grupo de 120 personas adultas mayores de setenta años pudieron obtener una edad promedio de 71 años con un 70% del género femenino, con afección de presión arterial en un 33%, y diabéticos en un 10,8%, alteraciones a nivel de mucosa con un 10,8% con localización a nivel de reborde alveolar y el paladar. Hubo presencia de sangrado y cálculo en un 52% (3).

El 23,3% con necesidad de profilaxis, un 11% con necesidad de destartaje y alisado radicular. El CPO presentó una meda de 19.71. El 31,7% portaban prótesis dental removible superior y en un 19,2% prótesis fija, pero con alta necesidad de prótesis removible a nivel de ambos maxilares (Campodónico C et al. 2012) (4).

Se observa en algunos adultos mayores disminución del gusto, debido a pérdida del sentido del olfato con variación de receptores en la textura, gusto del paladar y la textura, que pueden incrementarse según el tipo de prótesis dental que la persona utiliza (5).

Así mismo variados elementos intervienen en la formación de caries dental, en el caso de la caries radicular surgen particularidades como la recesión de la gingiva con exposición de la superficie radicular, la poca salivación por medicamentos, enfermedades sistémicas y uso de prótesis que son más frecuentes en adultos mayores. Frente a esto se evidencia la necesidad de reafirmación de la carga de enfermedad en el grupo de adultos mayores para poder tener indicadores necesarios, óptimos sobre la epidemiología y poder tomar decisiones acertadas a nivel de la salud pública como contar con datos necesarios de la calidad de vida que se asocie a salud oral en los adultos mayores (5).

## **CALIDAD DE VIDA**

Es un concepto que abarca diversas dimensiones donde se incluye la salud tanto física y mental, hogar, estados de satisfacción en ambientes de trabajo, así como económicos siendo un indicador sobre bienestar en la comunidad.

Surge por vez primera en Estados Unidos con indicadores que al inicio no lograban medir la calidad de vida de forma personal. Los trabajos sobre psicología muestran que la calidad de vida tenía variación por elementos objetivos, así como subjetivos que los individuos realizaban de ellas mismas, con el logro de identificación de indicadores como satisfacción de vida y felicidad (6).

La calidad de vida asociada a la salud (CVRS) está centrada sobre percepciones que posee la personas acerca de su misma salud y capacidad, teniendo en cuenta la diferencia que existe entre autopercepción y criterio del mismo profesional vinculado a salud, donde se señala cambios experimentados frente a la enfermedad sometidos a determinadas terapias (6).

Al incorporar mediciones de CVRS de forma individual, puede brindar mejorías al examen integral de salud en los individuos, evaluando eficiencia de intervenciones y poder orientar mejora de terapias o hacer algún cambio en la salud y su enfoque. Para su evaluación se ha creado instrumentos que puedan medir sensaciones de las personas respecto a la salud. Pueden estos instrumentos ser genéricos y específicos, donde los genéricos evalúan CVRS en general, sin establecer nexo con la patología, se recomienda para que se apliquen en individuos sanos o afecciones de salud, a diferencia de otros instrumentos específicos se dirigen a la medición de CVRS en individuos enfermos o afección particular, teniendo como objetivo el esclarecer como esa enfermedad puede modificar la CV del paciente o como puede mejorar un tratamiento su CVRS (6).

## **VEJEZ Y CALIDAD DE VIDA**

El envejecimiento de la población actualmente es de importancia internacional, siendo un fenómeno nuevo a nivel poblacional que ya empieza a vivirse, siendo una realidad que emerge rápidamente involucrando políticas públicas, grupo de científicos, así como diversas y variadas esferas institucionales, con importancia marca y creciente a nivel mundial (7).

La proporción de personas mayores de 60 años empieza a incrementarse sin igual que otro grupo, dentro de un enfoque de esperanza de vida con tasas disminuidas de fecundidad. A su vez las políticas públicas de salud, así como la mejor planificación económica pueden considerar un éxito el envejecimiento así como un reto que involucra a la sociedad con su participación para adaptarse a mejorar la salud y capacidad de función (7).

Canadá muestra el mayor número de población con envejecimiento, aunque las Naciones Unidas indican en sus reportes que en un tiempo menor de 10 años Cuba, Barbados entre otros lograrán superar a Canadá. Para la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), señalan que los estados deben involucrar políticas para que los grupos de adultos mayores tengan participación de forma activa en la comunidad y disminuir la inequidad que conlleva a enfermedad (6,7).

El envejecimiento a nivel individual inicia con la vida misma, existiendo polémica a nivel teórico y criterios de las personas, siendo una concepción abstracta y concepción social antropológica. Para la psicología desde el inicio de la infancia, adolescencia, pubertad, adultez, la vejez se ha colocado como la última etapa en el ser humano, no estando para muchos el concepto ligado a la edad cronológica, sino a un deterioro físico, mental, estado pesimista, deterioro cognitivo. Pero otros si la conciben desde una edad para su inicio, existiendo diferencias de conocimiento de la comunidad científica con la de las personas comunes. Siendo algo más claro que la etapa de vejez inicia en un

punto de la vida y el envejecimiento ocurre a lo largo de la vida a manera de proceso (7).

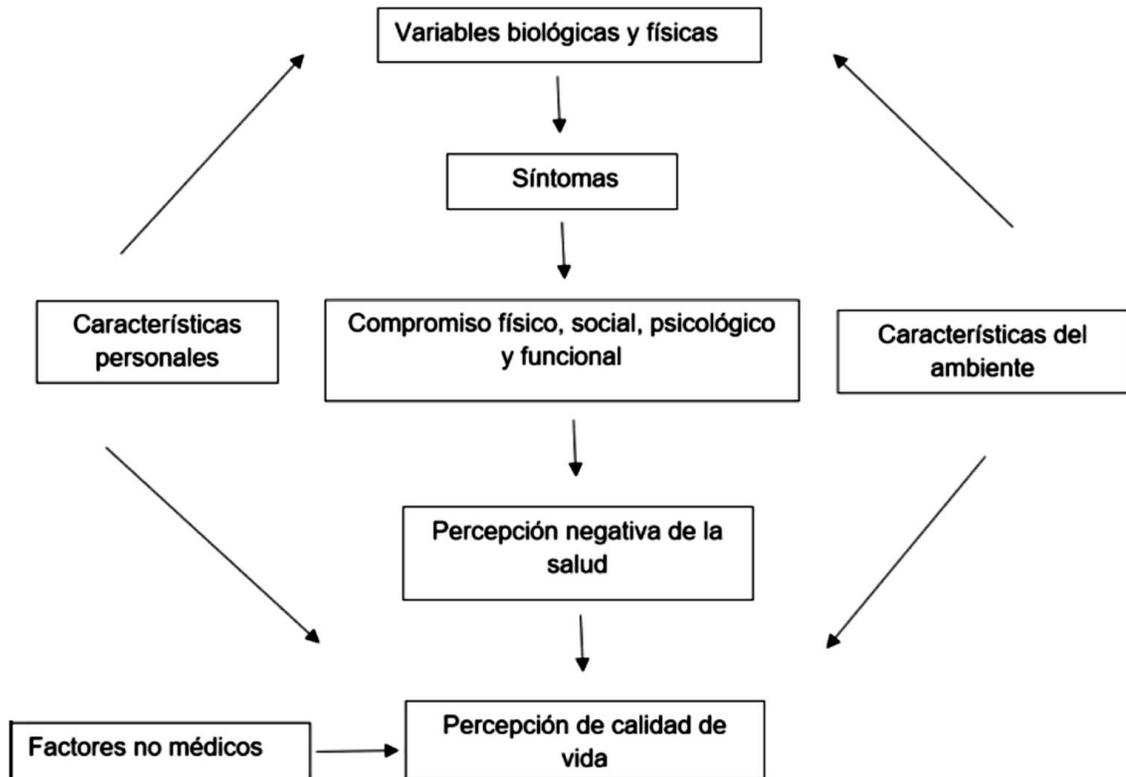
## **CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL**

Existe un incremento de la consideración de elementos subjetivos dentro del contexto de modelo biomédico y sus cambios, tomando así los signos de la enfermedad que forman parte del concepto de salud con enfoque biopsicosocial. En este campo el contexto de calidad de vida indicado por la OMS sobre la percepción de vida dentro de la cultura asociado a valores, estándares y expectativas, representa un aporte cuando se evalúa las patologías y tratamientos en la identificación por parte de la población y sus problemas (8).

Todos los aspectos asociados con la presencia de una enfermedad o de tratamientos están contenidos en el concepto de calidad de vida enmarcado dentro de un contexto de bienestar. La comprensión de elementos biológicos, así como fisiológicos van a interactuar con caracteres individuales y del entorno para producir diversas situaciones que relacionan funciones tanto físicas, sociales y psicosociales las cuales van generando percepciones negativas sobre la salud que añadidos a elementos de tipo no médicos logran un resultado sobre la calidad de vida (6.8).

Así mismo los estudios vinculados a salud oral y calidad de vida, han ayudado al entendimiento del impacto de la salud bucal y como las afecciones bucodentales pueden determinar el estado de salud oral, relaciones con la sociedad, situación laboral y bienestar en general. Pero con frecuencia la salud oral se encuentra vinculada a la percepción de la estructura anatómica oral olvidando la asociación con la salud en general. La denominación de calidad de vida asociada a la salud oral da importancia al impacto producido por

enfermedades de la cavidad oral en la función y bienestar biopsicosocial de la persona (8).



Percepción de calidad de vida y salud

Tomado de Modelo de Wilson y Clearly adaptado de Locket *et al.*

## INDICADORES Y EL INDICE GOHAI

Varios estudios muestran que las situaciones diarias de vida que incluyen el estado de salud oral pueden tener repercusión en la calidad de vida (CV), de la persona. Existe una cuantificación objetiva de la salud oral con el uso de índices, lo cual ha vuelto a valorar el nexo entre calidad de vida y salud bucal, a este se refiere como un concepto asociado a cuatro dimensiones: apariencia

oro facial, dolor, impacto psicosocial y función. Para ello existen variados instrumentos como (9).

-Oral Health Impact Prolife: OHIP

-Dental Impacto on Daily Living: DIDL

-Oral Impact on Daily Performances: OIDP

-General Oral Health Assessment Index-GOHA

El GOHA conocido como Índice General de valoración en salud bucal, tuvo su creación por Atchison y Dolan en 1990, usado en diversas investigaciones para la determinación de propiedades psicométricas y adaptadas en otros idiomas. Es un instrumento conformado por doce ítems que se expresan como interrogativa evaluándose con una escala tipo Likert con variación del uno al cinco, teniendo una variación de puntajes comprendidos entre doce y sesenta puntos. Representa una escala dimensional sin punto de corte, pero debe ser considerado incorrecto en la metodología, ya que para el rendimiento operativo considerando puntos de corte debe existir comparación contra un gold-standard que no hay referencia con respecto a CVRSB. De tal forma que podría originar sesgos en la medición para investigaciones. Debido a este punto se necesita la utilización de una escala creada en una lengua diferente al idioma de la comunidad donde se realiza la investigación o también se puede emplear el mismo lenguaje, pero con un emplazamiento nuevo dando referencia sobre su consistencia interna o mejor aún el rendimiento psicométrico, el cual está conformado por los siguientes ítems (9).

Algunas versiones existentes en el idioma español, se realizó la publicación en 1999 y otra versión mexicana en el 2010, para la aplicación de la misma debe tomarse en cuenta el mayor parecido de la población sobre la cual aplicarla (10).

Para la propuesta original del índice GOHAI cuando se realiza la medición de CVRSB se representa de manera unidimensional, pero van haber menciones de 3 dominios:

- 1.-Función física (preguntas 1-4) comprende: comer, hablar y deglutir
- 2.-Función psicosocial (preguntas 6-7 y 9 -11) comprende: preocupación por salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia sobre salud bucal y problemas de contacto social por dificultad oral.
- 3.-Dolor o incomodidad (preguntas 5,8 y 12) comprende: utilización de fármacos para alivio en la cavidad bucal.

Las respuestas tipo Likert incluye el 1(nunca) a el 5 (siempre), con excepción del items 2, 4 y 6 que por redactarse de manera positiva se invierte el puntaje para el control del sesgo llamado también wording effect. Para realizar el cálculo del puntaje global se efectúa la sumatoria de los doce ítems (cálculo del mínimo y máximo puntaje 12 a 60), siendo la mayor puntuación un indicador de mejor autopercepción de la CVRSB en la persona (9,10).

## **REHABILITACIÓN PROTÉSICA**

No existe un sustituto que pueda igualar las características y funciones de las piezas dentarias en toda su complejidad, pero los tratamientos rehabilitadores protésicos siguen siendo una buena opción para los pacientes desdentados totales, constituyéndose en el principal tratamiento las personas que presentan esta necesidad (11).

Al realizar el remplazo de las piezas dentarias se efectúa la prevención terciaria donde puede anticiparse la instalación o secuela de más alteraciones orales a la que está expuesto el paciente en caso no sea rehabilitado, como mayor reabsorción alveolar, flacidez muscular, así puede mejorar sus

funciones orales y limitar el riesgo sobre problemas de nutrición asociados. Sobre este puede darse la evidencia de una mayor eficacia masticatoria con el uso de la prótesis dental. Estando acorde con la mejora nutricional de la mayor recuperación masticatoria mediante una rehabilitación protésica óptima que aporta a la calidad dietética e ingesta correcta de nutrientes al encontrarse correctamente ajustada y estable en boca. Los pacientes desdentados que usaban sólo una prótesis tenían un mayor riesgo de malnutrición, comparado con los que poseían número mayor de piezas dentales o hacían uso de ambas prótesis. El mayor problema siempre se ha encontrado vinculado al desdentado del sector inferior, donde el odontólogo posee mayor dificultad para lograr la retención y estabilidad protésica debido a factores como flexión mandibular, escaso reborde alveolar, inserción de músculos, estos elementos logran dificultar y limitar en el paciente la selección de alimentos. Sumado a ello es la constante inconformidad de los pacientes con el sector inferior, a nivel de prótesis parciales y totales, con menor utilización que el sector superior. Con lo que ha empezado a ser más requerida la rehabilitación implanto soportada, los cuales pueden ir dando mejoría a varios parámetros dentales, así como disminución de malnutrición con lo que la satisfacción del paciente se eleva (11).

La prótesis dental total, llamada también prótesis completa, es aquella que se realiza en pacientes que han perdido la totalidad de sus dientes, a los cuales se les denomina desdentados totales. Este tratamiento, posee como propósito la devolución en un grado de porcentaje la función masticatoria con lo cual puede apreciarse mejoras sobre la estética, fonética, confort y comodidad del paciente en patrones de movimientos funcionales y conservando las otras estructuras presentes (Boucher, 1994; Vilcahuaman, 2009).

Las estructuras dentarias tienen un sistema de soporte disímil a la prótesis total. Las estructuras de soporte en un paciente desdentado, están formadas por tejidos duros y blandos (Winkler, 1982).

En el laboratorio y en la clínica existen fases diversas para la ejecución del aparato protésico, dentro de estas fases la que merece especial consideración y conocimiento especializado es cuando se realiza el instalado y control, siendo de forma obligatoria inclusive para situaciones donde no exista molestia o dolor aparente; siendo la falta de retorno del paciente muchas veces ocasionado por una incorrecta comunicación con el profesional a cargo que no logra orientarlo de manera justificada para seguir con esta fase de la instalación en la prótesis total (Corona, 2007).

## **EDENTULISMO**

Es una anomalía dentaria caracterizada por la pérdida de piezas dentales de forma total o parcial, teniendo un origen de tipo adquirido o congénito. El edentulismo congénito total se caracteriza por las manifestaciones de signos y síntomas congénitos bastante graves sin compatibilidad con la vida. El caso del edentulismo adquirido se refiere a la pérdida dentaria a lo largo de la vida del individuo, siendo más común a comparación del congénito, resultando ser de tipo secundario por secuelas de procesos cariosos, patologías periodontales y traumatismos orales (12).

La pérdida de las piezas dentarias según la edad, (McCracken 2006), refiere que existe una asociación puntual de la pérdida dentaria a través de la edad y la presencia de piezas que se retienen por un mayor periodo de tiempo que otros. Se indica que existe una variación de pérdida dentaria según la arcada dentaria y con una mayor pérdida a nivel del maxilar superior. Así mismo con una diferencia dentro de la propia arcada dentaria con mayor prevalencia de piezas del sector posterior que el anterior (12).

Siendo en muchos casos las piezas dentarias antero inferiores las que logran permanecer más tiempo en la cavidad oral, preferencialmente los caninos, así como encontrar constantemente un maxilar opuesto desdentado a el maxilar inferior con piezas anteriores (12).

El desdentado puede ir acompañado de flacidez muscular, pérdida de la dimensión vertical, disminución de peso, reabsorción ósea mandibular y maxilar, limitación funcional, pérdida de estética entre otros (12).

El MINSA, señala a través de un documento técnico sobre el "Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 Vuelve a sonreír" el que se publicó el 2012 como una condición de la persona que ha perdido una o más piezas dentales debido a traumas y/o patologías presentes (13).

#### Desdentado parcial

Representa la pérdida no total de las piezas dentarias producto del fin de un proceso como caries dental, traumatismos, enfermedad periodontal, etc así como de elementos externos que se asocian con procedimientos odontológicos, la accesibilidad a los servicios de salud y costos originados por procedimientos (11).

Las consecuencias más comunes son la disminución de eficacia masticatoria, extrusión de piezas, reabsorción alveolar, migración dentaria, lo que produce alteraciones variadas sobre la oclusión (11).

#### Desdentado total

Esta anomalía dentaria representado como el estado donde las piezas dentarias no se encuentran presentes en ninguna de las arcadas dentarias en su totalidad, pudiendo tener como etiología un proceso multifactorial que comprende elementos de tipo biológico, ambiental y asociados al paciente. Las

secuelas como pérdida de adherencia de la encía y el soporte de la pieza dentaria que luego de su destrucción exponen al diente en ausencia del tejido de soporte (11,12)

Producto de los procesos cariosos se da la extracción dentaria, la cual representa la segunda etiología de edentulismo en personas de menos de 50 años y la primera etiología en los mayores de 60, el traumatismo se ubica como la tercera causa del edentulismo, producido en lesiones cráneo faciales que como secuelas dan la pérdida dentaria (12).

### **NECESIDAD DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA**

Cuando se produce la pérdida dentaria con el transcurrir de los años en función a patologías como caries, periodonpatías, y otros, se traduce en una deficiencia masticatoria que se va incrementado con el transcurrir de los años, pero que sin embargo muchas personas logran adaptarse para poder realizar la trituración del alimento lo que produce el paso de un bolo alimenticio incorrectamente formado (14).

Una gran parte de la población adulta mayor tiene diversas patologías y discapacidades que los limitan funcional y cognitivamente lo que limita su independencia para la vida diaria en esta etapa (14).

Con la posible rehabilitación protésica oral del paciente se aspira poder obtener en la persona una mejor masticación, aspecto estético, mejor vocalización que pueden finalmente elevar su calidad de vida (14).

Es la ausencia parcial de las piezas dentarias sin llegar a su totalidad dentro de las arcadas dentarias. O también llamada la múltiple pérdida de dientes que conforman brechas sin dientes (14).

Además; La nueva generación de adultos mayores exigen un mejor trato, dejando de lado la conformidad, demandando mayor consideración, recuperación de imagen, función y dejando síntomas de diversas enfermedades. Aunque se debe tener en cuenta lo multifactorial en este tipo de persona, que con frecuencia experimenta problemas psicológicos, sociales, aparte de odontológicos. En función a este panorama, poder crear la mejor opción de tratamiento se puede convertir en una admirable tarea (15).

Algunos estudios citan datos de población en adultos mayor donde un 60.4% es totalmente edéntulo, de los cuales un 69,7% usa dentaduras, otro 33,8% tiene la necesidad de remplazo de la prótesis, un 28,5% no poseían prótesis, pero tenían necesidad de uso, y solamente un 1,6% de este grupo no necesitaba prótesis dental. Para algunos países como Chile por ejemplo existe un 48,3% de edéntulos totales y un 51.7% de edéndulos parciales, a su vez en el grupo de mayores de 60 años pertenecientes a un estratosocioeconómico perteneciente a la zona norte de Santiago hay un 25,9% de desdentados totales (15).

En la gran mayoría de los trabajos sobre la necesidad protésica donde incorporan una manera de clasificar los arcos edéntulos parciales se usa la clasificación de Kennedy. En otros países como Venezuela la clase I de Kennedy de la arcada inferior resulta la que tiene mayor frecuencia. Estando asociado al patrón de pérdida dentaria que muestra que la pérdida dentaria inicia en la región molar, a su vez seguido de la región premolar y las piezas antero inferiores finalmente (15).

### **1.3 Marco Conceptual**

- a. **Adulto mayor:** Este es el término o nombre dado a quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas con más de 65 años de edad (2)
- b. **Envejecimiento:** proceso adaptativo y gradual donde ocurre una considerable disminución de las capacidad cognitivas y orgánicas (1).
- c. **Calidad de vida:** estado multidimensional que comprende dimensiones de salud mental, física, vivienda, satisfacción del entorno, estado económico usado para saber el bienestar de una comunidad (6).
- d. **Tratamiento rehabilitador:** procedimiento empleado en el paciente para reponer estructuras perdidas producto de afecciones patológicas, genéticas, o traumatismos con diversos grados de afección.
- e. **Prótesis dental:** dispositivo oral diseñado para remplazar estructuras dentarias y devolver funciones orales variadas al sistema estomatognático (11).
- f. **Base protética:** Zona de la prótesis dental en contacto con el tejido mucoso (15).
- g. **Edentulismo:** anomalía dentaria caracterizada por ausencia de piezas dentarias a nivel de los maxilares, de etiología variada la cual puede ser parcial o total (12).
- h. **Índice GOHAI:** indicador sobre la salud bucodental geriátrica/general, asociada a la calidad de vida. (9)
- i. **Salud oral:** ausencia de enfermedades orales y alteraciones que pueden limitar en el paciente la capacidad de morder, triturar, hablar y sonreír las cuales tienen repercusión sobre el estado psicosocial.

## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1. Planteamiento del problema**

#### **2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

Existe un incremento de la población adulta mayor a nivel mundial durante los últimos años. Existe un 7% de población adulta mayor en el Perú, teniendo una proyección aproximada de 12% en futuras décadas. Sin embargo, sobre esta población no se ha realizado muchas mejoras sobre su entorno y modo de vida. Se considera un problema complejo a nivel nacional tanto en la ciudad de Lima y más en otras zonas del país, que acoge una considerable población a nivel rural que no posee servicios básicos que brinden niveles óptimos de salud oral y vida. (Yera Fernandez 2010) (16).

Resultado de esta situación se han producido significativos cambios sobre la distribución de género y edad, con una estimación de alrededor de cuatro millones y medio de adultos mayores para el año 2025 y unos nueve millones para el año 2050, acompañado de una feminización del proceso de envejecimiento. Esta población se caracteriza por tener alteración del patrón del sueño, pérdida de reflejos degeneración de las estructuras orgánicas, trastornos cognitivos, pérdida de fuerza y masa muscular entre otros, por tal motivo existe una repercusión marcada sobre las expectativas de vida de los mismos (17).

A nivel oral existen también variados cambios y alteraciones prevalentes como caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía, alteraciones de la ATM, glosopatías, patologías de tejidos blandos, cáncer bucal, trauma de oclusión, recesión gingival y edentulismo. El edentulismo puede ser ocasionado a partir de afecciones periodontales, así como por caries dental y traumatismos,

pudiendo ser parcial o total, los cuales actuarán alterando funciones de fonación, estética y autoestima (17).

Así mismo la calidad de vida se encuentra considerada como un estado de complacencia global, resultado de las capacidades de la persona y su disposición, donde existe un estado subjetivo asociado al bienestar psicológico, social y físico, y un estado objetivo asociado a la parte material, social y entorno físico, aparte de la comprensión objetiva sobre la percepción de la salud. Este concepto asociado a la salud bucal posee la consideración del planteamiento sobre mediciones a efectuar de forma similar a algunos indicadores de tipo clínico usados en la práctica diaria en la que existen dimensiones a tomar en cuenta tomando en consideración el tipo de población sobre la cual se desea investigar (18).

Dentro de esta calidad de vida se constituyen variados elementos a tomar en consideración como el factor familiar donde interviene la interacción entre sus miembros lo cual determinar el entorno y variedad de experiencias que surgen entre ellos para adaptarse a vivencias familiares, el factor social con la participación en variadas actividades en deporte, culturales a nivel grupal que brinden satisfacción de vida dentro de su entorno social y el factor económico que brinda la satisfacción de necesidades primarias y no primarias para una vida en entorno de comodidad, esta última considera también la satisfacción de necesidades de salud, donde puede ubicarse los tratamientos especializados como el odontológico (18).

Este estudio está enfocado a los pacientes adultos mayores q asisten al curso de prótesis totales que desean ser Rehabilitados de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; Ubicada en Av. Simón Bolívar 165 Pueblo Libre.

La Organización Mundial de la Salud hace referencia que el edentulismo es una situación de ineficiencia la cual altera de manera significativa la salud

bucodental y general teniendo repercusión directa sobre la calidad de vida en la comunidad. A su vez se produce un cambio en la alimentación de las personas que se traduce en estados alterados de nutrición por una incorrecta selección de los alimentos, sintomatología como el dolor a nivel de regiones edéntulas e ineficiencia masticatoria. Por otro lado, el factor estético puede ser también de alto impacto sobre este grupo por la percepción que la población (19).

Dentro de los tratamientos odontológicos podemos ubicar al tratamiento rehabilitador protésico mediante aditamentos artificiales para remplazo de las estructuras dentarias con implicancia de recuperación de funciones masticatoria, fonética y estética para el paciente, este último puede incluso convertirse en un estigma por la fácil percepción de la ausencia de piezas dentarias en el sector anterior (18).

Los estudios sobre tratamientos rehabilitadores que vinculen su influencia a la calidad de vida en grupos de adultos mayores han cobrado interés en función al cambio sociodemográfico que ha producido su incremento en la última década (20).

El desarrollo de estos tratamientos correctamente enfocados y con un protocolo estandarizado de calidad, pueden contribuir a elevar la salud y calidad de vida dentro de un enfoque de salud pública global, que considere etapas de vida en las personas con sus propias características, peculiaridades, y prevalencia de afecciones dentro de cada grupo humano.

Es de esta forma que frente a esta realidad surge la necesidad de saber que influencia tiene la rehabilitación protésica en la calidad de vida de adultos mayores desdentados totales en el curso de Prótesis Totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

## 2.1.2. Antecedentes Teóricos

### A nivel Nacional

Se realizó la búsqueda de información pertinente en las universidades nacionales, obteniendo las siguientes publicaciones

**Valencia (2019)** realizó en Lima, una investigación titulada “Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la Clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos” con el objetivo de poder determinar el impacto que produce la rehabilitación bucal en la calidad de vida asociada a la salud bucal. El trabajo fue observacional, transversal, prospectivo y descriptivo, realizado en una muestra de 217 pacientes correspondientes al periodo 2016, 2017 y 2018, se realizó una revisión tipo manual del grupo de historias clínicas para luego telefónicamente invitar a participar a los mismos, previa firma del consentimiento informado, realizaron el llenado de la encuesta con datos generales y el índice GOHAI de la versión española con doce ítems en función física, psicosocial y dolor o incomodidad. Se obtuvo como resultado del impacto de la rehabilitación oral en la calidad de vida que existe un impacto alto en la calidad de vida en un 41,5% un impacto moderado en la calidad de vida en un 30,9% y un impacto bajo en la calidad de vida en un 27.6%, con lo que se obtuvo un valor promedio de impacto moderado de un 52,4% en la calidad de vida asociada a a salud bucal. En la función física el mayor porcentaje dijo no tener problemas para hablar con prótesis (66,8%), en la función psicosocial el mayor porcentaje manifestó no estar nervioso por problema asociados a la prótesis (82%), en el dolor o incomodidad el mayor porcentaje indicó no usar medicamentos para incomodidad o similar (92,6%). Concluyó que sobre las dimensiones del instrumento existió un mejor puntaje en la valoración del dolor o incomodidad, seguido de la función psicosocial y

la física respectivamente, se evidencio asociación entre el índice GOHAI y percepción de retención y estabilidad en la prótesis (21).

**Vargas (2018)** elaboró en Lima, un trabajo titulado “Calidad de vida y salud bucal en usuarios de prótesis dental removible del Centro integral del adulto mayor”, con el objetivo de analizar la relación entre la calidad de vida y el uso de la prótesis dental removible” el estudio fue de tipo observacional descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con una población de 99 personas adultas mayores (PAMs) que fueron elegidas por muestreo probabilístico; en la recolección de datos se aplicó un instrumento de identificación, el índice CPOD, IOHS, índice de estado de la prótesis y el oral Health Impact Profile (OHIP-EDENT), se realizó la validación del instrumento para conservación y adaptación de la prótesis con modificación de la puntuación. El análisis bivariado fue mediante la prueba no paramétrica de Tau b de kendall para variables categóricas y ordinales, para un  $p < 0,05$ , con un 95% de confianza. Obtuvo como resultados que la mayor parte de pacientes evidencia un nivel regular de calidad de vida, seguido de un nivel bueno y en último lugar deficiente, siendo en referencia a la incapacidad social el nivel de calidad de vida buena más alto (56.6%) y deficiente el menor con un 5,1%. Concluyó que un 23,2% muestran una calidad de vida buena con una regular salud oral con una baja asociación estadística ( $p=0,004$ ), un 84,8% de los pacientes se adaptaron a sus prótesis y un 26,3% las mantuvo en condiciones óptimas (22).

**Quispe (2018)**, elaboró en Puno, un trabajo acerca de “Relación entre salud oral y la calidad de vida del adulto mayor del distrito de Paucarcolla” con el propósito de conocer la asociación sobre salud bucal y calidad de vida en grupo de adultos mayores. Fue un trabajo de nivel relacional y de tipo prospectivo, observacional con corte transversal, donde se consideraron mayores de 65 años incluidos en el programa Pensión 65, los cuales participaron de forma voluntaria. La muestra estuvo constituida por noventa

participantes determinados de forma probabilística, se utilizó como instrumento la encuesta GOHAI, y aplicación del examen oral clínico para los participantes teniendo en consideración, la higiene oral, el CPO-D, así como índice periodontal comunitario. Se obtuvo como resultados que un 86.7% muestran una mala calidad de vida, con predominio del grupo mayor de 85 años y en menor frecuencia el grupo de 70 a 74 años, asimismo se encontró asociación entre la calidad de vida y la higiene oral ( $p < 0.05$ ) como también se evidencia asociación entre calidad de vida y caries dental ( $p < 0.05$ ). Se concluyó que la experiencia de caries y salud periodontal poseen asociación con la calidad de vida de los participantes, como también hay asociación de la calidad de vida con el maxilar superior, pero no hay asociación del estado protésico con la calidad de vida, pero que tiene mayor predisposición en el maxilar superior (23).

**Mamani (2013)**, realizó en Tacna, una investigación sobre “Calidad de vida de los adultos mayores edéntulos portadores y no portadores de prótesis removible atendidos en el consultorio dental del Centro de salud Ciudad nueva durante enero-marzo 2013”, es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Su población estuvo formada de personas mayores y edéntulas que acudían al servicio odontológico del Centro Ciudad Nueva en el periodo comprendido entre enero y marzo. Para esta investigación y su desarrollo íntegro no se tuvo en cuenta el tamaño muestral ni la muestra, ya que se incluyó la totalidad de pacientes que tenían los criterios para ser incluidos. Se observó que hubo un total de 60,4% de adultos mayores edéntulos del género femenino y un 39,6% género masculino. Así mismo se consideró un 28,7% de personas en edades de 61 a 65 años, seguidos de un 26,7 % en edades de 71 a 76 años y un 24,7% en edades de 66 a 70 años, y hubo 79 de los 101 adultos edéntulos que se atendieron en el centro de salud, que tenían edentulismo parcial, que eran un 78,2% del total registrado. A su vez 22 pacientes tenían edentulismo total que eran el 21,8% del total de adultos edéntulos, un 22,8% tenían prótesis removibles superiores un 77,2% no usaban. A su vez los pacientes que portaban prótesis inferiores poseían mejor

calidad de vida comparados con los que no tenían. Se concluyó que la calidad de vida estimada con la Escala Global SF-36 muestra la no existencia de diferencias entre personas portadoras y no portadoras ( $p=0,453$ ), teniendo mejor calidad de vida aquellos adultos no portadores de prótesis en la dimensión física, no física y corporal, que los no portadores ( $p<0,05$ ) y menor calidad de vida sobre la función social, comparados con los portadores ( $p=0,00$ ) (24)

### **A nivel Internacional**

Se realizó la búsqueda de información pertinente sobre fuentes internacionales, obteniendo las siguientes publicaciones

**Alves et al. (2018)**, realizó en Brasil, un trabajo sobre “Calidad de Vida Relacionada a Prótesis Totales”, con el propósito de evaluar la mejora de la calidad de vida de los individuos que hayan sufrido las pérdidas totales de dientes que en el tiempo van a conducir a pérdidas de tono muscular, los cuales tienen efectos adversos sobre la estética facial y la masticación, deglución y habla como funciones; se realizó a través de un estudio

longitudinal, descriptivo y comparativo aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Onofre Lopes. El instrumento utilizado para evaluar el impacto de la calidad de vida fue la versión brasileña de la Perfil impacto en salud oral para pacientes desdentados (OHIP edent) que consta de 19 preguntas agrupadas en cuatro sub escalas descritas y validadas por Souza et al. La calidad de vida se evaluó en tres etapas durante el uso de las antiguas prótesis dentales, y después de tres meses y dos años de uso de las nuevas prótesis. La población fue de 36 participantes, gran parte de la muestra se perdió en el transcurso de las evaluaciones reduciendo a 22 participantes quedando al final solo con 15 los cuales 13 fueron mujeres y 2 hombres, con una edad promedio de 50 y 82 años, el tiempo de uso de la prótesis fue igual o menor de 5 años (26,67%), y más de 5 años (73,33%). Se tuvo como resultados que no hubo diferencias entre los períodos evaluados en las áreas de dolor orofacial muscular y la incomodidad e incapacidad psicológica y social, Se concluye que la principal razón para hacer el cambio de prótesis se refieren a la falta de estabilidad y retención sea por el proceso continuo de cresta ósea o una disminución en la cresta alveolar 1mm aproximadamente por año siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar esta se puede dar por la mala adaptación de la prótesis la medición de la calidad que evaluaron está relacionada con la salud oral de la vida que permite la evaluación de la percepción subjetiva del paciente de su condición y constituye un factor clave para la práctica clínica, con el objetivo de mejorar la comprensión y la dirección terapéutica de los profesionales involucrados (25).

**Morales (2017)** elaboró en Ecuador, una investigación titulada “Influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en pacientes que acudieron a la Clínica odontológica de la Universidad de las Américas en octubre 2016”, siendo el objetivo determinar la influencia de edentulismo sobre la calidad de vida de los pacientes que. Esta investigación consistió en un estudio descriptivo, transversal y observacional sobre una población de 3500 personas. Para la

muestra final se hicieron cálculos usando formulas, dando resultados: de una población de 473, y un resultado final de la muestra: 158 personas, para lo cual se usaron las historias clínicas del paciente para registrar el edentulismo. Se aplicó el método de recolección mediante la encuesta de Oral Health Impact Profileb (OHIP.14). Los resultados fueron divididos en 2 grupos, el primero fue con una puntuación menor a 21, y el segundo con una puntuación mayor a 21. Los resultados en el sexo femenino, tuvo una frecuencia de 105 (66%) mientras que en varones fue 53 (34%). El tipo de edentulismo mostro resultados: parcial (86%), total (8%) y ambas (6%). Los resultados obtenidos sobre la calidad de vida los pacientes fueron: alto, 11 personas (7%) y bajo, 147 personas (93%). Se concluyó que a pesar de que el edentulismo presenta dificultades al momento de la masticación, dificultad para pronunciar palabras, el presentar dolor en boca, presentar mayormente impacto a nivel psicológico, este no ha tenido un fuerte impacto en la vida cotidiana del paciente, mostrando así un resultado bajo en la afectación de calidad de vida del paciente (26).

**Carpio (2017)** realizó en Guayaquil, una investigación titulada “Impacto del edentulismo en la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad Piloto de odontología de la Universidad de Guayaquil”. Con el propósito de medir la repercusión de la pérdida dentaria en la calidad de vida de un grupo de adultos, para lo cual desarrollo un estudio relacional y transversal donde se empleó la encuesta OHIP- 14EC para recolección de la información de las observaciones clínicas a personas que padecen de edentulismo con el fin de medir la calidad de vida, problemas bucodentales y autopercepción de las personas. Para el estudio 201 personas fueron seleccionadas previos a requisitos establecidos y analizados en la Clínica Integral de la Universidad de Guayaquil a través de un examen clínico intraoral y modelos de estudio con lo cual se procedía a evaluar de Índice de O’leary y

CPO, que constaba de catorce preguntas en un tiempo aproximado de 5 minutos por paciente. En el estudio se obtuvo como resultados según las variables de edad, nivel educativo y nivel socioeconómico, así en la variable edad las personas mayores de 18 años obtuvieron 31.3% y los de 41 a 50 años con el 57.7% siendo el sexo femenino más preocupadas a realizarse tratamientos dentales, un 60.7% no ha dejado de sonreír nunca por problemas dentarios, un 59.7% no se han sentido intranquilos nunca por problemas en su dentadura, un 53.7% nunca se ha avergonzado por problemas dentarios, un 73,1% nunca han experimentado dificultad para socializar con otros por problemas dentarios y un 78,6% nunca se han molestado con problemas con la dentadura. Es decir, para cada variable estudiada se encontró un valor de significación de 0.05. En conclusión, en el estudio realizado en la Universidad de Guayaquil se logró determinar que el edentulismo no representa un problema que logre afectar la calidad de vida considerando factores sociodemográficos y socioeconómicos como: nivel de placa dentaria, variedad de prótesis, entre otros (27).

**Degrandi VP et al. (2017)** lleva a cabo en Uruguay, un trabajo sobre “Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis removibles totales” con el propósito de evaluar las posibles mejoras sobre la calidad de vida asociada a la salud bucal, en personas adultas mayores desdentadas que fueron rehabilitadas con prótesis dentales. Tuvo un diseño prospectivo, relacional con la participación de cien adultos edéntulos bimaxilares, con capacidad cognitiva no afectada, y sin enfermedades con afección bucal, de los cuales un 91% accedió al estudio y de los cuales un 74% pudo completar satisfactoriamente el estudio. Se utilizó como instrumento el OHIP-14(Oral Health Impact). En los resultados se analizaron los puntajes antes del tratamiento siendo  $9,42 \pm 7,79$  al ser dado el paciente de alta, dando resultados de  $3,13 \pm 4,49$  y posteriormente a los tres meses un control inmediato con un resultado de  $2,13 \pm 3,32$ . Existió

disminución de la primera a la segunda medición ( $p < 0,001$ ) acentuándose al ser comparada la primera con la tercera medida ( $p < 0,001$ ). El estudio concluye evidenciando que existe mejoras estadísticas significativamente de la CVRSO posterior al uso e instalación de las prótesis, en relación a la percepción de las personas participantes de la encuesta (28).

**Hoeksema AR et al. (2016)** elaboró en Holanda, el trabajo que se tituló “Ancianos con remanentes radiculares informan menos fragilidad y mejor calidad de vida que los ancianos edéntulos: un estudio transversal” El objetivo de la investigación fue analizar el estado bucal y la perspectiva sobre salud bucal en pacientes de la tercera edad y establecer las discrepancias entre los grupos a evaluar : pacientes con remanentes radiculares, edéntulos totales, pacientes que portan prótesis híbridas, y los efectos adversos como consecuencia de estos. El estudio fue descriptivo, transversal, constó de una población de 1325 habitantes de 75 años a más en la provincia de Drenthe que acudieron al servicio social “SameOud”, se pidió que firmaran un consentimiento informado y la solicitud correspondiente a la organización para poder realizar el trabajo, además participo su médico responsable. Posteriormente se les otorgó los cuestionarios para que sean completados y lo que restaba se hizo vía telefónica, estos contaban con diversas categorías: demografía, cuestionario de salud y calidad de vida; del total de cuestionarios recolectados sólo se tomaron 1026. Los resultados dieron como evidencia que la edad más prevalente era de 80 años y en su mayoría mujeres, 51% edéntulos totales, 39% con remanentes radiculares y el 10% portaban prótesis híbridas. Las personas con remanentes radiculares presentaron mayor ingreso económico, así como mayor número de visitas al odontólogo. A pesar que estos pacientes tenían mayores problemas dentales, no se evidenció secuelas en su calidad de vida y en la realización de actividades cotidianas. Se concluyó

que las pacientes mayores de edad necesitan un cuidado general constante interdisciplinario respecto a sus múltiples necesidades (29).

**Peres (2016)** realizó en Australia un estudio sobre “La retención de dientes Oral y de calidad relacionados con la salud de la vida” teniendo como su principal objetivo revisar como la posición, el tipo y/o el patrón de los dientes que está relacionado con OHRQoL. Se hizo una búsqueda electrónica en el año 2015, la cual sirvió para identificar los manuscritos que investigaron entre el estado de la dentición y OHRQoL entre los adultos. búsquedas de bases de datos electrónicas de PubMed y EMBASE para los trabajos publicados entre enero 2004 a septiembre 2015 se realizaron con términos MeSH respecto al estado de la dentición y OHRQoL ,entre los estudios se agruparon sobre la base de 4 aspectos para evaluar el estado dentición como las variables de exposición: 1) número de dientes o dientes que faltan, 2) número de pares de oclusión o unidades funcionales (evaluados mediante el registro del número de pares de dientes que participan en la masticación), 3) la posición de los dientes restantes o que faltan, y 4) la presencia de los ASD. De los diversos instrumentos que se utilizaron para medir OHRQoL en los estudios sobre el número de dientes o dientes perdidos y OHRQoL, OHIP era el instrumento más utilizado. Se encontró en los resultados que después de realizar ajustes por edad, fueron encontrados las peores puntuaciones OHIP entre ellos con menor a 17 dientes naturales en el Reino Unido y menor a 21 dientes en Australia, lo que sugiere que la relación entre la retención del diente y OHRQoL parece depender de más complejos temas, tales como los factores culturales y las características funcionales. Los datos de ambos países muestran una tendencia general hacia mejores puntuaciones OHIP con el aumento de edad y peores puntuaciones OHIP con una reducción en el número de dientes. Se concluyó que la retención de los dientes se asocia con una mejor OHRQoL además el número de pares de oclusión y la ubicación de los dientes restantes tienen grandes impactos en OHRQoL para determinar la relación o

clasificación de los diversos estudios a realizar. Además, las personas con ASD mantienen un nivel aceptable de OHRQoL (30).

**Kiss (2015)**, realizó en Chile, una investigación titulada “Calidad de vida en pacientes rehabilitados con prótesis dental total, universidad Andrés bello, facultad de odontología sede Concepción, año 2014-201”. Para lo cual se realizó un estudio de tipo cuantitativo, cuyo diseño fue de tipo observacional, transversal y analítico. La muestra no probabilística intencionada estuvo conformada por 27 pacientes seleccionados según criterios de inclusión y exclusión, y que consintieron de forma voluntaria participar en el estudio. Los análisis estadísticos fueron analizados con el software estadístico Spss 2.0 se aplicó el test t Student con la finalidad de dominar diferencias de promedios. Se evaluó normalidad en la distribución de las variables. Se obtuvo como resultados sobre las tres áreas de la calidad de vida, física, social y emocional, existiendo mejoras ostensiblemente en cada área, después de la inserción de prótesis dental total, influyendo considerablemente en la calidad de vida integral con la presencia de esta, en la pre prótesis se encontró en el área física un 7,4% con mala calidad de vida, seguido de un 8,1% regular y un 11,1% de buena calidad de vida; en la post prótesis se halló un 0% de mala calidad de vida, seguido de un 3,7% de regular calidad de vida y un 96,3% de buena calidad de vida, en el área social pre prótesis se halló un 7,4% de mala calidad de vida, seguido de un 77,8% regular, y un 14,8% buena, siendo en la post prótesis un 0% de mala, un 11,1% regular y un 88,9% buena, en el área emocional halló un 11,1% de mala, un 74,1% regular y un 14,8% buena, a comparación de la post prótesis un 0% de mala, un 7,4% regular y un 92,6% buena respectivamente. Pudo concluir en el estudio con la aceptación de la hipótesis que el tratamiento de rehabilitación con prótesis dental total, mejora la calidad de vida de los pacientes, con un 100% de personas que experimentan mejoría de forma integral con el su uso (31).

**Nebojsa et al. (2015)**, realizo en Servia, la investigación sobre “Salud oral de la calidad de vida de los pacientes desdentados después de dentaduras completas por rebase” el objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción de los pacientes que utilizan dentaduras antes y después del rebase de sus prótesis, La muestra fueron 24 pacientes tanto de sexo femenino como masculino, entre las edades de 50-70 años, con un mínimo de uno a cinco años de tiempo de uso de la prótesis en el maxilar. Los pacientes llevaban prótesis total en el maxilar superior y prótesis dental parcial en maxilar inferior. El estudio incluyó a los pacientes que tenían indicación para maxilar rebase de la dentadura completa, debido al dolor o la falta de retención y estabilidad. El rebase de las prótesis de los maxilares superiores (n=24), se dividieron en dos grupos (n=12), el primer grupo el rebase de sus prótesis se realizó con un material rígido de acrílico autocurado como: (Triplex fría, Ivoclar Vivadent, Lichtenstein) mientras que en el segundo grupo el rebase se realizó con un material suave a base de silicona como: (GC Reline Soft, EE. UU). Se les pidió a los pacientes realizar un cuestionario de preguntas (OHIP-edent) que consta de 49 preguntas divididas en siete dominios constitutivos: limitaciones funcionales, bienestar físico, bienestar psicosocial, discapacidad física, discapacidad psicosocial, discapacidad social y para discapacitados, adaptado específicamente en la línea de base de tiempo y tres meses después de uso de la dentadura rebasada. Se obtuvo como resultados en todos los dominios una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre el período de referencia, excepto la discapacidad social para el rebasado de la dentadura rígida, así como la mejora en todos los dominios después de volver a revestir prótesis dentales. Mayor puntuación se observó en el forro suave que indica la ventaja en el uso de forros de silicona relativos a los acrílicos rígidos. Concluyeron que los mejores resultados del rebase de las prótesis dentales se lograron usando un forro suave a base de silicona, que se recomienda como el material de elección para volver a revestir prótesis dentales y así dar un

impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes con edentulismo parcial y total en todos los dominios analizados (32).

**Hewlett et al. (2015)**, realizó una investigación en la ciudad de Ghana, titulado “Edentulismo y calidad de vida de vida entre los adultos de más edad de Ghana” cuyo objetivo fue evaluar el edentulismo y calidad de vida entre los adultos de más edad de Ghana, para lo cual se empleó la entrevistas cara a cara para recopilar datos sobre las características sociodemográficas, condiciones de salud, utilización de servicios sanitarios, la satisfacción con diferentes aspectos de la vida, pérdida de dientes y problemas del entrevistado sobre la boca y los dientes. Previo a la entrevista se pidió el consentimiento informado por escrito se obtuvo de todos los participantes del estudio. Este estudio se basa en datos de una población representativa de adultos mayores de 50 años a más., Las variables independientes para este análisis incluyen la edad del demandado, sexo, estado marital, formación académica, su lugar de residencia, medidas de riqueza y la religión, con un total de 4.724 encuestados mayores de 50 años. En los resultados según la entrevista ¿Ha perdido todos sus dientes naturales?, De estos, 120 habían perdido todos sus dientes naturales, resultando en una prevalencia 2,8% de edentulismo, Se observó edentulismo ser una asociación positiva con la edad, el género femenino ( 68%), los que viven sin pareja (71%), los que no tienen educación formal (77%), las personas que residen en una zona urbana (63%) y aquellos con un diagnóstico conocido de una enfermedad crónica ( 62%), individuos desdentados informaron de niveles más bajos de bienestar subjetivo que los individuos dentados. Al ser desdentado también se asoció significativamente con un informe de insatisfacción con siete de las ocho medidas individuales para el bienestar subjetivo que formaban el WHOQOL en un análisis de dos variables. Concluyeron que el edentulismo puede que no sea peligrosa para la vida, sin embargo, se ha demostrado que tiene un efecto negativo en la calidad de vida del adulto mayor siendo perjudicial para su salud (33).

**Visscher CM et al. (2014)** realizó en Den Bosch Países Bajos, la investigación titulada “Estado dental y la calidad relacionada con la salud oral de la vida. Un estudio basado en la población” El objetivo fue asociar los deterioros en la calidad dental relacionada con la salud oral, específicamente acompañada a las limitaciones funcionales, el dolor físico y discapacidad social, y que en menor medida se relaciona con el estado psicológico y minusvalía. Se realizó una encuesta odontológica entre las personas adultas mayores de 25 a 74 años se seleccionó un grupo aleatorio de personas. Después de 14 rondas de selección de los participantes sustitutos, se terminó el reclutamiento de los participantes, en ese punto de tiempo, se seleccionaron 4533 personas para su posible participación en el estudio e informados por carta. Del grupo de 4533 personas unas 2395 fueron seleccionadas al azar y unas 1622 completaron el cuestionario, existiendo muchos que fueron excluidos del estudio, por lo tanto, la información sobre el estado dental estaba disponible a partir de 1188 personas. A partir de estas 1188 personas, 1158 (97%) completaron el OHIP-NL14. Como resultados no hubo diferencias encontradas entre las personas con una dentición natural completa, en comparación con las personas con una fijada sustitución protésica (comparación de los grupos A y B). El último grupo, sin embargo, mostró una significativamente mejor OHRQoL en todo OHIP-14NL escalas en comparación con las personas con una prótesis parcial removible (comparación de los grupos B y C). Sorprendentemente, las personas con una sobredentadura tenían una más deteriorada OHRQoL en comparación con las personas con dentaduras completas no compatibles (grupos de comparación E y F). En conclusión, el daño del estado de la salud dental está acompañada con el deterioro en la calidad que se comunica con la salud oral de la vida, especialmente en relación con las limitaciones funcionales, el dolor físico y discapacidad social, y sólo en menor medida en relación con el estado psicológico y minusvalía. El mayor

impacto negativo en la calidad relacionada con la salud oral de la vida parece estar asociado con el carácter desmontable de rehabilitaciones, mientras que las dentaduras completas convencionales paradójicamente producen niveles más altos de calidad relacionada con la salud oral de la vida que las sobredentaduras (34).

### **2.1.3. Definición del Problema**

Sobre la situación planteada en la temática se puede formular un problema de investigación expresado de la siguiente forma:

#### **2.1.3.1 Problema General**

¿Cómo influye la rehabilitación protésica en la calidad de vida de adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”?

#### **2.1.3.2 Problemas específicos**

¿Cómo influye la rehabilitación protésica en la función física de la calidad de vida en desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”?

¿Cómo influye la rehabilitación protésica en la función psicosocial en la calidad de vida en desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”?

¿Cómo influye la rehabilitación protésica en el dolor sobre la calidad de vida en desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”?

## **2.1 Finalidad y Objetivos de la Investigación**

### **2.2.1. Finalidad**

El presente trabajo de investigación pretende determinar la influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de adultos mayores desdentados totales en el asilo de las “Hermanitas de los ancianos desamparados”, Breña – Perú mediante la aplicación de un instrumento (encuesta) el cual proporcionará información de aspectos sobre: función física, psicosocial, incomodidad, tiempo de uso, condición, y estabilidad de la prótesis total asociada a la calidad de vida en esta población considerando características como edad y género en los participantes del grupo de estudio.

### **2.2.2. Objetivos de la Investigación**

#### **2.2.2.1 Objetivo General**

Determinar la influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

#### **2.2.2.2 Objetivos Específicos**

Determinar la influencia de la rehabilitación protésica en la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

Determinar la influencia de la rehabilitación protésica en la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

Determinar la influencia de la rehabilitación protésica en el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

### **2.2.3. Delimitaciones del estudio**

- a. **Delimitación temporal:** el estudio se realizará entre los meses de Enero a Marzo del periodo 2020
- b. **Delimitación espacial:** la investigación se desarrollará en el asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”
- c. **Delimitación social:** la población en estudio estará conformada por los pacientes desdentados adultos mayores del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”
- d. **Delimitación conceptual:** Rehabilitación protésica y calidad de vida en adultos mayores

### **2.2.4. Justificación e importancia del estudio**

El tema podrá dar aportes teóricos a la odontología por etapas de vida inmerso en la salud pública, sobre la posible asociación existente entre el tratamiento rehabilitador y la calidad de vida en adultos mayores, siendo esta una población caracterizada por la disminución de las funciones físicas,

psicológicas y cognitivas que enfrenta una alta vulnerabilidad a enfermedades orales como caries radicales, recesión gingival, enfermedad periodontal, edentulismo, xerostomía, patologías de la ATM, glosopatías, entre otros y en los cuales es necesario alternativas que puedan favorecer la mejora de sus condiciones generales que eleven la calidad de vida, mediante esta investigación se darán más aportes a teorías sobre la temática que vinculen dichas variables poniendo al tratamiento rehabilitador como un factor de intervención que puede ocasionar un impacto positivo sobre la vida de la población estudiada.

En el campo clínico el profesional odontólogo podrá abordar la rehabilitación protésica de una manera más amplia, no solo de forma clínica a nivel oral sino también del entendimiento sobre la repercusión que logra este procedimiento rehabilitador en el grupo de personas adultas mayores desdentados totales, mejorando el diseño de protocolos, guías, procedimientos y técnicas que puedan ofrecer mayor confort, comodidad y eficiencia a nivel del servicio de la consulta odontológica tanto privado como estatal y que al mismo tiempo motive mayor esfuerzo y perfeccionamiento del profesional en la práctica diaria en la atención de este grupo vulnerable dentro de un enfoque de atención integral de salud.

En el campo social, se podrá alcanzar beneficios para la población adulta mayor con enfoque en la recuperación de sus funciones orales y la influencia en las funciones físicas, psicosociales y de dolor o incomodidad, al ser un grupo con afección de más de una enfermedad crónica como diabetes, alteraciones psicológicas y aterosclerosis, como lo afirman algunos autores como: Shou (1995), Draker, et al (1990), los cuales mencionan que la atención de la salud bucodental en el adulto mayor significa calidad de vida, siendo los adultos mayores que logren conservar sus piezas dentarias más capaces de estimar de mejor forma su apariencia, capacidad masticatoria, así como la salud general y bucal, asimismo al considerar que es un grupo en incremento

en función al cambio demográfico que experimenta la población mundial en los últimos años, se requiere diseñar más estrategias y lineamientos que influyan de forma positiva sobre los mismos.

En el campo metodológico se pretende realizar la investigación mediante el uso de instrumentos debidamente validados que consistirán en una ficha de datos clínicos oral la cual será validada por juicio de expertos para la validez interna correspondiente y el uso de la encuesta GOHAI (General Oral Health Assessment), validada de la versión española, previamente se usará una prueba de normalidad con Alfa de Cronbach para registrar la confiabilidad y aplicabilidad sobre la población estudiada, de tal forma que los instrumentos puedan ser usados para otras posibles futuras investigaciones sobre el área respectiva donde se pretendan medir las mismas variables.

## **2.3. Hipótesis y Variables**

### **2.3.1 Hipótesis**

#### **Hipótesis General**

Ha: La rehabilitación protésica influye positivamente en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

#### **Hipótesis específicas**

La rehabilitación protésica de la función física influye positivamente en la calidad de vida en pacientes desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

La rehabilitación protésica de la función psicosocial influye positivamente en la calidad de vida en pacientes desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

La rehabilitación protésica sobre el dolor influye positivamente en la calidad de vida en pacientes desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

### 2.3.2 Variables e Indicadores

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
Rehabilitación protésica (Variable independiente)	Cualitativa	Prótesis dental total	Historia clínica	-Paciente rehabilitado -Paciente no rehabilitado

<p>Calidad de vida  (Variable dependiente)</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-Física Psicosocial -Dolor</p>	<p>Instrumento (GOHAI)</p>	<p>-De 60 a 57 puntos: ALTO – CVRSO satisfactoria  -De 51 a 56 puntos: MODERADO  -De 50 a menos puntos: BAJO – CVRSO pobre.</p>
--	--------------------	---	--------------------------------	---

## CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

### 3.1 Población y Muestra

#### 3.1.1 Población

La población estará conformada por el record de pacientes atendidos por trimestre (Enero a Junio 2020) constituida por los pacientes desdentados totales portadores de prótesis totales pertenecientes al grupo de adultos mayores del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados” los cuales corresponden a 100 pacientes.

#### 3.1.2 Muestra

Se realizará un muestro probabilístico aleatorio simple, mediante la aplicación de la fórmula para variable cualitativa y población finita, tomando en consideración el desconocimiento del número total de unidades a observar.

Fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

Tamaño de la muestra (n) =.....

Alfa ( $\alpha$ ) error tipo I máximo = 0,050

Nivel de confianza (1 - $\alpha$ /2) = 0,975

$$Z (1 -\alpha/2) = 1.960$$

$$\text{Frecuencia de uso de prótesis (p)} = 0,070$$

$$\text{Complemento de p (q)} = 0,930$$

$$\text{Precisión (d)} = 0,050$$

Fórmula desarrollada:

$$n = \frac{(1,96)(1,96) (0,070)(0,930)}{(0,050)(0,050)} = 100.035264$$

Criterios de inclusión:

- Personas que tengan disposición a colaborar
- Personas de 60 a más años
- Personas portadoras de prótesis totales dentales.
- Personas que son atendidos en el curso de prótesis totales de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

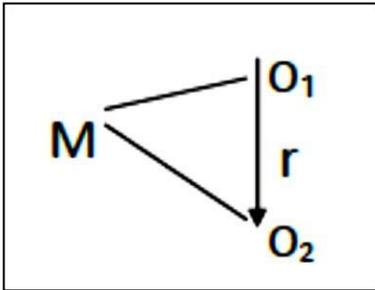
Criterios de exclusión:

- Personas con deformidades orales.
- Personas que no usen sus prótesis totales dentales.
- Personas que estén recibiendo tratamiento antimicótico.
- Personas que no son atendidos en el curso de prótesis totales de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

### 3.2 Diseño a utilizar en el estudio

#### 3.2.1 Diseño

Ex post facto.



**Donde:**

**M1:** muestra de pacientes

**O<sub>1</sub>:** Información de lo que ya acaeció: rehabilitación protésica

**r :** asociación unidireccional entre variables independiente y dependiente

**O<sub>2</sub>:** Información actual: calidad de vida

#### 3.2.2 El tipo de investigación

Explicativo, No experimental, Nivel Aplicativo

#### 3.2.3 Enfoque

Cualitativo

### **3.3 Técnica (s) e Instrumento (s) de Recolección de Datos**

#### **3.3.1 Técnica de Recolección de Datos**

Se utilizará la técnica observacional y documental donde se realizará la inspección clínica oral de los participantes para revisar el estado de la prótesis dental total así como el estado de la cavidad oral para detectar presencia de deformidades orales o con tratamiento antimicótico, lo cuales se incluyen dentro de los criterios de exclusión que serán registrados en la ficha clínica oral del participante.

La secuencia a desarrollar consistirá en las siguientes fases

Fase primera: Se procederá a llenar los datos del participante: género, edad, tiempo de uso de la prótesis total, condición de la prótesis, considerando solamente a aquellos que la utilizan.

Fase segunda: Se aplicará el índice de evaluación de salud oral general (GOHAI) con el que se recabarán datos sobre tres dimensiones consideradas en el documento:

#### **3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos**

Se empleará la versión validada del instrumento GOHAI, conformado por doce puntos referidos a:

- 1.-Número de veces sobre cambios de comida
- 2.-Número de veces de problemas por masticación
- 3.-Número de veces de ingesta de alimento
- 4.-Número de veces que no habla bien
- 5.-Número de veces de ingesta de alimentos sin molestia

- 6.-Número de veces de aislamiento social
- 7.-Número de veces de conformidad con su dentadura
- 8.-Número de veces de consumo de medicamento por dolor o molestia
- 9.-Número de veces de preocupación por su dentadura
- 10.-Número de veces en situación nerviosa por su dentadura
- 11.-Número de veces que se ha inhibido de comer con otros por su dentadura
- 12.-Número de veces de molestias por frío, calor o dulce en sus dientes.

Para lo cual en la calificación se tomará la escala de LIKERT, teniendo la puntuación: 1 al 5 divididos en cinco categorías.

SIEMPRE (S)	1 punto
FRECUENTEMENTE (F)	2 puntos
A VECES (AV)	3 puntos
RARAS VECES(RV)	4 puntos
NUNCA (N)	5 puntos

En los ítems 3 y 7 existe ponderación inversa

SIEMPRE (S)	5 punto
FRECUENTEMENTE (F)	4 puntos
A VECES (AV)	3 puntos
RARAS VECES(RV)	2 puntos
NUNCA (N)	2 puntos

Puntuación:

-De 60 a 57 puntos: ALTO – CVRSO satisfactoria

-De 51 a 56 puntos: MODERADO

-De 50 a menos puntos: BAJO – CVRSO pobre.

Luego se efectúa la ponderación de cada ítem pudiendo oscilar en un rango de 12 a 60 puntos como máximo, a mayor puntuación existirá una mayor autopercepción de la calidad de vida de rehabilitación en salud oral (CVRSO)

Fase tercera: se hizo la recaudación de datos sobre la percepción de estabilidad y retención de la prótesis total

### **INSTRUMENTO DE RECOJO DE DATOS - GOHAI**

Con qué frecuencia, en los últimos tres meses.....	Nombre corto
1.-Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problema con sus dientes o prótesis dentales?	Limitó/Alimentos
2.-Pudo tragar cómodamente?	Tragar cómodamente
3.-Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?	Hablar como quería
4.-Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?	Comer sin molestias
5.-Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	Evitó contacto
6.-Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	Satisfecho con apariencia
7.-Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	Preocupado o intranquilo

8.-Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	Nervioso o consciente
9.-Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	Incómodo frente a personas
10.-Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas	Evitó reirse
11.-Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	Dolor o molestias
12.- Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	Dientes o encías sensibles

#### **DIMENSIONES:**

**La función física:** la cual incluye aspectos como la masticación, mordedura, habla, y deglución que se incluyen en los ítems 1, 2, 3 y 4 respectivamente.

**La función psicosocial:** se encuentra relacionada por la percepción personal así como evasión de socialización motivada por problemas orales que se incluyen en los ítems 6 y 7. Y la asociación con la preocupación por la salud bucal, no satisfacción de la estética, conocimiento sobre la salud que incluye los ítems 9, 10 y 11

**La función dolor o incomodidad:** relacionada al estado oral que se incluye en los ítems 5, 8 y 12.

### **3.4 Procesamiento de datos**

Una vez elaborada la matriz de datos se realizará a su tabulación donde se hará uso de la estadística descriptiva para frecuencias y porcentajes y la estadística inferencial para evaluar la significancia asintótica con la consideración de la probabilidad de error al 5% de las variables cualitativas mediante la prueba no paramétrica de chi cuadrado expresados en tablas y gráficos, los cuales serán presentados mediante el uso del programa Excel versión 2016 y el programa estadístico SPSS versión 24.

Se realizará la aplicación de una prueba de normalidad mediante alfa de Cronbach para la aplicabilidad y confiabilidad del instrumento.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 4.1 Resultados

Tabla 1. Relación de la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

		Pacientes con prótesis	Total	p-valor
Calidad de vida	Moderado	Recuento	34	0.000*
		%	34%	
	Alto	Recuento	62	
		%	62%	
	Bajo	Recuento	4	
		%	4%	
	Total	Recuento	100	
		%	100%	

\* Prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 1, se aprecia que en mayoría pacientes portadores de prótesis dental presentan una calidad de vida alto en 62% (N°=62); seguido de los portan prótesis dental y con calidad de vida moderado en 34% (N°=34), pacientes con prótesis dental con calidad de vida bajo en 4% (N°=4). Nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

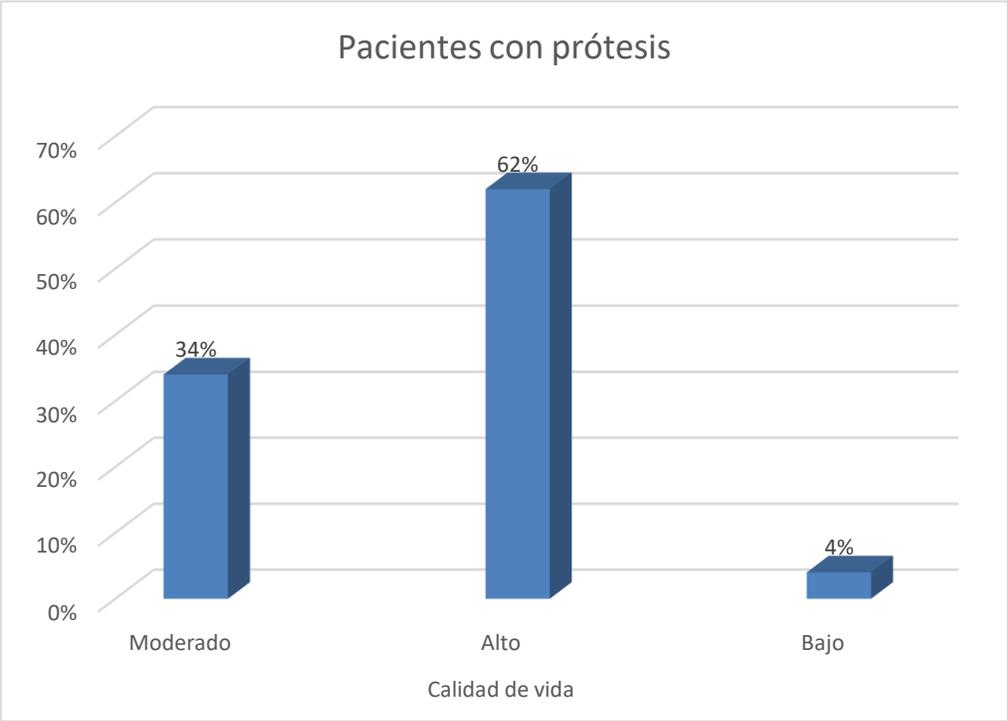


Figura 1. Rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

Tabla 2. Relación de la rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

		Pacientes con prótesis	Total	p-valor
<b>Función física</b>	<b>Alto</b>	Recuento	63	63
		%	63%	63%
	<b>Moderado</b>	Recuento	25	25
		%	25%	25%
	<b>Bajo</b>	Recuento	12	12
		%	12%	12%
	<b>Total</b>	Recuento	100	100
		%	100%	100%

\* Prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 2, se observa en mayoría pacientes portadores de prótesis dental con una calidad de vida alto en 63% (N°=63); seguido de portadores de prótesis dental con calidad de vida moderada en 25% (N°=25), portadores de prótesis dental con calidad de vida bajo en un 12% (N°=12). Nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

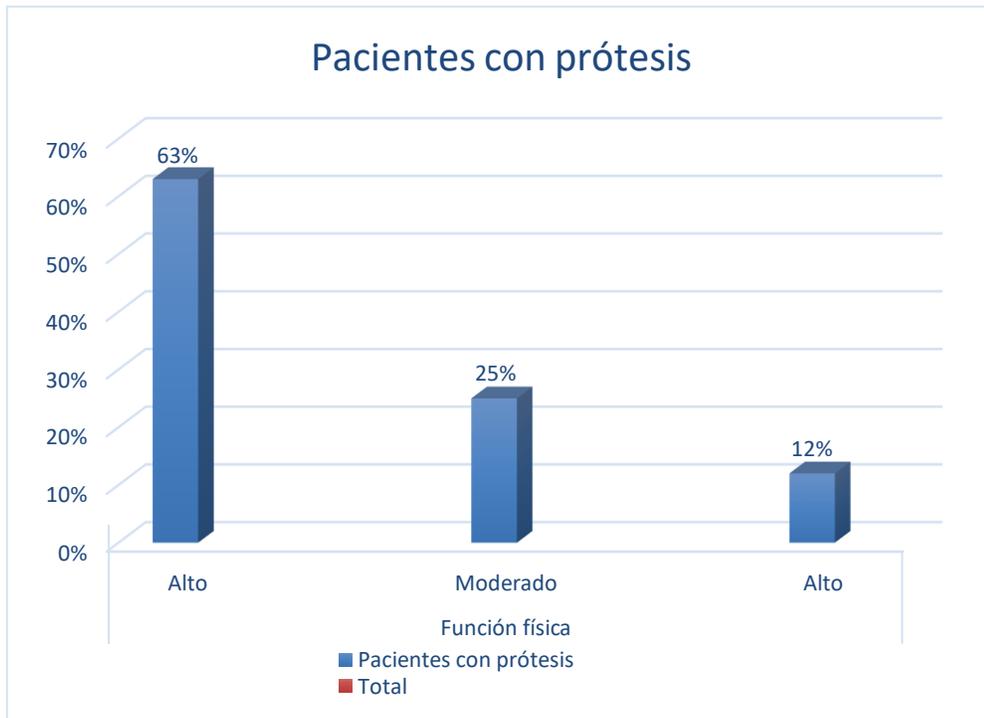


Figura 2. Rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

Tabla 3. Relación de la rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

			<b>Pacientes con prótesis</b>	<b>Total</b>	<b>p-valor</b>
<b>Función psicosocial</b>	<b>Alto</b>	Recuento	44	44	0.000*
		%	44%	44%	
	<b>Moderado</b>	Recuento	48	48	
		%	48%	48%	
	<b>Bajo</b>	Recuento	8	8	
		%	8%	8%	
	<b>Total</b>	Recuento	100	100	
		%	100%	100%	

\* Prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 3, se aprecia en mayoría que portadores de prótesis dental presentan calidad de vida moderado en 48% (N°=48); pacientes portadores de prótesis dental con calidad de vida alto en 44% (N°=44), portadores de prótesis dental con calidad de vida bajo en 8% (N°=8). Nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

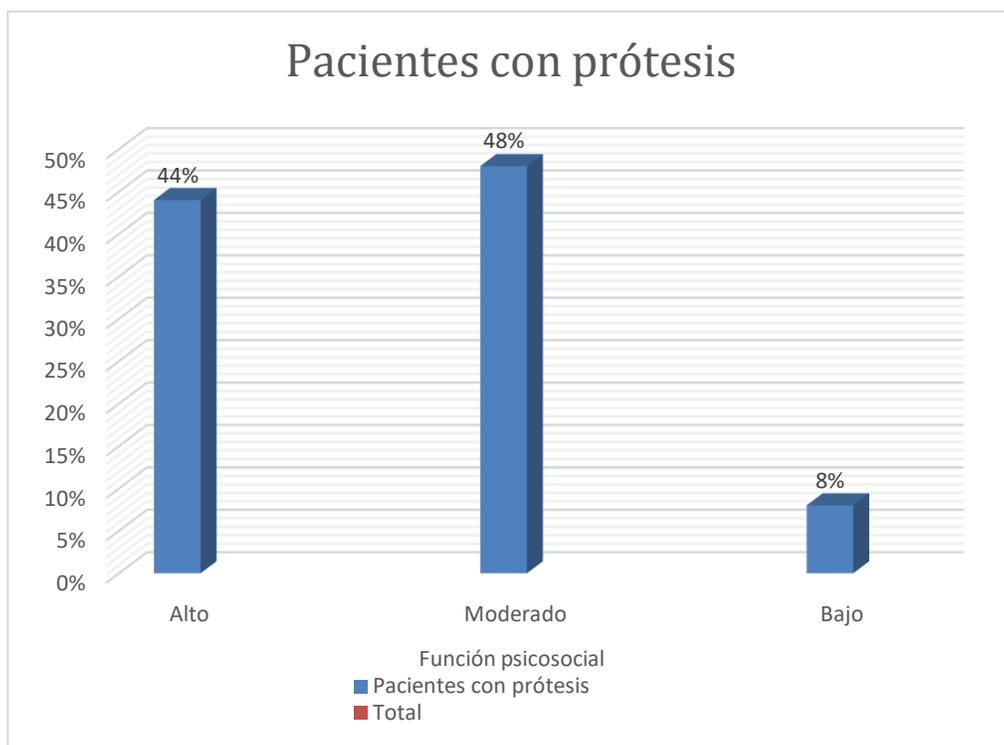


Figura 3. Rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

Tabla 4. Relación de la rehabilitación protésica y el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

		Pacientes con prótesis	Total	p-valor
<b>Dolor</b>	<b>Alto</b>	Recuento	25	25
		%	25%	25%
	<b>Moderado</b>	Recuento	75	75
		%	75%	75%
	<b>Bajo</b>	Recuento	0	0
		%	0%	0%
<b>Total</b>	Recuento	100	100	
	%	100%	100%	

\* Prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 4, se describe que en mayoría los portadores de prótesis dental presentan calidad de vida moderado en 75% (N°=75); seguido de portadores de prótesis dental con calidad de vida alto en 25% (N°=25), portadores de prótesis dental con calidad de vida bajo en 0% (N°=0). Nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

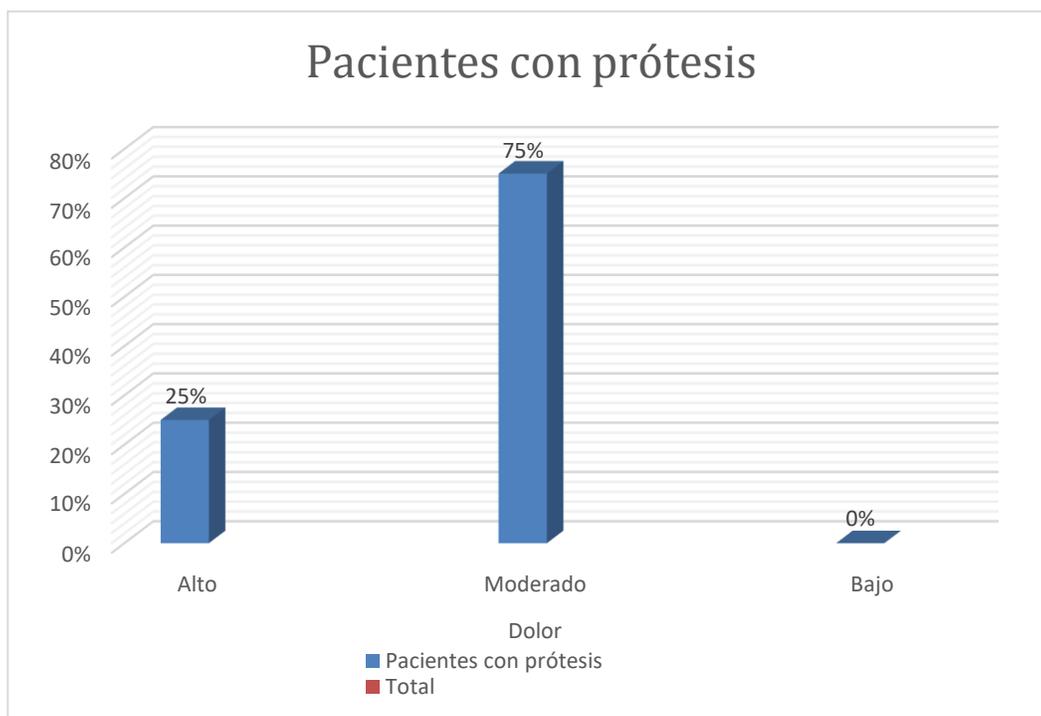


Figura 4. Rehabilitación protésica y el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

## 4.2 Contrastación de Hipótesis

### Formulación de Hipótesis General

**H<sub>0</sub>:** No existe relación de la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

**H<sub>a</sub>:** Existe relación de la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

*H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: 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 ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

### Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba no paramétrica U Mann Whitney, se determinó la relación de la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

	Sig. asintótica
U Mann Whitney	0.000

Nivel de significancia = 0.05

## **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba no paramétrica U Mann Whitney, se obtuvo que el p-valor = 0.000 ( $p < 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula es decir **existe relación de la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”**

### **Formulación de Hipótesis específica 1**

**H<sub>0</sub>**: No existe relación de la rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

**H<sub>a</sub>**: Existe relación de la rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales del asilo de las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: 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 ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

### **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba no paramétrica U Mann Whitney, se determinó la relación de la rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores de

las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”

	Sig. asintótica
<b>U Mann Whitney</b>	0.000

Nivel de significancia = 0.05

### **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba no paramétrica U Mann Whitney, se obtuvo que el p-valor = 0.000 ( $p < 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula es decir **existe relación de la rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.**

### **Formulación de Hipótesis específica 2**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación de la rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

**H<sub>a</sub>:** Existe relación de la rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: 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 ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

### **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba no paramétrica U Mann Whitney, se determinó la relación de la rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

	Sig. asintótica
<b>U Mann Whitney</b>	0.000

Nivel de significancia = 0.05

### **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba no paramétrica U Mann Whitney, se obtuvo que el p-valor = 0.000 ( $p < 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula es decir **existe relación de la rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.**

### **Formulación de Hipótesis específica 3**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación de la rehabilitación protésica y el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

**H<sub>a</sub>:** Existe relación de la rehabilitación protésica y el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: 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 ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

### **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba no paramétrica U Mann Whitney, se determinó la relación de la rehabilitación protésica y el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

	<b>Sig. asintótica</b>
<b>U Mann Whitney</b>	0.000

Nivel de significancia = 0.05

### **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba no paramétrica U Mann Whitney, se obtuvo que el p-valor = 0.000 ( $p < 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula es decir **existe relación de la rehabilitación protésica y el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.**

### 4.3 Discusión de resultados

En el presente trabajo de investigación se halló respecto a la influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega fue alta en 62%; seguido de los portadores de prótesis dental con calidad de vida moderada en 34%, y pacientes con prótesis dental con calidad de vida baja en 4%, existiendo similitud con los resultados reportados por **Valencia** (21), donde encontró un 41,5% de calidad de vida alta, seguido de un 30,9% de calidad de vida moderada y un 27,6% de calidad de vida baja. Del mismo modo comparado con los resultados reportados por **Vargas** (22), existe también semejanza donde encontró un 54,5% de pacientes portadores de prótesis con calidad de vida buena, en un 54,5%, con calidad de vida regular un 34,3% y con calidad de vida deficiente un 11,1%. existiendo también similitud con los resultados de **Quispe**(23) donde encontró un 63,3% de usuarios de prótesis con buena calidad de vida, un 23,3% con regular calidad de vida y un 4,4% con mala calidad de vida. De la misma forma existe semejanza comparado también con los resultados reportados por **Carpio** (27) donde encontró que un 80% vincula la presencia de dientes a una buena calidad de vida, un 13% a una regular calidad de vida y un 8% a una mala calidad de vida. Pero existiendo diferencias con los resultados hallados por **Kiss** (31), donde encontró una buena regular calidad de vida con un 74,1% una buena calidad de vida con un 14,8% y una mala calidad de vida con un 11,1%, debido probablemente a que se utilizó otro tipo de instrumento documental de recojo de datos.

Asimismo se halló respecto a la rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega una calidad de vida alta en 63%; seguido de portadores de prótesis dental con calidad de vida moderada en 25%, portadores de prótesis dental con calidad

de vida baja en un 12%, existiendo similitud comparado con los resultados reportados por **Valencia** (21), donde encontró con referencia a la función física que un 61,8% indicó no presentar problemas para hablar con la prótesis, un 15,7% indicó raras veces tener nunca tener una disminución en la ingesta de alimentos con prótesis, y un 14,7% a veces tener problemas, del mismo modo sobre el ítem de no masticar adecuadamente un 47,5% manifestó no tener ningún problema, un 12,9% manifestó raras veces tener problemas y un 20,7% a veces no masticar de forma adecuada, del mismo modo sobre el ítem no hablar adecuadamente un 66,8% indicó no tener problemas, un 17,1% raras veces no hablar adecuadamente y un 10,6% a veces no hablar adecuadamente. Asimismo dichos resultados guardan diferencias comparado con los resultados obtenidos por **Vargas** (22) donde respecto a la función física obtuvo que un 27,3% tiene una buena calidad de vida, un 69,7% indican una regular calidad de vida y un 3% una mala deficiente calidad de vida, probablemente debido a que utilizó oro instrumento. Del mismo guarda similitud comparado con los resultados de **Quispe** (23) donde halló respecto a la situación protésica que un 72,3% posee una buena calidad de vida, un 4,4% una regular calidad de vida y un 23,3% una mala calidad de vida. Asimismo guarda similitud con el trabajo realizado por **Mamani** (24) donde halló respecto a la función física una calidad de vida de 63,5%.

También se halló respecto a la rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega una calidad de vida moderada en 48%; pacientes portadores de prótesis dental con calidad de vida baja en 44%, portadores de prótesis dental con calidad de vida alta en 8%, existiendo semejanza con los resultados reportados por , comparado con los resultados reportados por **Valencia** (21) donde un 82% indicó no estar ansioso por complicaciones en su dentadura o prótesis, un

79,35% indicó no tener complicaciones para dialogar con las personas, un 69,6% expresó sentirse bien con su dentadura o prótesis y un 63,1% indicó no estar preocupado y poder comer tranquilamente ante otras personas, donde encontró. Asimismo comparado con los resultados de **Vargas** (22) existe diferencias donde encontró respecto al discomfort psicológico 9,1% de una calidad de vida buena, un 59,6% de una regular calidad de vida, y un 31,3% de deficiente calidad de vida probablemente debido a que empleó otro tipo de instrumento de recojo de datos. También existiendo semejanza comparado con los resultados hallados por **Quispe** (23) donde reportó un 86,7% de buena calidad de vida y un 13,3% de mala calidad de vida sobre el mismo, guardando semejanza con los resultados descritos por **Mamani** (24) donde halló un 59,08% de buena calidad de vida respecto al rol emocional. También existe semejanza con los resultados hallados por **Carpio** (27) donde hubo un 59,7% con calidad de vida buena que nunca se sienten intranquilos. Del mismo modo comparado con los resultados de **Kiss** (31) existe similitud donde encontró un 88,9% de buena calidad de vida, un 11,1% de regular calidad de vida y un 0% de mala calidad de vida post prótesis en el área psicosocial.

Finalmente se halló respecto a la rehabilitación protésica y el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega una calidad de vida moderada en 75%; seguido de portadores de prótesis dental con calidad de vida baja en 25%, portadores de prótesis dental con calidad de vida alta en 0%, existiendo diferencias, comparado con los resultados reportados por **Valencia** (21), donde encontró un 92,6% que indicó que no utiliza fármacos para disminuir o mejorar las molestias a nivel oral, un 75,6% indicó no poseer ninguna molestia o dolor sobre su dentadura, y un 46,1% no tener ninguna molestia para alimentarse. Del mismo existe semejanzas con los resultados reportados por **Vargas** (22) donde indicó que hubo un 29,3% con buena calidad

de vida, un 64,6% con regular calidad de vida, y un 6.1% con deficiente calidad de vida respecto al dolor físico, también existe similitud comparado con los resultados obtenido por **Mamani** (24) con un 43,7% con buena calidad de vida respecto al dolor corporal.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

#### **5.1.1 Conclusión General**

-Existe asociación entre la rehabilitación protésica y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados totales las “Hermanitas de los Ancianos Desamparados” donde presentan una calidad de vida Moderada en 62% seguido de los portan prótesis dental y con calidad de vida Baja en 34% pacientes con prótesis dental con calidad de vida Alta en 4%. Nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

#### **5.1.2 Conclusiones Específicas**

-Existe asociación entre la rehabilitación protésica y la función física de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales donde se presenta una calidad de vida Baja en 63% seguido de portadores de prótesis dental con calidad de vida Moderada en 25% y, portadores de prótesis dental con calidad de vida Alta en un 12%. Nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

-Existe asociación entre la rehabilitación protésica y la función psicosocial de la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales donde se presenta una calidad de vida Moderada en 48%; pacientes portadores de prótesis dental con calidad de vida Baja en 44%, portadores de prótesis dental con calidad de vida Alta en 8%. Nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

-Existe asociación entre la rehabilitación protésica y el dolor sobre la calidad de vida en pacientes adultos mayores desdentados totales donde se presenta una calidad de vida Moderada en 75%; seguido de portadores de prótesis dental con calidad de vida Baja en 25%, portadores de prótesis dental con calidad de vida Alta en 0% . Nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

## 5.2 Recomendaciones

- Realizar estudios sobre calidad de vida y rehabilitación protésica a nivel nacional para conocer la situación real y actual que existe en esta etapa de vida respecto a la temática
- Trabajar investigaciones que cuenten con una población más grande para tener mayor representatividad significativa.
- Realizar talleres dirigidos a personas edéntulas sobre la importancia de la rehabilitación protésica y el impacto en su calidad de vida-
- Incorporar test sobre calidad de vida en la rehabilitación oral de edéntulos.
- Realizar investigaciones longitudinales que permitan evaluar la evolución de la calidad de vida del paciente edéntulo en el tiempo.
- Realizar investigaciones sobre factores asociados a la calidad de vida en pacientes edéntulos portadores de prótesis totales.
- Elaborar nuevos instrumentos que puedan medir la calidad de vida en el paciente edéntulo total adaptados a nuestra población.
- Incorporar instrumentos documentales similares en programas de rehabilitación oral realizado a nivel nacional por el Ministerio de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
- 2.- Alzate-Urrea S, Agudelo-Suárez AA, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, PosadaLópez A. Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2015; 14(29): 83-96.
- 3.- FDI. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional. 2015.
- 4.- Campodónico Reátegui C, Chein Villacampa S, Benavente Lipa L, Vidal Goñi R, Delgadillo Ávila J, Álvarez Paúcar M, Evaristo Chiyong T, Campodónico Morales C, Lara Téllez L, Díaz Soriano A. El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012. OS [Internet]. 14may2014 [citado 1nov.2019];16(2):29-3.
- 5.- Melgar Hermosa, Rosa. Prevención en salud bucal en todas las etapas de vida. Primera edición. Perú Lima. Lluvia editores; 2018.
- 6.-Cáceres M, Parra P, Pico E. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. Revista Salud Pública. 2018; 20(2): 147-154.
- 7.-Martinez P. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida:¿éxito o dificultad?. Revista Finlay. 2018; 8(1): 59-65.
- 8.-Sabando V. Calidad de vida relacionada con salud oral y autopercepción de salud: Encuesta Nacional de calidad de vida y salud 2015-2016 en Chile. 2019; 13(3): 333-334.
- 9.-Diaz C, Simancas P. Propiedades psicométricas de la versión en español del índice General de valoración de salud bucal (GOHAI) en pacientes adultos de Cartagena (Colombia). 2017; 33(3): 393-404.
- 10.-Osman M, Khalifa N, Mohammed N. Validation and comparison of the Arabic versions of GOHAI and OHIP-14 in patients with and without denture experience. 2018; 18:157.

- 11.- Huamani C, Humani E, Alvarado M. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. 2018; 28(1): 44-45.
- 12.- Gutierrez V, León R, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. 2015 ;25(3):179-86
- 13.- Ministerio de Salud (MINSA), Instituto Nacional de Salud (INS). Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta. Resolución Ministerial N° 184-2012/MINSA.
- 14.- Felton D. Edentulism and comorbid factors. J Prosthodont. 2009;18(2):88–96.
- 15.- Lajes U, Aúcar L, Cardoso I, Diaz G. Influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes. 2014; 14(3): 615-628.
- 16.-Yera Fernández. Estado de salud bucal de la población geriátrica. Portales médicos.com 2010.Disponible en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2341/1/Estado-de-Salud-Bucal-de-la-Poblacion-Geriatrica.html>
- 17.- Azañedo D. Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Perú. In Crescendo. Institucional. 2016; 7(1):145-148.
- 18.- Aponte D. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. 2015; 13(2): 152-183.
- 19.- León S. Giacaman A. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. Revista Médica de Chile. 2016;144: 496-502.
- 20.- Arencibia G. Necesidad de rehabilitación protésica en una población seleccionada de un área de salud. Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2016; 20(4): 452-457.
- 21.- Valencia A. Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos [tesis]. Perú. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. Disponible en:

22.- Vargas D. Calidad de vida y salud bucal en usuarios de prótesis dental removible del Centro integral del adulto mayor en Lima 2018 [tesis]. Perú. Lima: Universidad Norbert Wiener; Facultad de Ciencias de la salud; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2875>.

23.- Quispe M. Relación entre salud oral y la calidad de vida del adulto mayor del distrito de Paucarcolla-2018. Perú. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; Facultad de Ciencias de la salud; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/10369>

24.-Mamani E. Calidad de vida de los adultos mayores edéntulos portadores y no portadores de prótesis removible atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva durante enero-marzo 2013 [tesis]. Perú. Tacna: Universidad Privada de Tacna; Facultad de Ciencias de la salud; 2013. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/597>.

25.-Alves A. Quality of life related to complete denture. Acta Odontológica Latinoamericana. 2018; 31(2): 91-96.

26.-Morales C. Influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en pacientes que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas en octubre 2016. [tesis].Ecuador. Guayaquil: Universidad de las Américas; Facultad de odontología; 2017. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6581>.

27.-Carpio C. Impacto del edentulismo en la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad piloto de odontología de la Universidad de Guayaquil. . [tesis].Ecuador. Guayaquil: Universidad de las Américas; Facultad de Posgrados; 2017. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/8397>.

28.-Degrandi V, Bentancourt M, Fabruccini A, Fuentes F, Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitadores con nuevas prótesis removibles totales. Sistema de información científica Redalyc.2017; 19(29): 64-75.

29.-Hoeksema AR, Spoorenberg S, Petters L, Meijer H, Raghoobar G, Vissink A, Winla K, Visser A. Elderly with remaining teeth report less frailty and better

quality of life in edentulous elderly: a cross-sectional study. *Oral Dis.* 2017. Mayo; 24 (4): 526-536.

30.-Tan H, KG Peres Y MA Peres. Retention of Teeth and Oral Health– Related Quality of Life, *Critical Reviews in Biología y Medicina Oral. Journal of Dental Research*, 2016; 1(8): 1-8.

31.-Kiss M. Calidad de vida en pacientes rehabilitados con prótesis dental total, universidad andrés bello, facultad de odontología sede concepción año 2014-2015. [tesis].Chile.Santiago: Universidad Andrés Bello; Facultad de odontología; 2015. Disponible en <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/2745>

32.- Nebojsa K, Milena K, Milica P, Calidad de vida relacionada con la salud oral de pacientes edéntulos después rebase de dentaduras completas I. *Vojnosanit Pregl* 2015; ; 72 (4): 307-311.

33.-Hewlett et al. Edentulism and quality of life among older Ghanaian adults. *BMC Oral Health*.2015; 15:48.

34.-Visscher C. M. et al. Dental status and oral health-related quality of life. A population-based study. *Journal of Oral Rehabilitation* 2014, 41;416-422.

## ANEXOS

### a) INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### FCIHA CLINICA

##### 1. DATOS GENERALES:

PACIENTE		Nº1	
Edad			
Sexo		M ( )	F ( )
Tiempo de uso de la prótesis			
Menos de 1 año	1- 3 años	3 – 5 años	Más de 5 años
Estado de la prótesis total			
Bueno		Regular	Deficiente
Movilidad de prótesis		SI	NO
SUPERIOR		INFERIOR	AMBAS
Utilidad de adhesivo		SI	NO
SUPERIOR		INFERIOR	AMBAS

## ENCUESTA

Con qué frecuencia, en los últimos tres meses.....	Nombre corto
1.-Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problema con sus dientes o prótesis dentales?	Limitó/Alimentos
2.-Pudo tragar cómodamente?	Tragar cómodamente
3.-Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?	Hablar como quería
4.-Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?	Comer sin molestias
5.-Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	Evitó contacto
6.-Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	Satisfecho con apariencia
7.-Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	Preocupado o intranquilo
8.-Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	Nervioso o consciente
9.-Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	Incómodo frente a personas

10.-Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran atípicos	Evitó reírse
11.-Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	Dolor o molestias
12.- Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	Dientes o encías sensibles

b) MATRIZ DE COHERENCIA INTERNA

SARA ANGELICA MORANTE MATURANA

TÍTULO	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPOTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO	INSTRUMENTO
La rehabilitación protésica y la calidad de vida de adultos mayores desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados" Breña-Perú	<p><b>Problema principal</b></p> <p>¿Cómo influye la rehabilitación protésica y la calidad de vida de adultos mayores desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados" Breña-Perú</p> <p><b>Problemas específicos</b></p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar la influencia de la rehabilitación protésica y la calidad de vida de adultos mayores desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados" Breña-Perú</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p>	<p><b>Hipótesis</b></p> <p>Ha: La rehabilitación protésica se relaciona en la calidad de vida de los adultos mayores desdentados del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados" Breña-Perú</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>La rehabilitación protésica de la función física influye positivamente</p>	<p><b>Variable independiente</b></p> <p>Rehabilitación protésica</p> <p><b>Variable dependiente</b></p> <p>Calidad de vida</p>	<p>El tipo de investigación es: Explicativo</p> <p>El nivel de investigación es aplicativo: porque el propósito es evaluar causalidad entre variables de tipo dependiente e independiente.</p> <p>El método de investigación será <b>Ex post facto.</b></p>	<p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>La población estuvo conformada por el record de pacientes atendidos por trimestre (enero a junio 2020) constituida por los pacientes desdentados totales portadores de prótesis totales pertenecientes al grupo de adultos mayores de las "Hermanitas de los Ancianos Desamparados"</p>	<p>Ficha clínica del adulto mayor</p> <p>Índice de salud geriátrico</p> <p>GOHAI</p>

<p>¿Cómo influye la rehabilitación protésica en la función física de la calidad de vida en desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados" ?</p>	<p>Determinar la influencia de la rehabilitación protésica en la función física de la calidad de vida en desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados"</p>	<p>en la calidad de vida es alta en desdentados totales en el curso de prótesis totales de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. La rehabilitación protésica de la función psicossocial influye positivamente en la calidad de vida es alta en desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados"</p>			<p>corresponden a 100.</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>Se realizó mediante muestreo aleatorio probabilístico con fórmula</p> $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$ <p>Tamaño de la muestra (n) = 100</p> <p>Alfa (α) error tipo I máximo = 0,050</p> <p>Nivel de confianza (1 - α/2) = 0,975</p> <p>Z (1 - α/2) = 1.960</p> <p>Frecuencia de uso de prótesis (p) = 0,070</p>	
<p>¿Cómo influye la rehabilitación protésica en la función psicossocial en la calidad de vida en desdentados</p>	<p>Determinar la influencia de la rehabilitación protésica en la función psicossocial de la calidad de vida en desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados"</p>	<p>positivamente en la calidad de vida es alta en desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados"</p>				

<p>totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados"?</p> <p>¿Cómo influye la rehabilitación protésica en el dolor sobre la calidad de vida en desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados" ?</p>	<p>Determinar la influencia de la rehabilitación protésica en el dolor sobre la calidad de vida en desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados"</p>	<p>.La rehabilitación protésica sobre el dolor influye positivamente en la calidad de vida es alta en desdentados totales del asilo de "Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados"</p>				<p>Complemento de p (q) = 0,930</p> <p>Precisión (d) = 0,050</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">100. 035264</div>	
--	---	--	--	--	--	---	--

