

DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS MAESTRÍA

Arequipa 30 de abril del 2018

Señor

Dr. HUGO TEJADA PRADELL
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM
Presente.-

Asunto: Dictamen del Borrador de Tesis titulado: ASOCIACIÓN DE LA SALUD BUCAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL COMITÉ DISTRITAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE SABANDIA. AREQUIPA, 2017

Maestría: Torres Funio Cristhian Conaly

Previo atento saludo, me dirijo a usted para informarle que el presente Borrador de tesis cuenta con mi **OPINIÓN FAVORABLE**, pudiendo pasar a la fase de sustentación.

Atentamente.



Dra. Elsa Vásquez Huerta
Dictaminadora

DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE MAESTRÍA

Arequipa, 30 de abril del 2018.

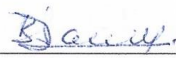
Señor
Dr. HUGO TEJADA PRADELL
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM
Presente.-

Asunto: Dictamen del Borrador de Tesis titulado: ASOCIACIÓN DE LA SALUD BUCAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL COMITÉ DISTRITAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE SABANDIA. AREQUIPA, 2017

Maestría: Torres Funio Cristhian Conaly

Previo atento saludo, me dirijo a usted para informarle que el presente Borrador de Tesis cuenta con mi **OPINIÓN FAVORABLE**, pudiendo pasar a la fase de sustentación.

Atentamente.



Dra. BETHZABET PACHECO CHIRINOS
Dictaminadora



Universidad Católica de Santa María

ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. HUGO TEJADA PRADELL
Director de la escuela de postgrado.

Visto el Expediente **Nº20180000014224** presentado (a) por el(a) Bachiller:

TORRES FUNIO, Cristhian Conaly

Dictamen en el Borrador de Tesis Titulada:

**“ASOCIACIÓN DE LA SALUD BUCAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.
AREQUIPA, 2017” con la que podrá optar el grado de MAESTRO EN
ODONTOESTOMATOLOGÍA.**

Cumplo con emitir dictamen favorable:



Arequipa, 03 de Abril del 2018



.....
DR. BERLIE OCOLA TICONA
Docente de la Escuela de Postgrado
Universidad Católica Santa María

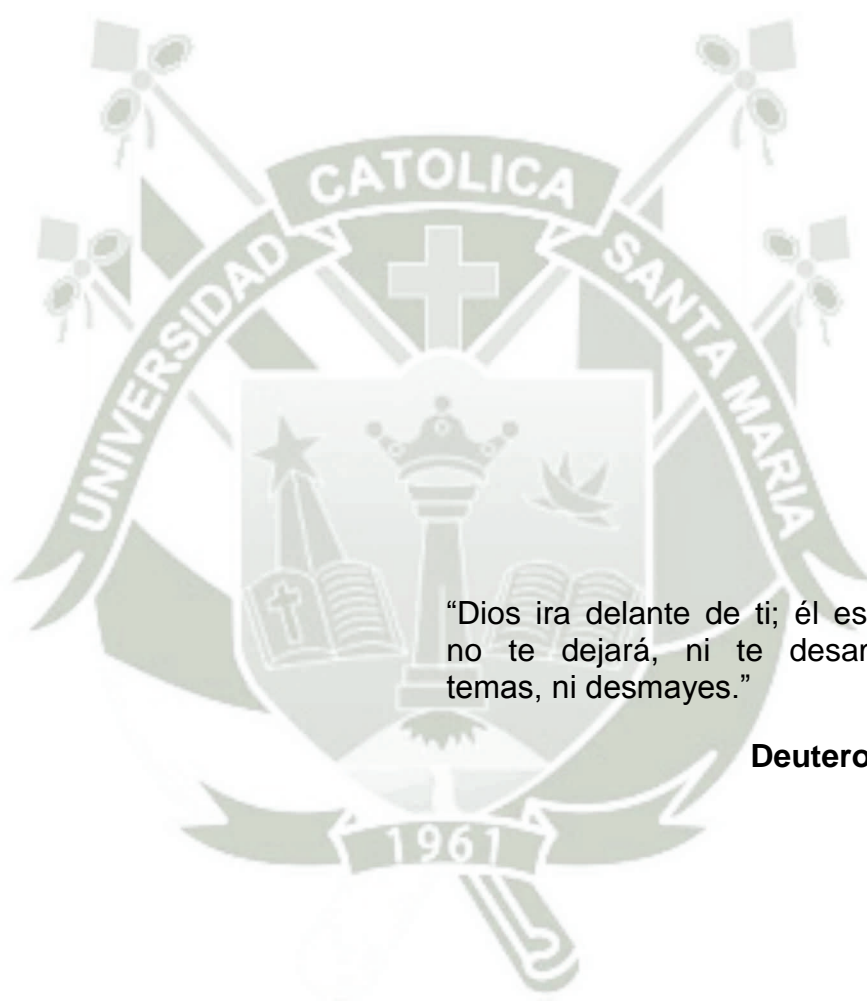
A Dios y a la Virgen María; por ser la luz que guía mi camino.

A la “Universidad Católica de Santa María”, por su formación profesional, con el Gran legado que nos dejó Padre Williams Morris; nobleza y humildad.

A mis Padres Carmen y Edy; por su motivación constante para alcanzar mis metas y propósitos.

Al Dr. Pablo Bejarano Farfán, Médico del Puesto de Salud Leopoldo Rondón del Distrito de Sabandia.

A la Dra. Gabriela Lazo Meneses; por su enseñanza y por transmitirme sus diversos conocimientos, que me servirán en mi camino profesional.



“Dios ira delante de ti; él estará contigo, no te dejará, ni te desampará; no temas, ni desmayes.”

Deuteronomio: 31,8

INTRODUCCIÓN

El Concepto de Calidad de Vida relacionado con la Salud, abarca aquellos aspectos de la vida, que están influenciados significativamente por la salud personal.

La Salud Oral en el Adulto Mayor, es esencial e importante en la realización de sus funciones vitales, como: la masticación, deglución, fonación y en su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social. Dado que el Adulto Mayor ha tenido a lo largo de su vida muchas experiencias odontológicas, las enfermedades orales que han dejado secuelas, las cuales tienen un impacto negativo y directo sobre la calidad de vida de las personas.

La Calidad de Vida, tiene que ver con la propia percepción de sentirse bien individualmente y en relación con la sociedad, el lugar de vivienda, el comportamiento, la satisfacción laboral y que por las características propias de la edad del adulto mayor, estos presentan uno o varios problemas en diferentes áreas de su vida social, familiar, física y económica.

En la mayoría de pacientes adultos mayores, que asisten al Comité Distrital del Adulto Mayor – CODAM y evaluados en el Puesto de Salud Leopoldo Rondón del Distrito de Sabandia, se observó que a causa de la pérdida dentaria , la distribución de la carga oclusal que se realiza sobre un número de dientes y en una dirección diferente al eje axial del diente, de manera que esta resulta inadecuada y excesiva, por lo tanto en estos dientes se observa con frecuencia , el aumento del espacio del ligamento periodontal, la relacion entre el diente y el periodonto tambien varian a lo largo de la vida , los tejidos gingivales sufren los mismos cambios se adelgazan y pierden queratina.La falta de piezas dentarias tiene relación con la salud oral afectando la función masticatoria,la socializacion y a la autorealización.

Actualmente se observa que, los pacientes Adultos Mayores, llegan al consultorio con mayores exigencias de soluciones conservadoras, que no siempre pueden resolverse fácilmente. Cada vez con más frecuencia se encuentra adultos

mayores con casi todas sus piezas dentarias, ya no es habitual el adulto mayor desdentado, cuya pérdida dentaria era debida a caries o por enfermedad periodontal.

El Presente Estudio está organizado en un capítulo único de resultados, constituido por el procesamiento y análisis de los datos, así como de la discusión, finalmente se presenta la sección de conclusiones, recomendaciones, bibliografía, hemerografía e informatografía, así como los correspondientes anexos.



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental relacionar la Salud Bucal y la Percepción de la Calidad de Vida, en los pacientes del Comité Distrital del Adulto Mayor “CODAM” del distrito de Sabandia, en los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2017.

Se trató de un estudio observacional, transversal, prospectivo, conformado por un grupo de 42 de adultos mayores, que asisten a los talleres en el Comité Distrital del Adulto Mayor “CODAM”. Cada adulto mayor del referido Comité, fue revisado en el Puesto de Salud Leopoldo Rondón Carpio del Distrito de Sabandia. Para la variable salud oral fueron evaluadas clínicamente las piezas dentarias careadas, pérdidas y presentes; además de su índice periodontal de Russell y para la variable calidad de vida se recogió información a través del cuestionario de OHIP “Oral Health Impact Profile” conformado por 7 ítems, teniendo cada ítem un valor para cada pregunta, calificando los respectivos puntajes como óptimo, considerable, media estricta, insuficiente y deficiente.

Para el análisis de los resultados se utilizó la estadística descriptiva e inferencial a través del coeficiente de contingencia y V de Cramer.

Las conclusiones a las que se llegó en relación a las piezas careadas y calidad de vida una asociación media, en relación entre piezas perdidas y calidad de vida una asociación fuerte, en relación entre piezas presentes y calidad de vida una asociación muy fuerte y finalmente la relación entre el Índice Periodontal de Russell y Calidad de Vida de asociación media.

Palabras Claves: Salud Bucal y Calidad de Vida.

ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to relate the Oral Health and the Perception of the Quality of Life, the patients of the District Committee of the Elderly "CODAM" of the district of Sabandia, in the months of August, September and October of the year 2017.

It was an observational, cross-sectional, prospective study, consisting of a group of 42 older adults, who attended the workshops in the District Committee of the Elderly "CODAM". Each senior citizen of the referred committee was reviewed in the Health Post Leopoldo Rondón Carpio from the District of Sabandia. For the oral health variable, the dental pieces lost, lost and present were evaluated clinically; In addition to Russell's periodontal index and for the quality of life variable, it refers to the OHIP questionnaire "Profile of Impact on Oral Health" consisting of 7 items, each value having a value for each question, qualifying the scores as optimal, considerable, strict means, insufficient and deficient.

For the analysis of the results, descriptive and inferential statistics were used through the contingency coefficient and V of Cramer.

The conclusions reached in relation to the pieces fallen and quality of life a multimedia association, in relation between lost pieces and quality of life a strong association, in relation between the presented pieces and the quality of life a very strong association and finally, the relationship between the Russell Periodontal Index and the association's quality of life.

Key words: Oral Health and Quality of Life

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO ÚNICO: RESULTADO	1
1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	2
1.1 TABLAS DE INFORMACIÓN GENERAL.....	2
1.2 TABLAS REFERENTE A LA VARIABLE SALUD BUCAL.....	6
1.3 TABLAS REFERENTE A LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA.....	12
1.4 TABLAS DE RELACIÓN ENTRE SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA.....	28
2. DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
PROPUESTA	40
BIBLIOGRAFÍA	42
HEMEROGRAFÍA	43
INFORMATOGRAFIA	44
ANEXOS	45
ANEXO N° 1 PROYECTO DE TESIS.....	46
ANEXO N° 2 CÁLCULOS ESTADÍSTICOS	88
ANEXO N°3 SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	91
ANEXO N° 4 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	99
ANEXO N°5 SECCIÓN FOTOGRAFICA.....	101

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1	ADULTOS MAYORES SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.	2
TABLA Nº 2	ADULTOS MAYORES SEGÚN LA EDAD Y GENERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.	4
TABLA Nº 3	HISTORIA DE CARIES DENTAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.	6
TABLA Nº 4	PIEZAS DENTARIAS PÉRDIDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	8
TABLA Nº 5	ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSELL EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	10
TABLA Nº 6	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.	12
TABLA Nº 7	DOLOR FISICO EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	14
TABLA Nº 8	MOLESTIAS PSICOLOGICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA ...	16
TABLA Nº 9	INCAPACIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	18
TABLA Nº 10	INCAPACIDAD PSICOLOGICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	20
TABLA Nº 11	INCAPACIDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	22

TABLA Nº 12	OBSTÁCULOS EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	24
TABLA Nº 13	CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	26
TABLA Nº 14	RELACIÓN ENTRE CARIES DENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	28
TABLA Nº 15	RELACIÓN ENTRE PIEZAS PÉRDIDAS Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	30
TABLA Nº 16	RELACIÓN ENTRE PIEZAS PRESENTES Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	32
TABLA Nº 17	RELACIÓN ENTRE ÍNDICE IPR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1	ADULTOS MAYORES SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	3
GRÁFICO Nº 2	ADULTOS MAYORES SEGÚN LA EDAD Y GENERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	5
GRÁFICO Nº 3	HISTORIA DE CARIES DENTAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	7
GRÁFICO Nº 4	PIEZAS DENTARIAS PÉRDIDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	9
GRÁFICO Nº 5	ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSELL EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.....	11
GRÁFICO Nº 6	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.	13
GRÁFICO Nº 7	DOLOR FISICO EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA..	15
GRÁFICO Nº 8	MOLESTIAS PSICOLOGICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	17
GRÁFICO Nº 9	INCAPACIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	19
GRÁFICO Nº 10	INCAPACIDAD PSICOLOGICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	21

GRÁFICO Nº 11	INCAPACIDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	23
GRÁFICO Nº 12	OBSTÁCULOS EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA..	25
GRÁFICO Nº 13	CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	27
GRÁFICO Nº 14	RELACIÓN ENTRE CARIES DENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.	29
GRÁFICO Nº 15	RELACIÓN ENTRE PIEZAS PÉRDIDAS Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	31
GRÁFICO Nº 16	RELACIÓN ENTRE PIEZAS PRESENTES Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	33
GRÁFICO Nº 17	RELACIÓN ENTRE ÍNDICE IPR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA	35



CAPITULO ÚNICO: RESULTADO

1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

1.1 TABLAS DE INFORMACIÓN GENERAL

TABLA N° 1
ADULTOS MAYORES SEGÚN EL GÉNERO EN EL COMITÉ DISTRITAL DEL
ADULTO MAYOR (CODAM) DEL DISTRITO DE SABANDIA.

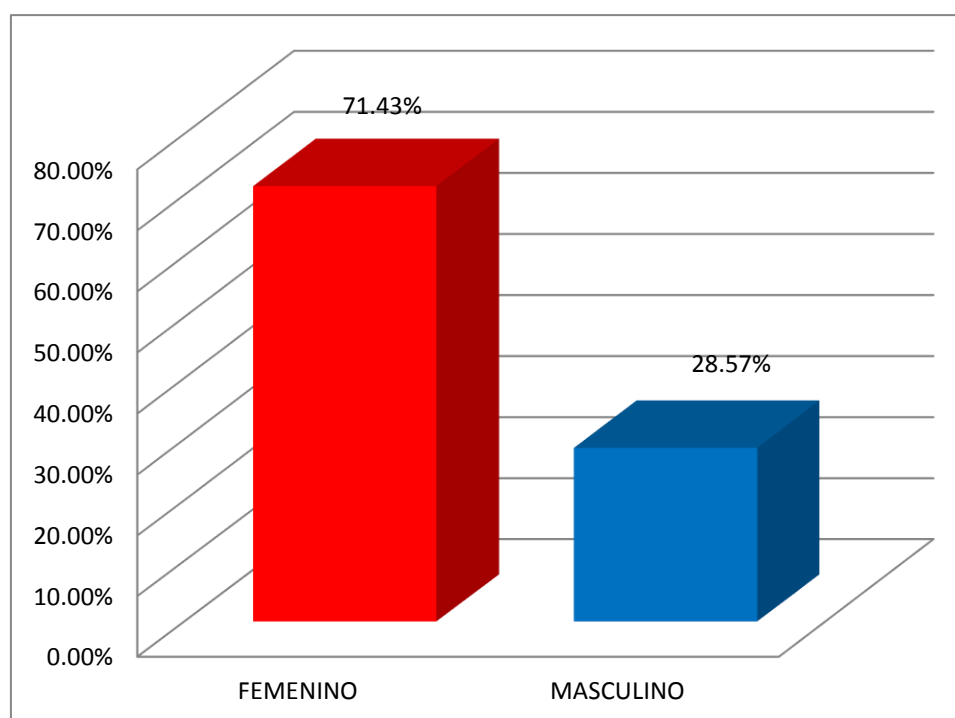
GÉNERO	N	%
FEMENINO	30	71.43%
MASCULINO	12	28.57%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

En relación al género, los adultos mayores investigados, en su mayoría pertenecen al género femenino con un 71.43%, y minoritariamente al masculino con un 28.57%.

GRÁFICO N° 1

ADULTOS MAYORES SEGÚN EL GÉNERO EN EL COMITÉ DISTRITAL DEL ADULTO MAYOR CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA Nº 2

**ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD Y GÉNERO EN EL CODAM DEL
DISTRITO DE SABANDIA.**

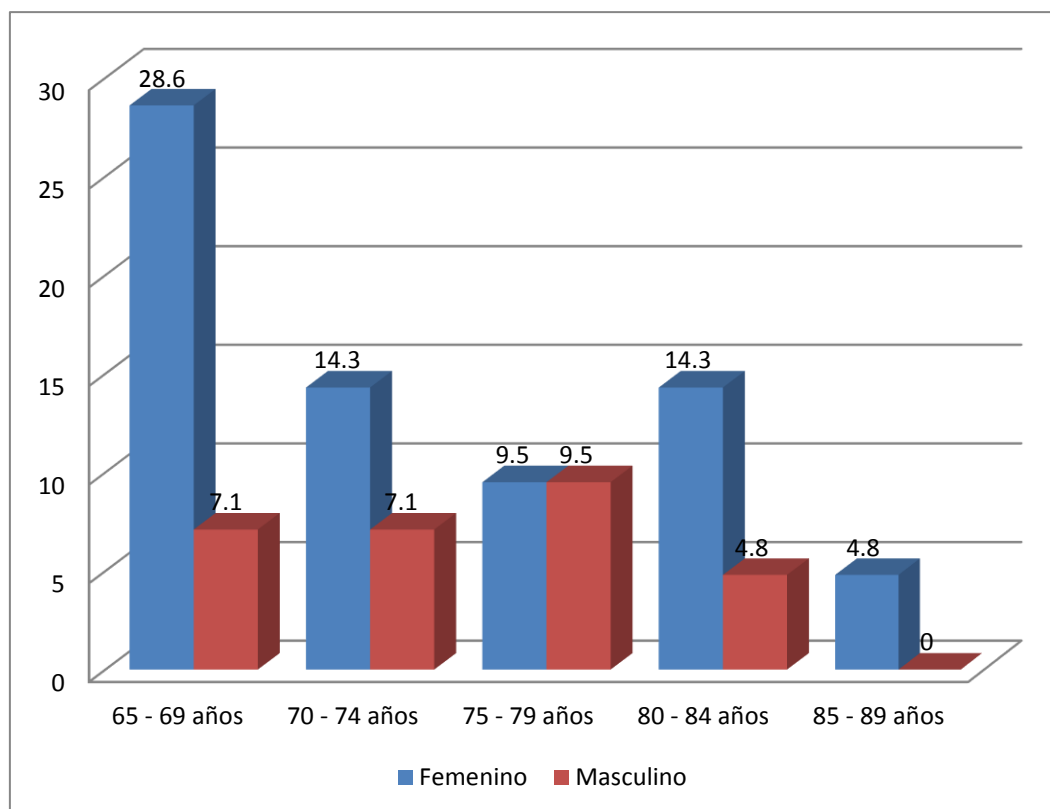
Edad	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65 - 69 años	12	28,6	3	7,1	15	35,7
70 - 74 años	6	14,3	3	7,1	9	21,4
75 - 79 años	4	9,5	4	9,5	8	19,0
80 - 84 años	6	14,3	2	4,8	8	19,0
85 - 89 años	2	4,8	0	0,0	2	4,8
Total	30	71,4	12	28,6	42	100,0

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Se observa en los adultos mayores investigados, que tienen como mayor representación al grupo de 65 a 69 años; con 35.7%; el 21.4% al grupo de 70 a 74 años. Los menores porcentajes del 19.0%,19.0% y 4.8% representan a los adultos de 75 a 89 años.

GRÁFICO Nº 2

ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD Y GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

1.2 TABLAS REFERIDAS A LA VARIABLE SALUD BUCAL

TABLA N° 3

HISTORIA DE CARIES DENTAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.

Historia de Caries	Total	
	Nº	%
Ninguna	4	9,5
1 - 3 caries	19	45,2
4 - 6 caries	10	23,8
7 - 9 caries	6	14,3
10 y más caries	3	7,1
Total	42	100,0

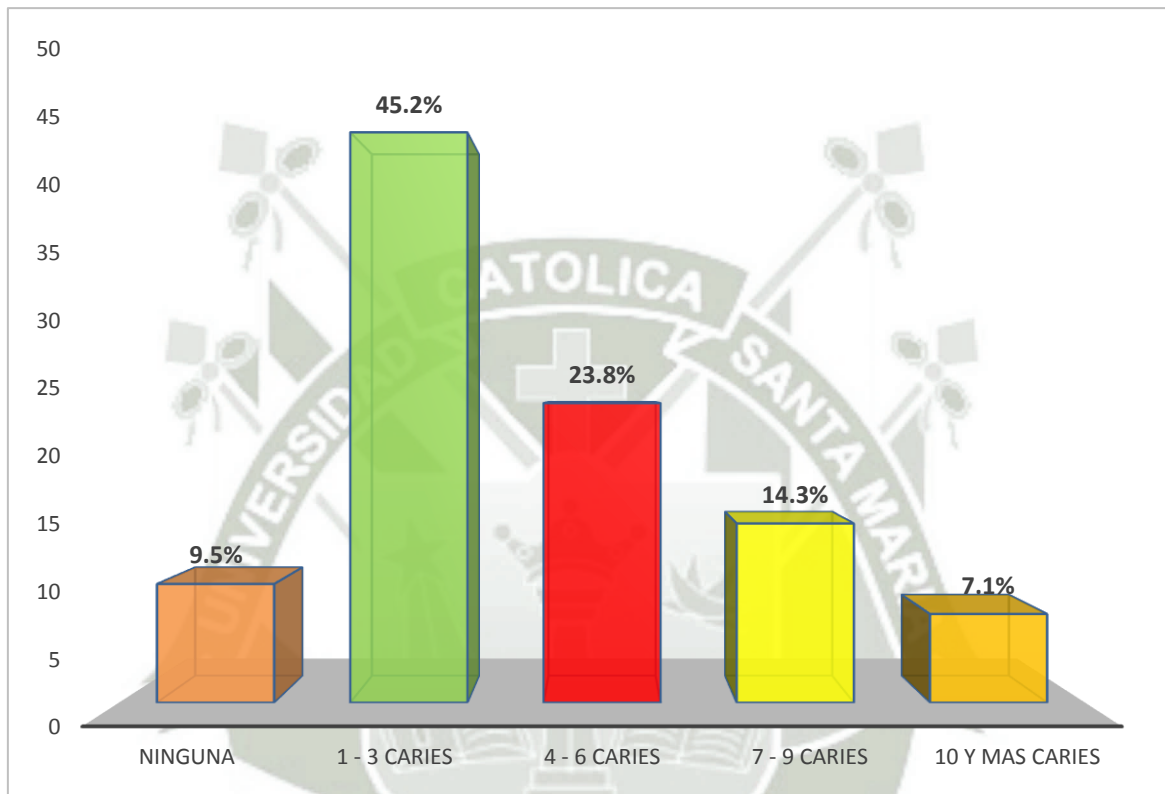
Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

- Caries promedio 4.4
- Caries Mínima 0
- Caries máxima 24

Se observa que el 45.2% de adultos mayores presentó entre 1 y 3 caries; el 23.8% entre 4 a 6 caries; el 14.3% entre 7 a 9 caries; el 7.1% de 10 a más caries; y solo un 9.5% de estos adultos no presento caries.

GRÁFICO Nº 3

HISTORIA DE CARIES DENTAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N° 4

**PIEZAS DENTARIAS PÉRDIDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM
DEL DISTRITO DE SABANDIA.**

Piezas Dentarias Pérdidas	Total	
	Nº	%
4 - 11 pérdidas	5	11.9
12 - 19 pérdidas	9	21.4
20 - 27 pérdidas	10	23.8
28 - 32 pérdidas	18	42.9
Total	42	100.0

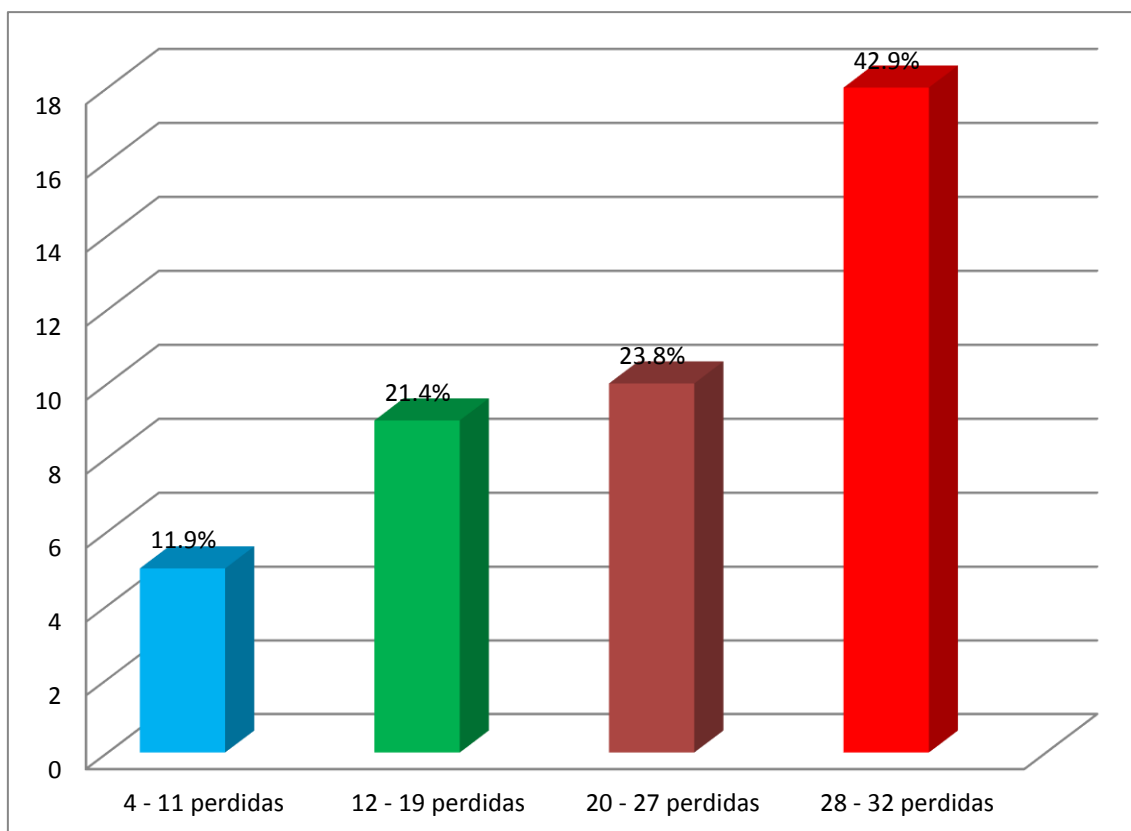
Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

- Promedio piezas perdidas 22.3
- Piezas perdidas Mínima 4
- Piezas perdidas Máxima 32

Se puede apreciar que el 42.9% de pacientes presentó entre 28 a 32 piezas dentarias perdidas; el 23.8% entre 20 a 27 piezas y el 21.4% entre 12 a 19 piezas pérdidas. Sólo un 11.9% de estos adultos presenta menos de 11 piezas dentarias pérdidas

GRÁFICO N° 4

**PIEZAS DENTARIAS PÉRDIDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL CODAM
DEL DISTRITO DE SABANDIA.**



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N° 5

**ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSELL (IPR) EN LOS ADULTOS MAYORES
DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**

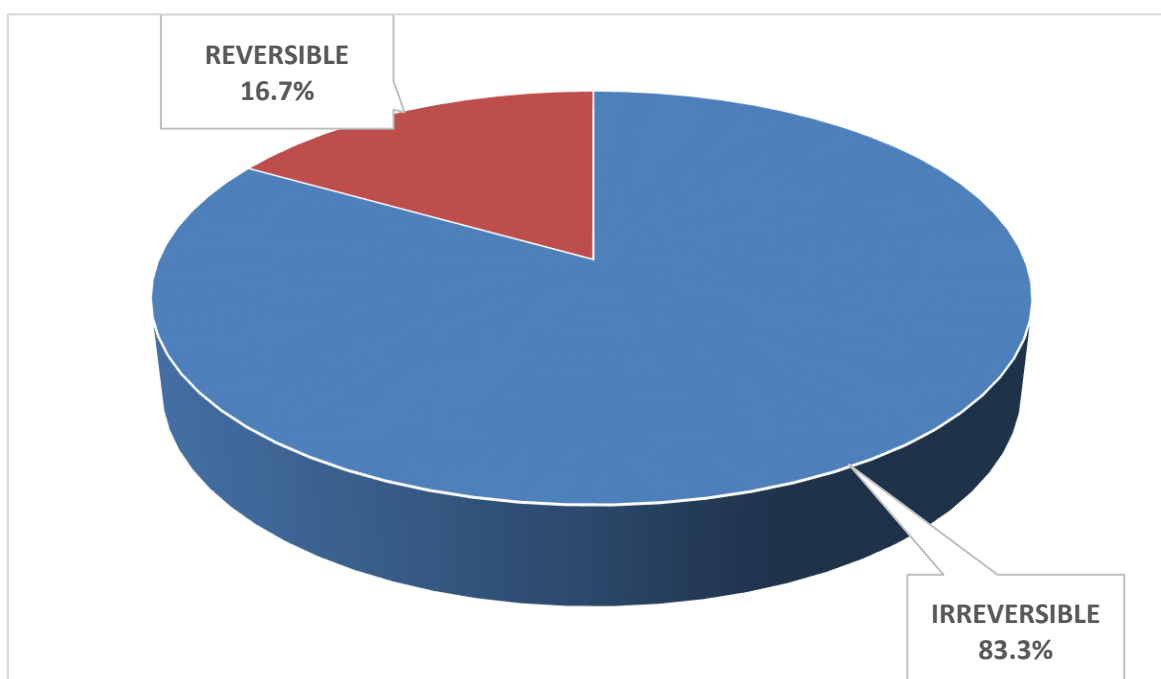
IPR	Total	
	Nº	%
Irreversible	35	83.3
Reversible	7	16.7
Total	42	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Se observa que el 83.3% de pacientes presento IPR Irreversible y el 16.7% Reversible.

GRÁFICO Nº 5

ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSELL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

1.3 TABLAS REFERIDAS A LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA

TABLA N°6

LIMITACIÓN FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA

GÉNERO	LIMITACION FUNCIONAL											
	Nunca		Casi nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	3	7.14	9	21.42	3	7.14	2	4.76	13	30.95	30	71.43
Masculino	1	2.38	1	2.38	3	7.14	2	4.76	5	11.90	12	28.57
Total	4	9.52	10	23.80	6	14.28	4	9.52	18	42.85	42	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Del 100% de los adultos mayores un 42.85%, muestran una limitación funcional, muy frecuentemente, del cual un 30.95% corresponden al género femenino y un 11.90% al género masculino.

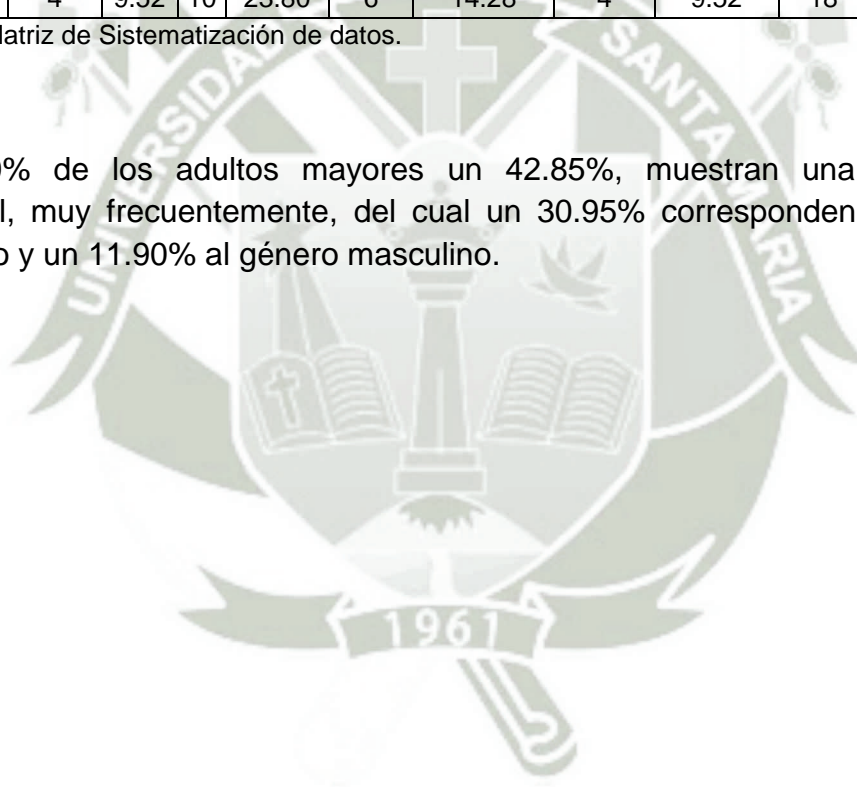
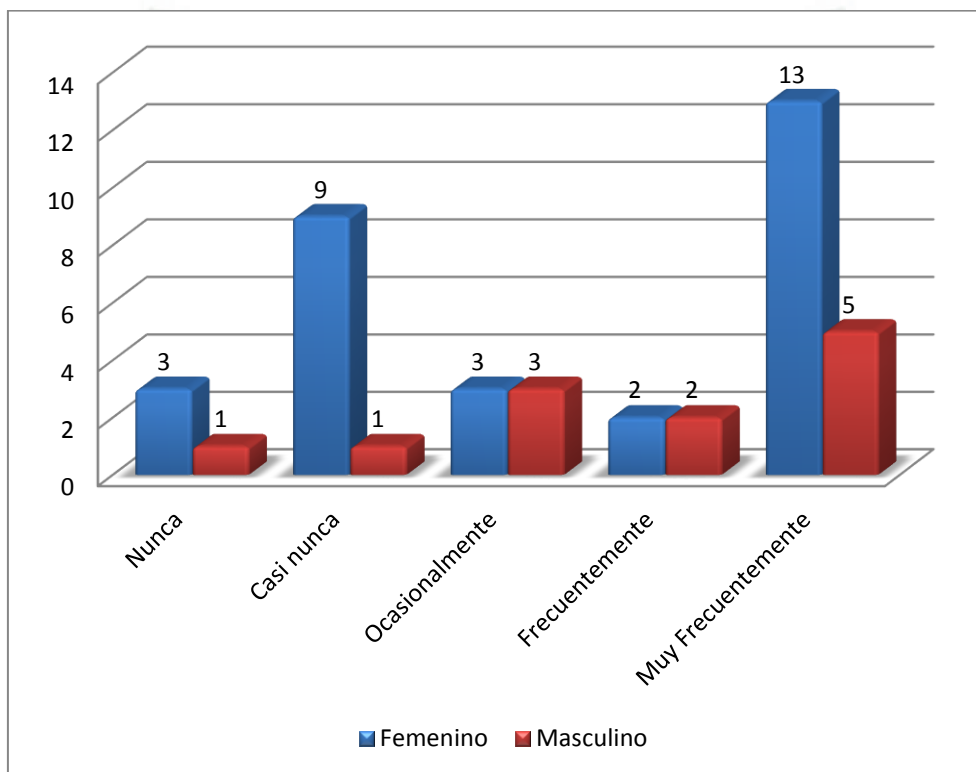


GRÁFICO N°6

LIMITACIÓN FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N°7

**DOLOR FISICO EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL
CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**

GÉNERO	DOLOR FISICO											
	Nunca		Casi nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	0	0.00	7	16.67	7	16.67	13	30.95	3	7.14	30	71.43
Masculino	0	0.00	1	2.38	4	9.52	5	11.90	2	4.76	12	28.57
Total	0	0.00	8	19.05	11	26.19	18	42.85	5	11.90	42	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Del 100% de los adultos mayores un 42.85%, muestra un dolor físico frecuentemente, del cual un 30.95% corresponden al género femenino y un 11.90% al género masculino.

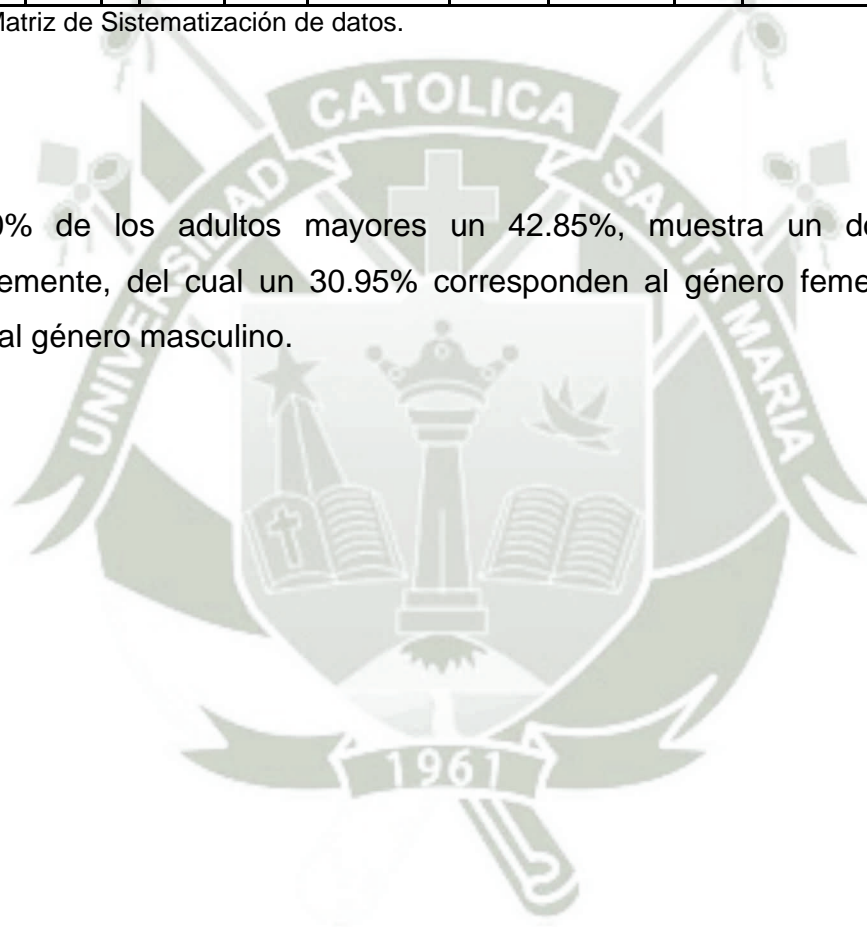
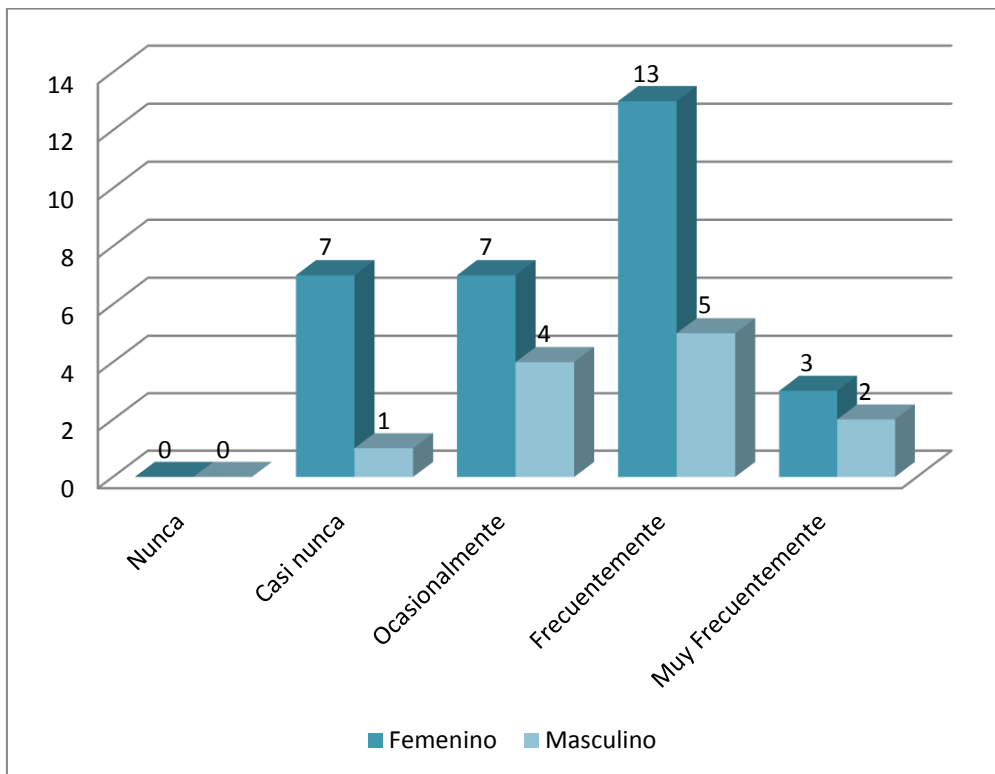


GRÁFICO N°7

**DOLOR FISICO EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL
CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N°8

**MOLESTIAS PSICÓLOGICAS EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL
GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**

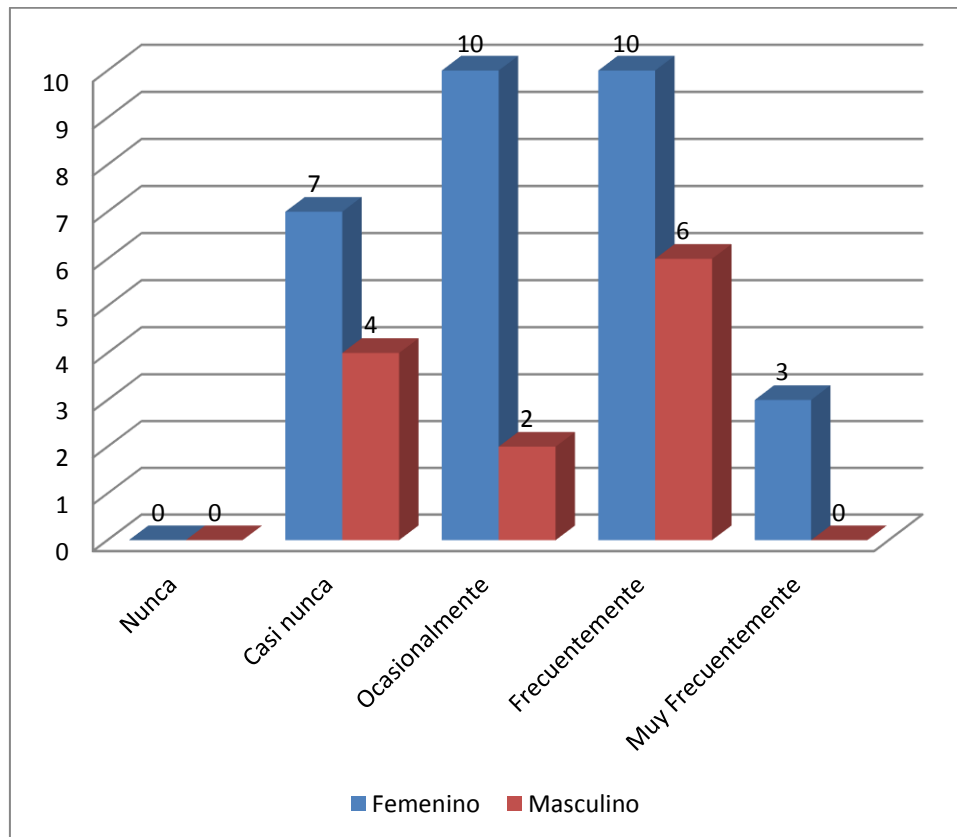
GÉNERO	MOLESTIAS PSICOLOGICAS											
	Nunca		Casi nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	0	0.00	7	16.67	10	23.81	10	23.81	3	7.14	30	71.43
Masculino	0	0.00	4	9.52	2	4.76	6	14.28	0	0.00	12	28.57
Total	0	0.00	11	26.19	12	28.57	16	38.09	3	7.14	42	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Del 100% de los adultos mayores un 38.09%, muestra molestias psicológicas frecuentemente, del cual un 23.81% corresponden al género femenino y un 14.28% al género masculino.

GRÁFICO N°8

**MOLESTIAS PSICOLOGICAS EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL
GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N°9

INCAPACIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN
EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA

GÉNERO	INCAPACIDAD FISICA											
	Nunca		Casi nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	0	0.00	6	14.29	10	23.81	12	28.57	2	4.76	30	71.43
Masculino	0	0.00	1	2.38	6	14.29	5	11.90	0	0.00	12	28.57
Total	0	0.00	7	16.67	16	38.10	17	40.47	2	4.76	42	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización de datos

Del 100% de los adultos mayores un 40.47%, muestra incapacidad física frecuentemente, del cual un 28.57% corresponden al género femenino y un 11.90% al género masculino.

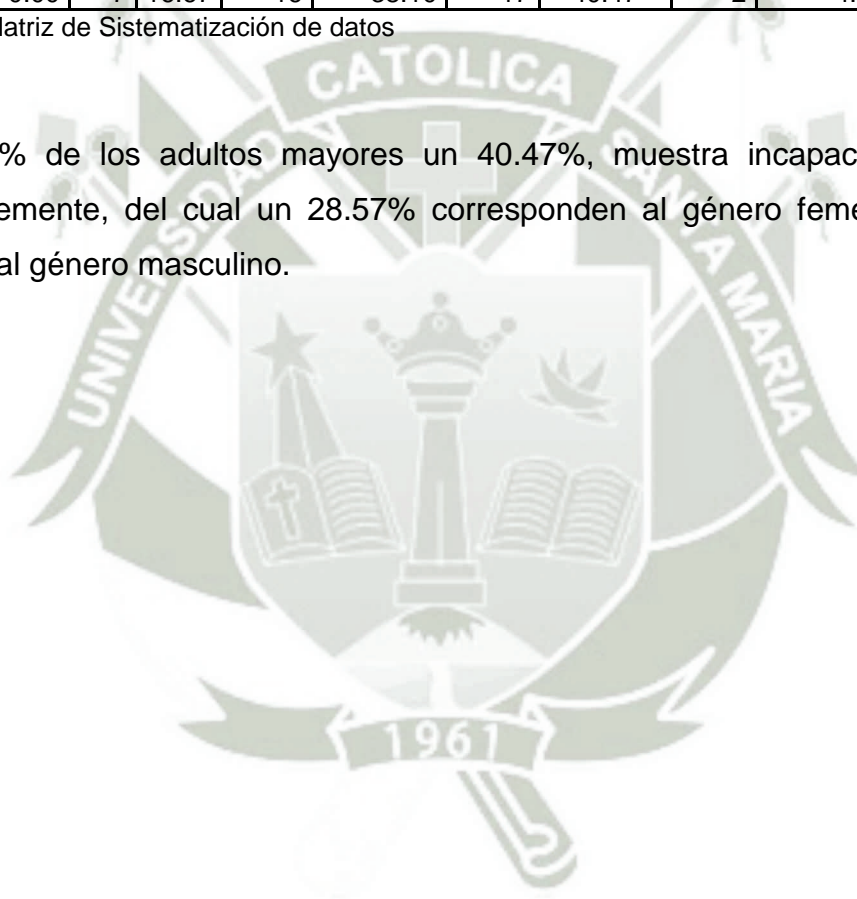
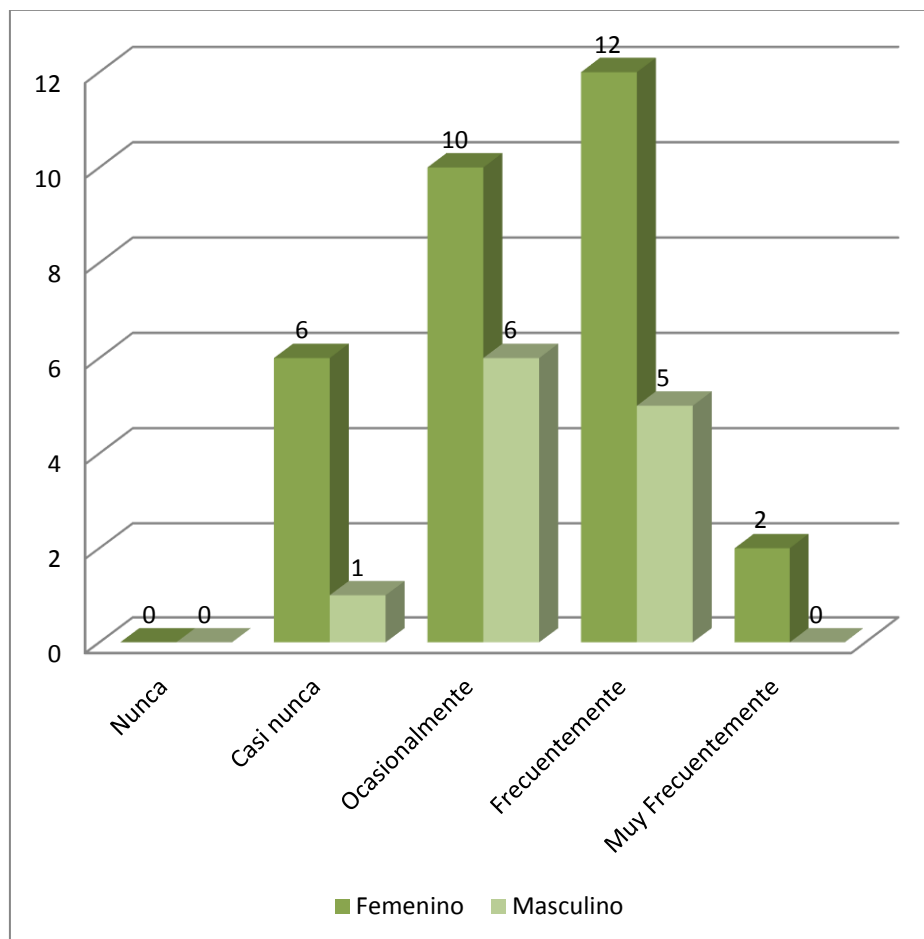


GRÁFICO N°9

INCAPACIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN
EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N°10

**INCAPACIDAD PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL
GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**

GENERO	INCAPACIDAD PSICOLOGICA											
	Nunca		Casi nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	0	0.00	8	19.05	4	9.52	14	33.33	4	9.52	30	71.43
Masculino	0	0.00	3	7.14	3	7.14	5	11.90	1	2.38	12	28.57
Total	0	0.00	11	26.19	7	16.67	19	45.23	5	11.90	42	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Del 100% de los adultos mayores un 45.23%, muestra incapacidad psicológica frecuentemente, del cual un 33.33% corresponden al género femenino y un 11.90% al género masculino.

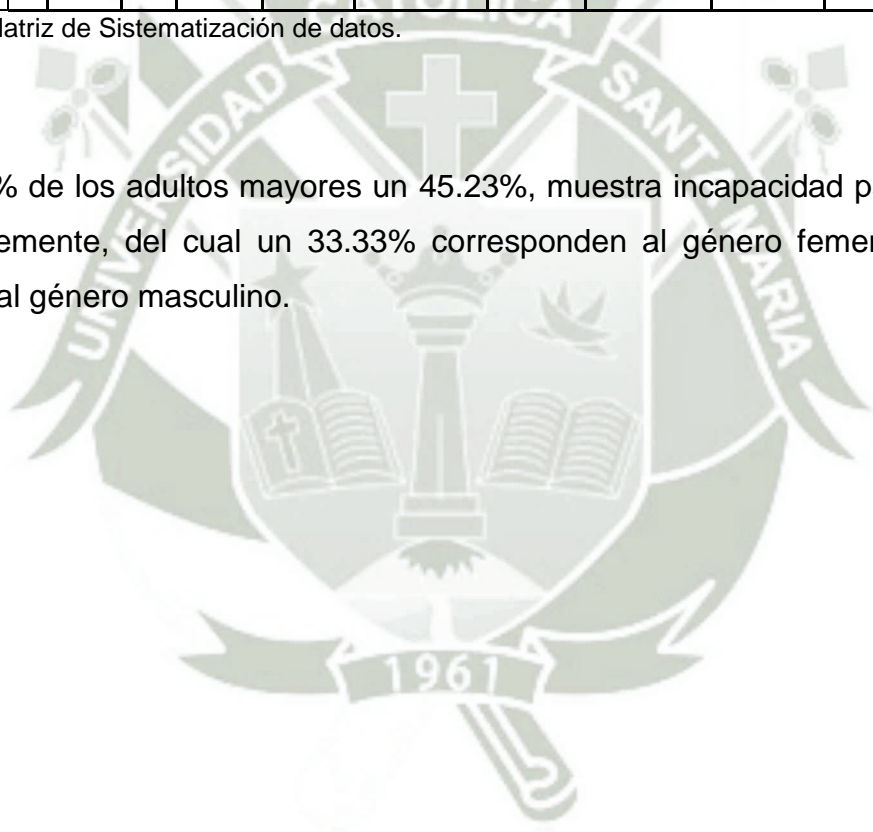
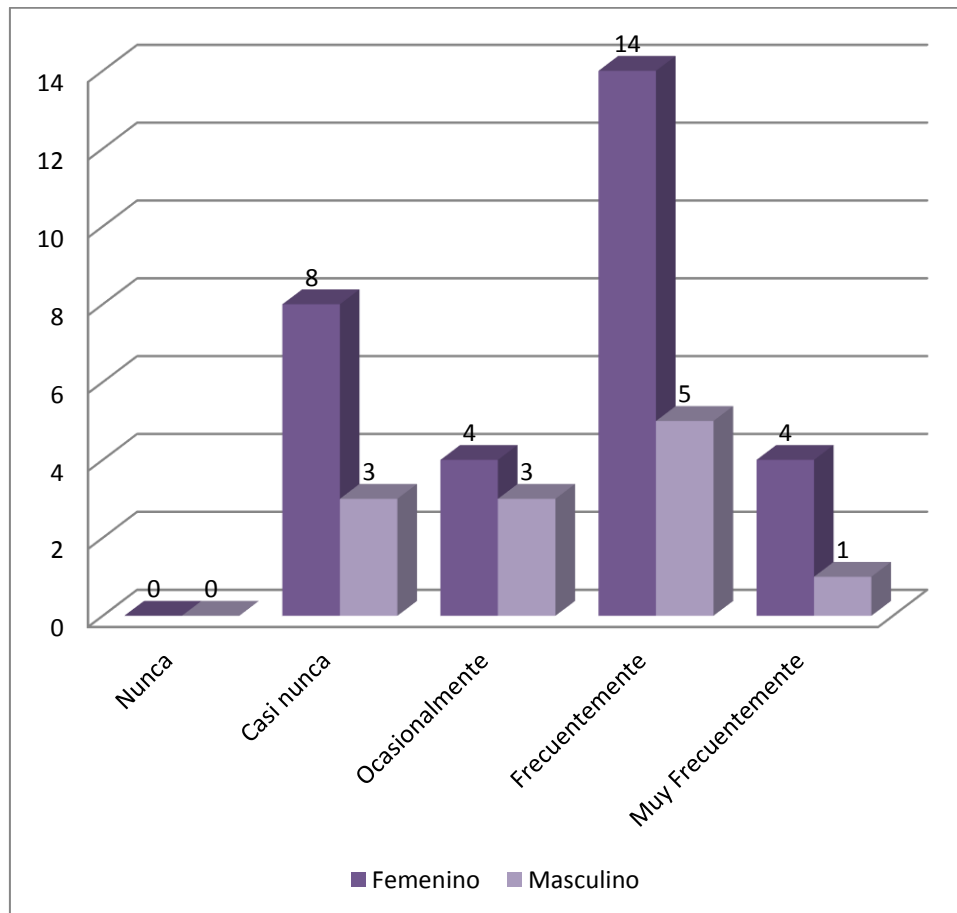


GRÁFICO N°10

INCAPACIDAD PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL
GÉNERO EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N°11

**INCAPACIDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN
EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**

GÉNERO	INCAPACIDAD SOCIAL											
	Nunca		Casi nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	0	0.00	11	26.19	8	19.05	10	23.81	1	2.38	30	71.43
Masculino	0	0.00	5	11.90	3	7.14	4	9.52	0	0.00	12	28.57
Total	0	0.00	16	38.09	11	26.19	14	33.33	1	2.38	42	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Del 100% de los adultos mayores un 38.09%, muestra incapacidad social de casi nunca, del cual un 26.19% corresponden al género femenino y un 11.90% al género masculino.

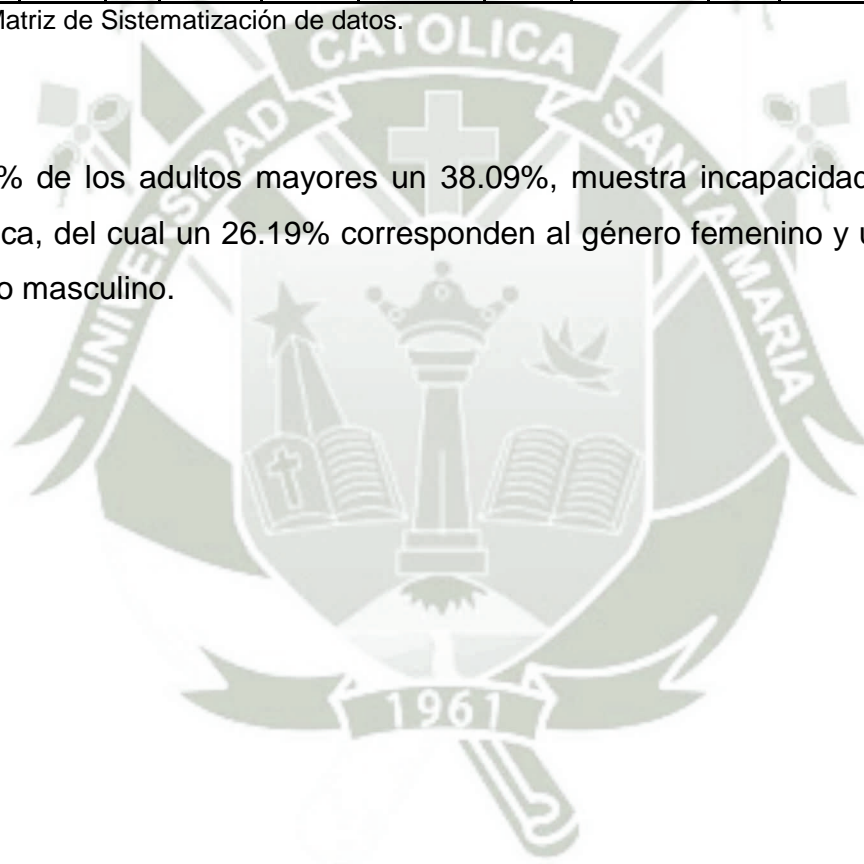
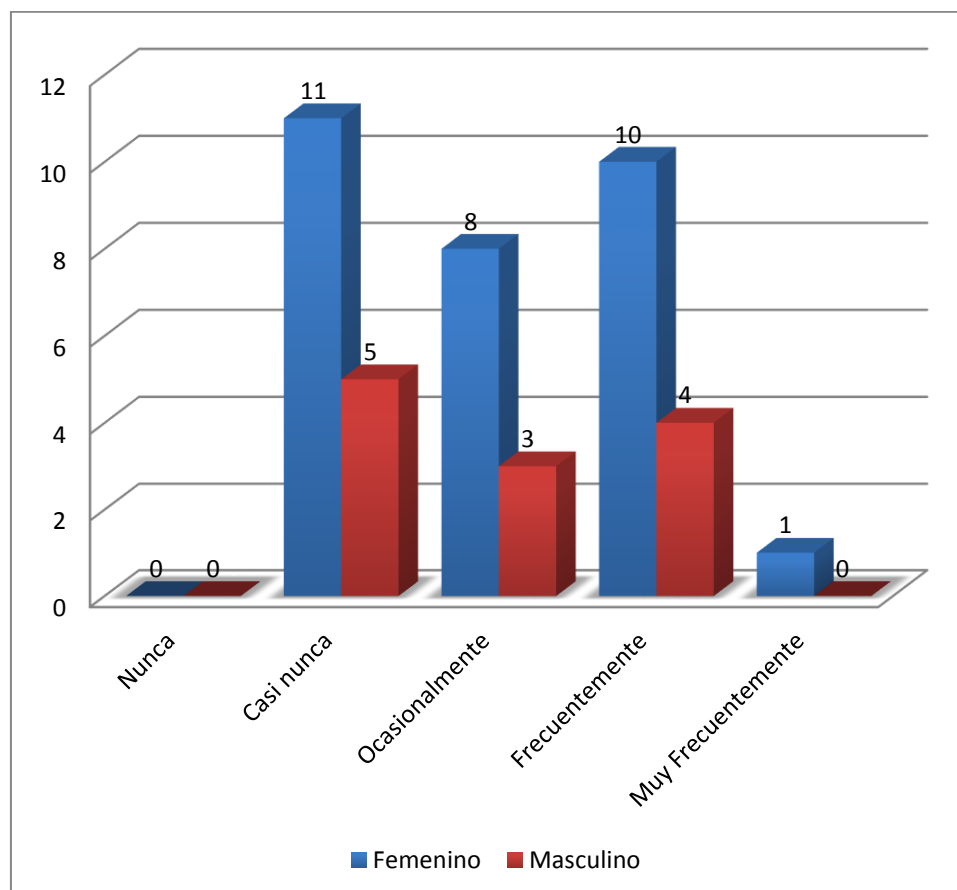


GRÁFICO N° 11

INCAPACIDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN
EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N°12

**OBSTÁCULOS EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL
CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**

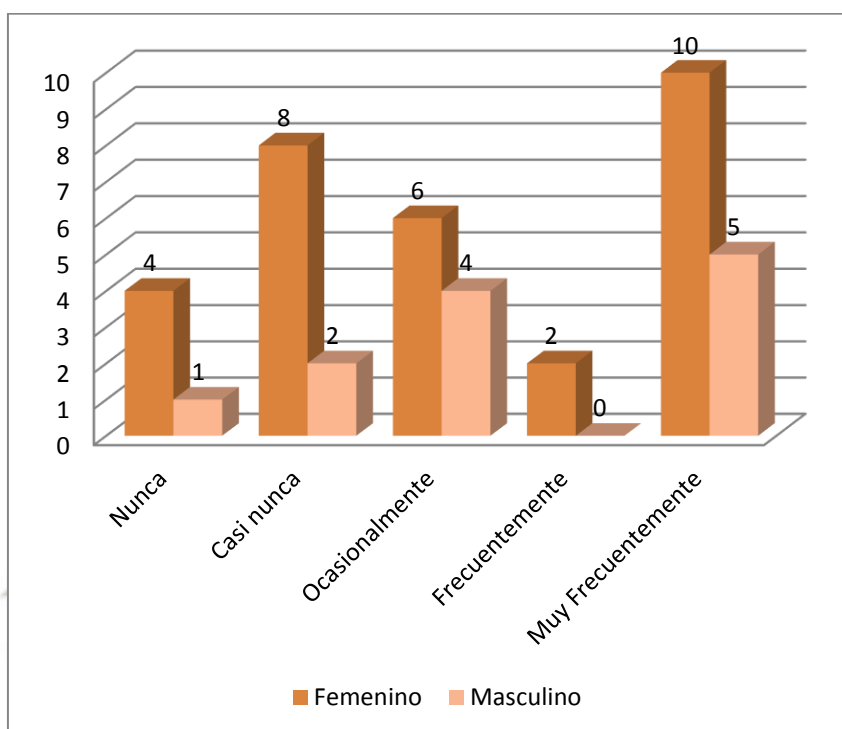
GÉNERO	OBSTÁCULOS											
	Nunca		Casi nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	4	9.52	8	19.05	6	14.29	2	4.76	10	23.81	30	71.43
Masculino	1	2.38	2	4.76	4	9.52	0	0.00	5	11.90	12	28.57
Total	5	11.90	10	23.81	10	23.81	2	4.76	15	35.71	42	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Del 100% de los adultos mayores un 35.71%, muestra obstáculos frecuentemente, del cual un 23.81% corresponden al género femenino y un 11.90% al género masculino.

GRÁFICO N° 12

OBSTÁCULOS EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO EN EL
CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N° 13

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CODAM DEL
DISTRITO DE SABANDIA

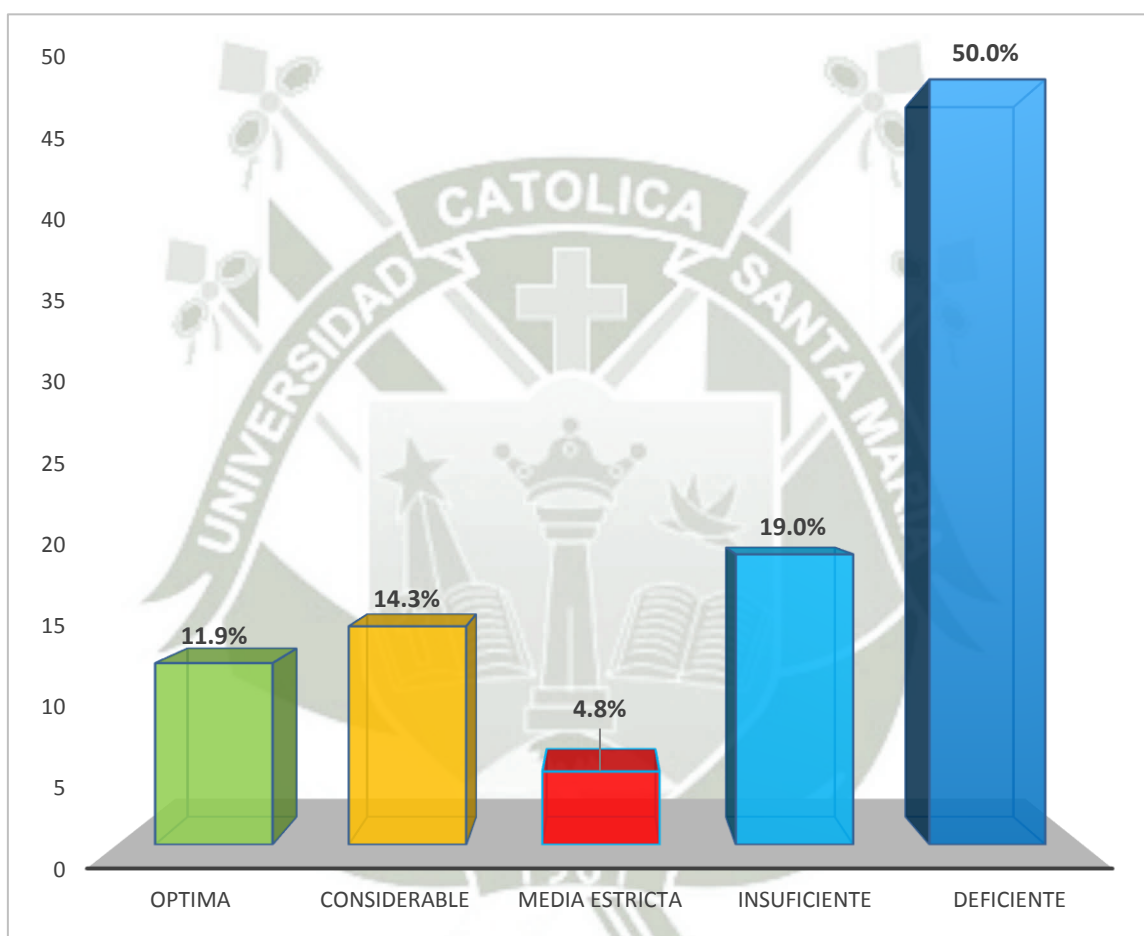
Calidad de Vida	Total	
	Nº	%
Óptima	5	11.9
Considerable	6	14.3
Media Estricta	2	4.8
Insuficiente	8	19.0
Deficiente	21	50.0
Total	42	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Se aprecia que el 50.0% de adultos mayores estudiados mantiene una calidad de vida deficiente; el 19.0% insuficiente; el 14.3% considerable; el 11.9 óptima, el 4.8 media estricta.

GRÁFICO N° 13

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

1.4 TABLAS DE RELACIÓN ENTRE LA SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA

TABLA Nº 14

RELACIÓN ENTRE CARIES DENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.

Caries	CALIDAD DE VIDA											
	Optima		Considerable		Media Estricta		Insuficiente		Deficiente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguna	0		1	2.4			1	2.4	2	4.8	4	9.5
1 - 3 caries	0		3	7.1	1	2.4	1	2.4	14	33.3	19	45.2
4 - 6 caries	1	2.4	0		1	2.4	3	7.1	5	11.9	10	23.8
7 - 9 caries	2	4.8	2	4.8	0		2	4.8	0		6	14.3
10 y más caries	2	4.8	0		0		1	2.4	0		3	7.1
Total	5	11.9	6	14.3	2	4.8	8	19.0	21	50.0	42	100.0

V de Cramer: 0.486

P: 0.006 < 0.05

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

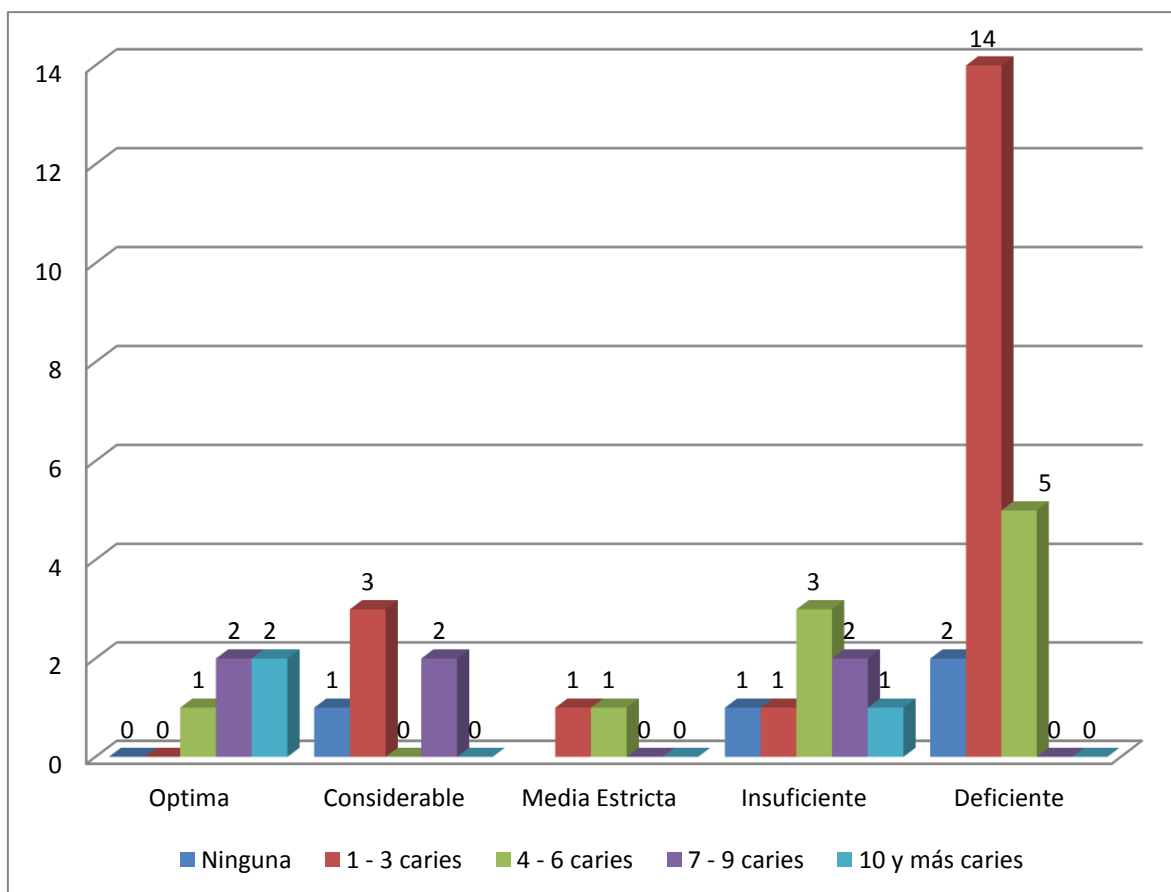
Se observa en la presente tabla, que el 33.3% de los pacientes presento entre 1 a 3 caries y calidad de vida deficiente; el 11.9% caries entre 4 a 6 y calidad de vida deficiente.

Los adultos mayores en su mayoría presentan de 1 a 6 caries con un 45.2% y calidad de vida deficiente.

Existe relación estadística significativa entre ambas variables, siendo la fuerza de asociación media (0.486) según la V de Cramer.

GRÁFICO N° 14

RELACIÓN ENTRE CARIES DENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO
MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA Nº 15
RELACIÓN ENTRE LAS PIEZAS DENTARIAS PÉRDIDAS Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA

Piezas Dentarias Perdidas	CALIDAD DE VIDA											
	Optima		Considerable		Media Estricta		Insuficiente		Deficiente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
4 - 11 perdidas	4	9.5	0		1	2.4	0		0		5	11.9
12 - 19 perdidas	1	2.4	5	11.9	1	2.4	2	4.8	0		9	21.4
20 - 27 perdidas	0		1	2.4	0		6	14.3	3	7.1	10	23.8
28 - 32 perdidas	0		0		0		0		18	42.9	18	42.9
Total	5	11.9	6	14.3	2	4.8	8	19.0	21	50.0	42	100.0

V de Cramer:0.753

Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

P: 0.00 < 0.05

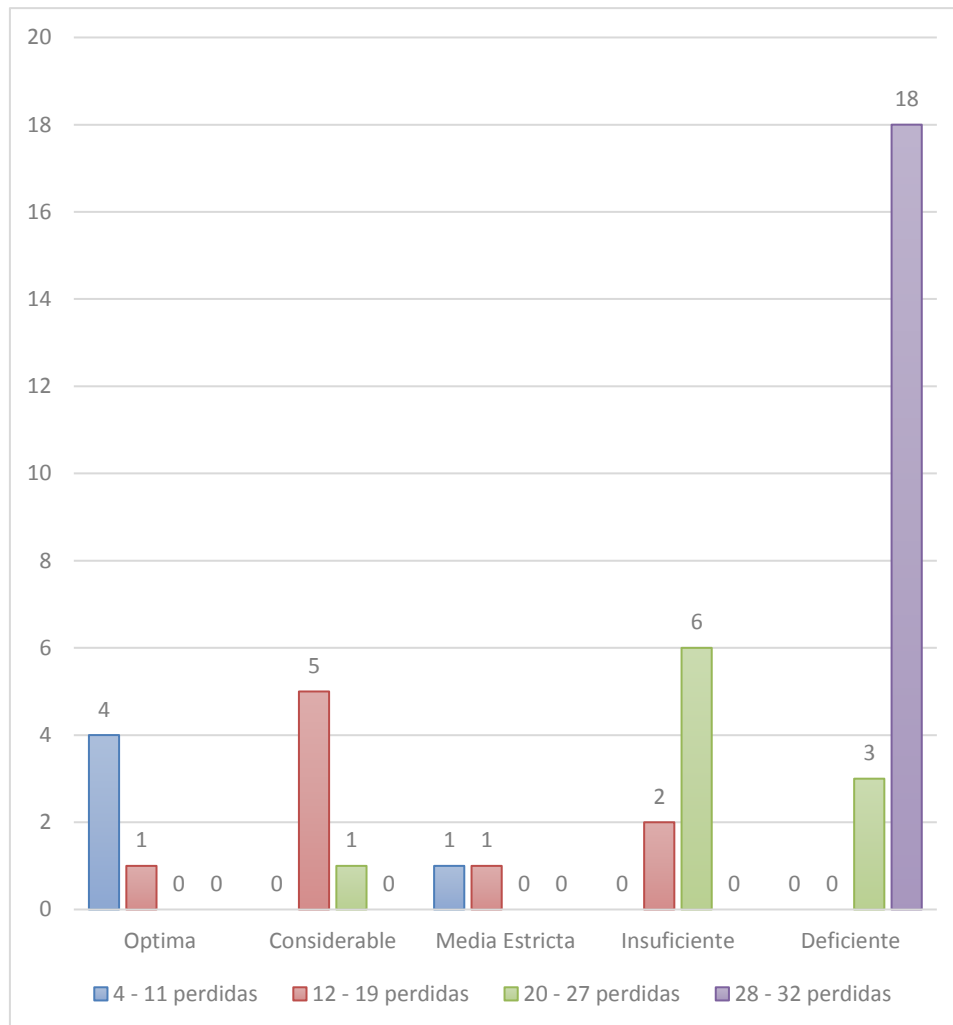
Se observa que el 42.9% de pacientes presentaron entre 28 a 32 piezas perdidas y calidad de vida deficiente, el 14.3%, presento entre 20 a 27 piezas perdidas y calidad de vida insuficiente, el 11.9%, presento entre 12 a 19 piezas perdidas y calidad de vida considerable, el 9.5%, entre 4 a 11 piezas perdidas y calidad de vida óptima.

Los adultos mayores en su mayoría presentan de 20 a 32 piezas pérdidas 64.3% y calidad de vida insuficiente a deficiente.

Existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables, siendo la asociación fuerte (0.753), según la V de Cramer, infiriendo que a mayor número de piezas perdidas, deficiente calidad de vida.

GRÁFICO N° 15

RELACIÓN ENTRE PIEZAS DENTARIAS PÉRDIDAS Y CALIDAD DE VIDA
EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N° 16

**RELACIÓN ENTRE PIEZAS DENTARIAS PRESENTES Y CALIDAD DE VIDA
EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA**

Piezas Presentes	CALIDAD DE VIDA											
	Optima		Considerable		Media Estricta		Insuficiente		Deficiente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 7 presentes	0		0		0		1	2.4	21	50.0	22	52.4
8 - 15 presentes	0		1	2.4	0		7	16.7	0		8	19.0
16 - 23 presentes	0		5	11.9	2	4.8	0		0		7	16.7
24 - 32 presentes	5		0		0		0		0		5	11.9
Total	5	11.9	6	14.3	2	4.8	8	19.0	21	50.0	42	100.0

V de Cramer: 0.936

P: 0.00 < 0.05

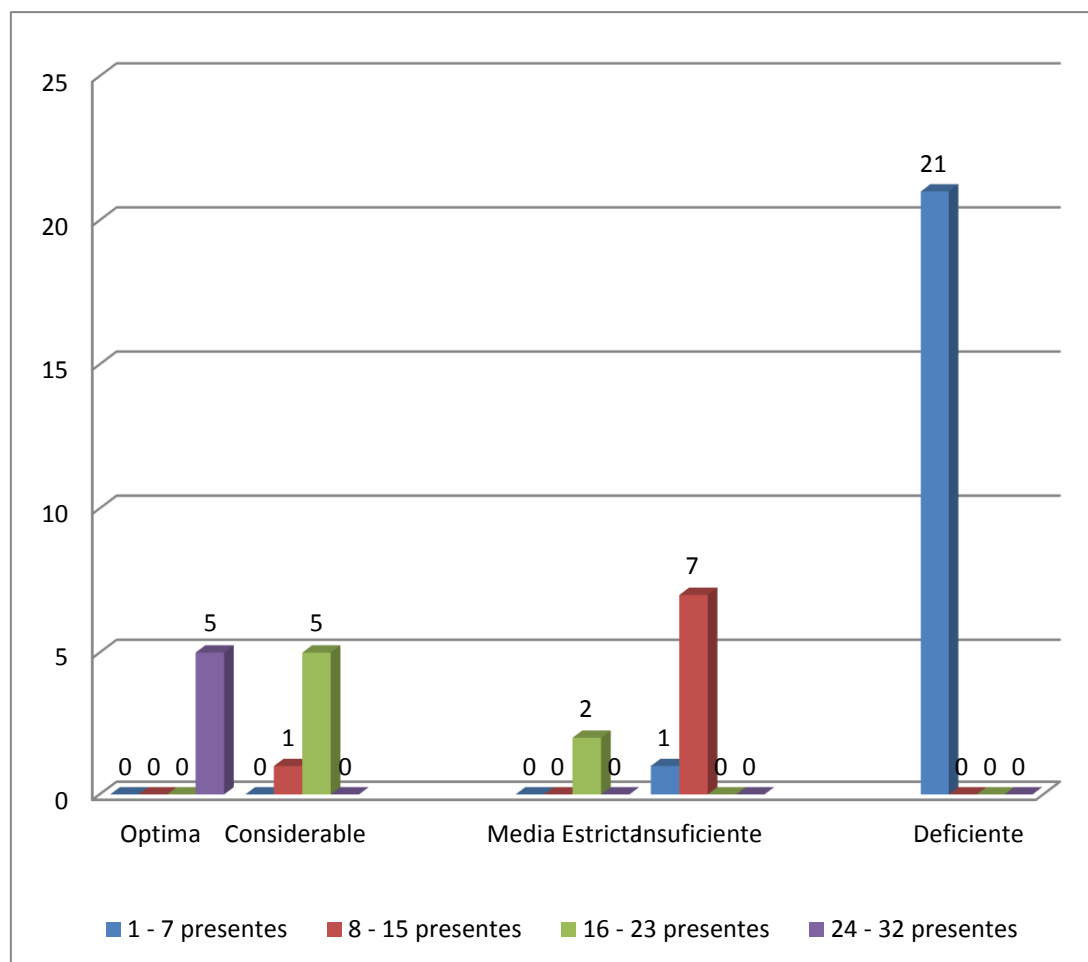
Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Se observa que el 50.0% de pacientes presentaron entre 1 a 7 piezas dentarias presentes y calidad de vida deficiente, el 16.7% entre 8 a 15 piezas dentarias presentes y calidad de vida insuficiente, el 11.9% entre 16 a 23 piezas presentes y calidad de vida considerable.

Hay relación estadísticamente significativa entre piezas dentarias presentes y calidad de Vida según la V de Cramer (0.936) siendo la fuerza de asociación muy fuerte. Infiriéndose que a menor número de piezas dentarias presentes la calidad de vida es insuficiente a deficiente.

GRÁFICO N° 16

RELACIÓN ENTRE PIEZAS DENTARIAS PRESENTES Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

TABLA N° 17
RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL (IPR) Y
CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO
DE SABANDIA

IPR	CALIDAD DE VIDA											
	Optima		Considerable		Media Estricta		Insuficiente		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Irreversible	2	4.8	3	7.1	1	2.4	8	19.0	21	50.0	35	83.3
Reversible	3	7.1	3	7.1	1	2.4	0		0		7	16.7
Total	5	11.9	6	14.3	2	4.8	8	19.0	21	50.0	42	100.0

Coefficiente de Contingencia: 0.558

P: 0.00 < 0.05

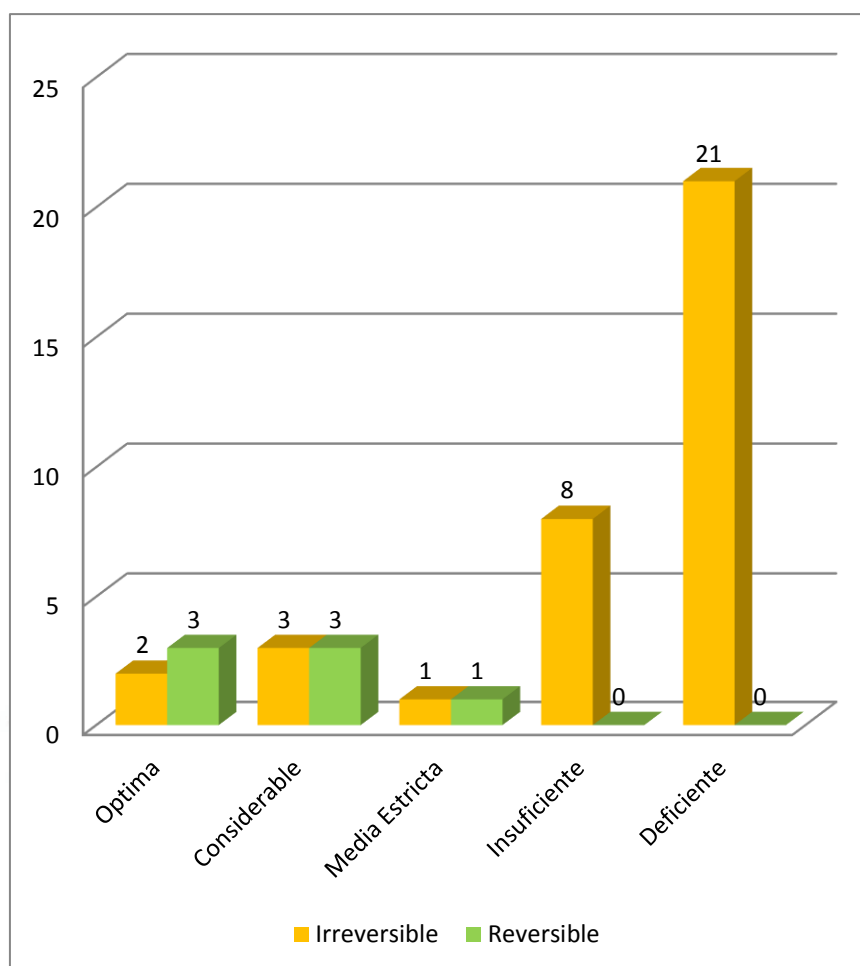
Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

Se aprecia que un 83.3% de los sujetos presenta un IPR irreversible y de ellos mayormente presentan calidad de vida deficiente (50%) e insuficiente (19%). Y sólo el 16.7% presenta un IPR reversible con calidad de vida óptima y considerable en 7.1% cada uno.

Existe relación estadística significativa entre ambas variables, siendo la fuerza de asociación media, infiriéndose que a mayores valores de IPR, mayores valores del índice Periodontal que indica deficiente calidad de vida.

GRÁFICO N° 17

RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL (IPR) Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA



Fuente: Matriz de Sistematización de datos.

DISCUSIÓN

De acuerdo al estudio realizado se ha establecido que existe relación entre la Salud Bucal y Calidad de Vida en los pacientes Adultos Mayores del “Comité Distrital del Adulto Mayor” del Distrito de Sabandia. Afirmación similar con lo señalado por Meneses-Gómez EJ, Posada-López A, Agudelo-Suarez AA, quienes concluyeron que la mayor parte de adultos mayores en su estado de salud bucal y su calidad de vida, se relacionan ; incluyendo un cuestionario estructurado y un examen dental completo; el nivel de estado de Salud Bucal fue bajo ,debido al nivel de educación, el nivel socioeconómico y condiciones de viviendas urbanas o rurales.

También se puede señalar que, hay diferencias en el tipo poblacional de ambas investigaciones, en la investigación de asociación de la salud bucal y percepción de calidad en los Adultos Mayores del Distrito de Sabandia , se contó con 42 unidades de estudio perteneciente solo a los adultos mayores que asisten al CODAM, mientras que en el estudio de la población anciana atendida en la red de hospitales públicos de Medellín Colombia se realizaron a 342 unidades de estudios.

La Calidad de Vida de los pacientes Adultos Mayores del CODAM del distrito de Sabandia es deficiente e insuficiente con un 69%; similar con lo señalado por MOYA P, CHAPPUZEAU, CARO JC, MONSALVES MJ, quienes señalan que el 44% tiene entre 1 y 4 piezas dentarias con lesiones de caries dental. El edentulismo fue de 7,1%, un 20% presentó sacos periodontales > a 5,5 mm, un 43% presenta higiene oral regular, un 59,5% usa prótesis removible en el maxilar superior y 40,3% en el inferior, y un 76,6% percibe como mala su calidad de vida.

En el presente estudio la Calidad de Vida de los Adultos Mayores que asisten al CODAM ,según el test psicométrico de OHIP , evaluando los 7 Items se resalta el ítem de molestia psicológica, en este se encuentra que los adultos mayores tienen cierta dificultad para relajarse debido a los problemas con sus dientes o prótesis dentales y como esto influye en su comportamiento con las

demás personas ; seguido de la Incapacidad Física y Dolor Físico debido a los cambios de dieta y sensibilidad en los dientes, después se observa que el puntaje que le sigue es de la Limitación Funcional ya que presentan dificultad al masticar, después el de Obstáculos debido al no poder trabajar de forma productiva y por último Incapacidad Social evitando la interacción con su entorno.

La presencia de piezas dentarias es esencial para una adecuada función masticatoria influyendo en el aspecto o apariencia y en las relaciones interpersonales, al igual que la ausencia de piezas dentarias influyen en el adulto mayor en sus relaciones sociales ocasionando desequilibrio de la función y molestias psicológicas.

Los Programas Preventivos Promocionales de Salud para los Adultos Mayores, son oportunos ya que garantizan un diagnóstico y detección temprana, teniendo en cuenta el instrumento utilizado del Perfil del Impacto en la Salud Oral- OHIP, que es un instrumento fiable y valido para la medición detallada de los trastornos orales, entonces recomiendo su uso.

Respecto a las unidades de estudio que colaborarán con la presente investigación, en ambos géneros hubo, una mayor molestia psicológica seguida de una incapacidad física y dolor físico.

Es importante tener en cuenta el concepto de salud integral, realizando las diferentes Consejerías Integrales a los pacientes para poder orientarlos y comunicarles sobre la importancia en general de su salud bucal y como esta influye o repercute en su calidad de vida.

En la mayoría de los pacientes se observa que debido a la falta económica es que no acuden a consulta y no tienden a preocuparse por sus problemas de salud oral tanto en hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Los Adultos Mayores del Comité Distrital del Adulto Mayor CODAM del distrito de Sabandia, el 45% presento de 4 a más piezas dentarias careadas, el 43% de 28 a más piezas perdidas y el 17% de 8 a 15 piezas dentarias presentes y en un Índice Periodontal de Russell irreversible el 83%.

SEGUNDA:

La Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Comité Distrital del Adulto Mayor del distrito de Sabandia, es insuficiente en 19% y deficiente en 50 %.

TERCERA:

Según la prueba estadística existe relación entre las piezas dentarias careadas, perdidas, presentes, Índice Periodontal de Russell y Calidad de Vida encontrándose una asociación media, fuerte, muy fuerte y media respectivamente.

CUARTA:

Por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación dado que existe relación entre la salud bucal y la percepción de la calidad de vida, en el adulto mayor con una significancia de 0.05.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Medico Encargado del Puesto de Salud de Sabandia ,implementar programas de Consejería Integral , para informar, educar y comunicar a todos los adultos mayores del CODAM ,sobre la importancia de la salud bucal, con el objetivo de generar estilos de vida más saludables y concientizando así a la atención odontológica oportuna.
2. Se sugiere al Comité Distrital del Adulto Mayor, implementar actividades preventivas promocionales con el fin de lograr promover la salud y la prevención de enfermedades; incentivando a los Adultos Mayores acudir a sus tratamientos odontológicos sin temor ni preocupaciones ya que estos factores afectan su calidad de vida.
3. Se recomienda a los familiares directos de los adultos mayores que asisten al CODAM, la necesidad de recibir profilaxis periódicas para mantener su salud bucodental.



PROPUESTA

I. INTRODUCCIÓN

La realización de actividades promocionales de rehabilitación oral ,en el adulto mayor forma una parte esencial dentro de la atención integral de salud debido a la prevalencia y severidad de enfermedades bucales que afectan la salud general y calidad de vida, a través del programa Vuelve a Sonreír, por medio de la Rehabilitación de prótesis totales o removibles.

II. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud a través del programa “Vuelve a Sonreír”, busca mejorar la calidad de vida en la población del adulto mayor, buscando mejorar la función masticatoria de algunos pacientes que fueron afectados por la pérdida prematura de piezas dentarias, lo cual limita una adecuada alimentación y son propensos a adquirir algunas enfermedades por presentar un estado inmunológico bajo, las prótesis dentales son una alternativa para la rehabilitación oral del adulto mayor, su uso permite recuperar la capacidad masticatoria, mejorar la ingesta nutricional, la capacidad fonética, la autoestima y la calidad de vida de las personas en esta etapa de vida y de escasos recursos económicos.

Como personal de Salud, asumimos la responsabilidad en la promoción de la salud, lo que nos permite contribuir y asegurar la atención de salud de la población en general a la vez de informar y educar para que la población tenga mayor control sobre su salud y pueda mejorar, dentro de sus posibilidades.

III. OBJETIVOS

1. Concientizar y educar en forma integral al adulto mayor del comité distrital del distrito de Sabandia.
2. Promover y ejecutar actividades promocionales de la salud oral.

3. Restituir la función masticatoria, lo que mejorara la autoestima, calidad de vida y la nutrición de los adultos mayores, a través de la rehabilitación oral por medio de las prótesis totales o removibles.
4. Prevenir enfermedades de alta prevalencia como la caries dental y la enfermedad periodontal.

IV. POBLACION OBJETIVO

La propuesta de intervención está dirigida, al Comité Distrital del adulto mayor, a sus familiares en forma Programada según las actividades de salud.

V. ACTIVIDADES PROPUESTAS

Están basadas en:

1. Evaluación Médica y Odontológica en el Puesto de Salud Leopoldo Rondón del distrito de Sabandia.
2. Información en los talleres del comité distrital del adulto mayor “CODAM” del distrito de Sabandia
3. Participación del Adulto mayor en el cuidado de su salud bucal:
 - Confección de prótesis parciales y totales.
 - Enseñanzas de los cuidados y desinfección de las prótesis.
 - Enseñanza de las técnicas de cepillado.
4. El tiempo determinado para alcanzar los objetivos es de seis meses, dado que en este plazo se evaluarán los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRANCOS MONNEY, Julio. *Operatoria Dental: Integración Clínica* Cuarta Edición, Buenos Aires. Médica Panamericana 2006.
- CUENCA SALA, Emili y BACA GARCÍA Pilar: *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones.* Tercera Edición Barcelona. Editorial Masson,S.A. 2005.
- ESPINOZA E. *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores.*Lima;2013-2017.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. *Perfil Sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.* Lima Perú 2007.
- LINDHE, Jan. *Periodontología Clínica 8va Edicion.* Editorial Medica Panamericana. 2010.
- MCDONALD. K, *Odontología Pediátrica y del Adolescente. 8va edición* Editorial Mosby- Doyma Madrid 2005.
- MINSA. *Salud del Adulto Mayor Lima – Perú.* 2004
- MISRACHI C. SÁEZ M. *Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral.* editorial M-Sociales Barcelona.2009.
- NORMAN O Harris. *Odontología Preventiva Primaria, Segunda Edición* México Manual Moderno 2005.
- PEGORARO IRVING PROSTODONCIA.Editorial Artes Médicas Ltda. Sao Paulo. Brasil. 2002
- *Preventiva y Odontología Comunitaria. Tomo II.* Madrid. Ediciones Avances 2002.
- RIOBOO. R. *Métodos para medir la Salud y enfermedades en Odontología.*

HEMEROGRAFÍA

- CHAVEZ, Beatriz.et.al.Odontogeriatría y Gerontología: El envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor.pág203.Revista Estomatologica Herediana.2014
- DIAZ CARDENAS S “Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores” revista clínica de medicina de familia vol.5 no 1 AI 2011
- MENESES-GÓMEZ EJ, POSADA-LÓPEZ A, AGUDELO-SUAREZ AA, Calidad de vida relacionada con la salud bucal en la población anciana atendida en la red de hospitales públicos de Medellín, Colombia, y sus factores relacionados, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia 2015.
- MOYA P, CHAPPUZEAU E, CARO JC, MONSALVES MJ Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores, Rev. Estomatológica Herediana. 2012 Oct-Dic
- ORTIZ, Bellany.et.al. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años del IMSS. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM. México DF.2014
- PAULINA OSORIO PARRAGUEZ, MARÍA JOSÉ TORREJÓN, MARÍA SOL ANIGSTEIN, Revista Mad -Universidad de Chile, N° 24, Mayo de 2011
- PLAN PAM 2013-2017.Ministerio de la Mujer y las Poblaciones Vulnerable. Perú Progreso para Todos.
- REATEGUI, CAMPODÓNICO.ET.AL.Perfil Salud Enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima Urbana.2012

INFORMATOGRAFIA

- http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Laboratorio_Clinico/44.pdf
Fecha de consulta:25/04/2017
- <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116377/validacionpdf.pdf?sequence=1>
Fecha de consulta:26/04/2017
- <http://www.giog.cl/Archivos/pdf/OHIP-7Sp.pdf>
Fecha de consulta:02/05/2017
- <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>
Fecha de consulta: 05/05/2017
- <http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
Fecha de consulta: 05/05/2017
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27731485>
Fecha de consulta: 05/05/2017
- <http://www.revistadentaldechile.cl/agosto05/PDF%20agosto%2005/Utilidad%20de%20las%20Mediciones%20de%20la%20Calidad%20de%20Vida%20Relacionada%20con%20la%20Salud.pdf>
Fecha de consulta:14/05/2017
- <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/1998/1/IMPACTO%20DE%20CARIES%20DENTAL%20SOBRE%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20NI%C3%91OS.pdf>
Fecha de consulta:14/05/2017
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>
Fecha de consulta:14/05/2017





ANEXO N° 1 PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Odontoestomatología



ASOCIACIÓN DE LA SALUD BUCAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL COMITÉ DISTRITAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE SABANDIA. AREQUIPA, 2017

Proyecto de Tesis presentado por la Bachiller
Torres Funio Cristhian Conaly
Para Optar el Grado académico de
Maestro en Odontoestomatología

Asesora:

Dra. Pacheco Chirinos Bethzabet

**Arequipa-Perú
2017**

I. PREÁMBULO

En este siglo XXI, la tendencia al envejecimiento, constituye uno de los mayores desafíos que el mundo debe afrontar. Este crecimiento en la supervivencia, es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a esta etapa se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor. El Perú no está ajeno a esta tendencia, según datos proporcionados por la INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), actualmente existen 2' 620 ,460 personas adultos mayores, que representan el 8.8% de la población nacional. Se proyecta que para el año 2025, este porcentaje aumentara a un 12.4%. Arequipa se encuentra entre las ciudades con mayor número de personas de esta condición, con un estimado de 138,315 adultos mayores, de los cuales 75% viven en la ciudad y un 25% viven en zonas rurales¹.

En el Perú, el grupo poblacional del adulto mayor, constituye una población vulnerable, dada la gran desigualdad económica y social que afecta al país, lo que impide el acceso de esta población a los servicios necesarios que garanticen su calidad de vida y bienestar. Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda. La investigación de la calidad de vida de esta población de adultos mayores, requiere un enfoque multifactorial que también se ve reflejado en la odontología.

En la práctica privada, he observado que en general la población del adulto mayor presenta una deficiencia en la salud bucal, si bien tiende a acudir frecuentemente a recibir asistencia sanitaria por sus diferentes enfermedades crónicas y degenerativas, no acuden con la misma frecuencia a recibir

¹ESPINOZA E. *Plan Nacional Para Las Personas Adultas Mayores*:Lima;2013-2017,pág.12

asistencia odontológica, y cuando lo hacen tardíamente es cuando las patologías bucodentales presentes, hayan mermado de alguna manera en el bienestar físico integral de la persona. La mayoría de estos pacientes no utilizan prótesis y debido a esto no consumen adecuadamente sus alimentos y se ve en la pérdida de peso en dichos pacientes lo que conlleva con el tiempo, a desnutrición, nos introduce al círculo vicioso de las complicaciones, las estancias hospitalarias, incluso la mortalidad.

La salud bucal es un importante mediador de la calidad, los adultos mayores son un grupo de interés debido a la gran vulnerabilidad bucal. La literatura nos indica que, en el Perú existe una alta prevalencia de lesiones bucales en el paciente adulto mayor, siendo la caries dental y la enfermedad periodontal las que más predominan. Existe también un elevado número de pacientes desdentados, producto de una filosofía y práctica asistencial que imperaba hasta hace unos años basada en las extracciones dentales².



² REATEGUI,CAMPODÓNICO.ET.AL.*Perfil Salud Enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima Urbana;*2012,pág. 29

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

Asociación de la salud bucal y la percepción de la calidad de vida en los pacientes adultos mayores del Comité Distrital del Adulto Mayor del Distrito de Sabandia, Arequipa, 2017

1.2. Descripción del problema

a. Área del Conocimiento

- **Área General** : Ciencias de la Salud
- **Área Específica** : Odontología
- **Especialidad** : Odontogeriatría
- **Línea o Tópico** : Salud Publica

b. Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Definición operativa	Subindicadores
Salud Bucal	Estado de ausencia de dolor y enfermedad compatible con una dentición funcional que le permite a la persona continuar con su rol social	Dientes	Historia de Caries	<ul style="list-style-type: none"> • C: Cariados • P: Perdidos • P:Presentes
		Periodonto	Índice Periodontal de Russel	<ul style="list-style-type: none"> • Periodonto normal • Gingivitis leve • Gingivitis leve a moderada • Periodontitis moderada a severa • Periodontitis terminal
Calidad de Vida	Percepción que la persona tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus expectativas voluntades, paradigmas y valores en un contexto socio-cultural.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación Funcional • Dolor Físico • Molestias Psicológicas • Incapacidad Física • Incapacidad Psicológica • Incapacidad Social • Obstáculos 	OHIP	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca: • Casi Nunca • Algunas Veces • Frecuentemente • Muy Frecuentemente

c. Interrogantes Básicas:

- ¿Cómo es la salud bucal en los pacientes adultos mayores del Comité Distrital del Adulto Mayor del Distrito de Sabandia?
- ¿Cómo es percibida la calidad de vida en los pacientes del Comité Distrital del Adulto Mayor del Distrito de Sabandia según el test psicométrico de OHIP?
- ¿Cuál es la relación entre la salud bucal y la percepción de la calidad de vida en los pacientes Comité Distrital del Adulto Mayor del Distrito de Sabandia?

d. Tipo De Investigación

Estudio observacional, transversal, prospectivo.

e. Nivel De Investigación

Nivel Relacional

1.3. Justificación

En los últimos años, gracias a los esfuerzos encaminados a la promoción y prevención de salud se ha conseguido aumentar la esperanza de vida a nivel mundial, produciéndose un incremento en la población adulta mayor. Esta situación obliga a los estados a pensar en nuevas políticas que satisfagan las necesidades de esta población. Es lógico pensar entonces que el mal estado y la ausencia de piezas dentales influirán en la calidad de vida de esta población, afectando diversos aspectos de su vida diaria como: La función masticatoria, la fonación la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso en las oportunidades de trabajo. La medición de la calidad de vida relacionada a la salud bucal en esta población es un proceso complejo y subjetivo, ya que es una entidad abstracta y está influenciada por la personalidad propia del individuo, así como el entorno social y cultural donde se desenvuelve. Dentro de los problemas de salud bucal, las

enfermedades del sistema estomatognático muestran una alta prevalencia en la población geriátrica, siendo la caries y la enfermedad periodontal las patologías que afectan a un mayor número de personas adultas mayores.³

Actualmente la medición de la salud bucal en el adulto mayor, está basada en una evaluación clínica, dirigida a identificar las lesiones presentes en la cavidad bucal y determinar las necesidades de tratamiento. En este acto, se deja de lado la percepción del paciente de su calidad de vida en relación a su salud bucal. Además de satisfacer la motivación personal en el campo de la Gerontología, la cual es una especialidad de la odontología, que aún no está reconocida, sobre todo nuestra sociedad, se lograra una contribución académica para conocer la salud bucal y la percepción en la calidad de vida del paciente adulto mayor.⁴

Además que el desarrollo de este proyecto de investigación, en la escuela de post grado cumple con las políticas de investigación que la Universidad en esta etapa exige de mi desarrollo profesional.

³ CHAVEZ, Beatriz.et.al. *Odontogeriatría y Gerontología: El envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor*. Revista Estomatológica Herediana;2014.pág203

⁴ *Ibíd* ,Pág. 204

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Salud Bucal

Definición según OMS: en su carta constitucional de la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.⁵

Salud oral y calidad de vida: el concepto CVRS excede por tanto al de la propia salud o enfermedad y tiene que ver con la propia percepción de sentirse bien individualmente y en relación con la sociedad, esté nuevo y emergente concepto de calidad de vida es muy importante en la práctica de la odontología actual y por tanto en la odontología preventiva, la mayoría de las enfermedades orales más comunes y de sus secuelas tiene un impacto muy directo en la calidad de vida de los pacientes⁶.

La importancia de la odontología preventiva y la promoción de la salud para asumir este nuevo reto de conseguir una mejora de la calidad de vida, es fundamental y no admite parangón con ninguna de las disciplinas de la odontología⁷.

2.1.1 Sistema de atención en salud

El sistema de atención en salud consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos necesarios para prestar atención a la salud. Sus elementos incluyen hospitales, hogares e instituciones, servicios, drogas o medicamentos, los tratamientos médicos y odontológicos y los servicios de profesionales de la salud. El sistema cuenta con elementos preventivos muy limitados, los esfuerzos orientados de la atención en la salud han estado dirigidos casi en su totalidad hacia el sistema organizativo de la atención en salud, Sin embargo,

⁵ CUENCA SALA, Emili y BACA GARCÍA Pilar: *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Tercera Edición Barcelona. Editorial Masson,S.A. 2005, pág. 23

⁶BORDONI N.: *Programa e Educación Continua No Convencional*. Editorial Organización Panamericana de la Salud;1999.pág 21

⁷Ibíd. ,Pág. 21

las pautas de morbilidad con las otras tres divisiones del modelo epidemiológico, forma de vida, ambiente o biología humana.⁸

2.1.2 Medición de la salud bucal

a) Índice de Caries dental: CPO

El índice CPO mide la historia (presente y pasada) de caries en un individuo o una población, sus siglas significan: ⁹

- C: Caries
- P: Ausentes por caries
- O: Obturados

El índice ceo se utiliza para conocer la salud dental en niños con dentición temporal o mixta, sus siglas significan:

- C: Dientes temporales cariados y no restaurados
- E: Dientes indicados para extraer
- O: Dientes obturados¹⁰

➤ Procedimiento para el examen:

El índice se construye mediante la suma de los dientes cariados, ausentes por causa de caries y obturados, si se realiza en un individuo es simplemente la suma de los tres componentes, si se refiere a una población, es la suma de todos los resultados divididos por el número de sujetos examinados.¹¹

⁸ BORDONI N. Programa e Educación Continua No Convencional. Op Cit. pág 21

⁹ CUENCA SALA, Emili y BACA GARCÍA Pilar. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Tercera Edición Barcelona: Editorial Masson, S.A. 2005, Pág. 312

¹⁰ HIGASHIDA, Berta. *Odontología Preventiva. Segunda Edición México*: Editorial Mc Graw Hill Interamericana S.A 2009, pág. 227

¹¹ CUENCA SALAS, Emili Ob cit pág. 312

➤ **Códigos y criterios para su valoración**

Códigos del índice CPO, para el registro de los hallazgos clínicos

Resultado	Significado
1	Espacio Vacío
2	Diente Permanente Cariado
3	Diente Permanente Obturado
4	Diente Permanente Extraído por Caries
5	Diente Permanente con Extracción Indicada por causas diferente a caries
6	Extracción debido a caries
7	Diente Deciduo
8	Diente Permanente Sano

CUENCA, E y BACA P. (2005). Códigos del índice CPO Hallazgos clínicos. [Cuadro 1]. Odontología Preventiva y Comunitaria. Tercera Edición Barcelona.

➤ **Cálculo del índice**

Para un individuo

Índice CPO = cariados + ausentes + obturados

Para una población

$$\text{Índice CPO} = \frac{\text{I - CPO Individual sumados}}{\text{Nº de Sujetos examinados}}$$

➤ **Significado o Interpretación del Índice**

Interpretación del Índice CPO

Puntuación	Significado
0 a 1.1	Muy bajo
1.2 a 2.6	Bajo
2.7 a 4.4	Moderado
4.5 a 6.5	Alto
6.6 a más	Muy Alto

CUENCA, E y BACA P. (2005). Interpretación del índice CPO. [Cuadro 2]. Odontología Preventiva y Comunitaria. Tercera Edición Barcelona.

Limitaciones del Índice:

El componente C (caries) está sometido a variaciones dependiendo del criterio diagnóstico y el método utilizado, son estas posibles diferencias las que dificultan en ocasiones la comparación de los resultados, quizá la mayor limitación, sobre todo en los países más desarrollados, es que la mayor parte del índice está compuesto por el componente "O" (obturado) y que estas obturaciones no han sido colocadas con un criterio estandarizado. El componente "P" (perdidos por caries) puede desviar el índice cuando los dientes ausentes no lo estén por causa para la pérdida de dientes han podido ser varias (enfermedad periodontal, traumatismo, necesidades protésicas, etc.), tampoco toma en consideración el número de dientes en riesgo. La aparición de métodos y materiales operatorios modernos (restauraciones preventivas en resina, selladores, etc.) dificultan en ocasiones la categorización de un diente.¹²

b) Índice periodontal de Russel

Concepto:

El índice periodontal de Russel (IPR) es un coeficiente epidemiológico que posee un verdadero gradiente biológico, ya que mide aspectos reversibles e irreversibles de la enfermedad periodontal, como la inflamación gingival, la formación de bolsas y función masticatoria¹³.

Enfermedad Periodontal: La enfermedad periodontal no solo afecta a las encías sino también a la estructura de soporte de los dientes. El primer estadio de la mayoría de los tipos de enfermedad periodontal es la gingivitis, que se caracteriza por la inflamación de las encías, sangrado al cepillarse los dientes, encías rojas y dolorosas, mal aliento y alteraciones tisulares. El segundo estadio es la periodontitis, comprende la inflamación que afecta a todas las estructuras de soporte del diente. Como resultado de la periodontitis, afecta a todas las estructuras de soporte del diente, se

¹² CUENCA SALAS,Emili,Ob cit pág. 313

¹³ MCDONALD. K, *Odontología Pediátrica y del Adolescente. 8va edición Editorial Mosby-Doyma Madrid 2005. Pág 109-110.*

caracteriza clínicamente por la presencia de surcos gingivales profundos (bolsas periodontales), así como pérdida del hueso alveolar. Si no se trata, como consecuencia una progresiva movilidad dentaria y finalmente la pérdida de los dientes.¹⁴

Criterios para la aplicación del Índice:

- Solo se aplica en dentición permanente.
- No se aplica en resto radicular o no erupcionado.

Reseña Histórica del IPR

El Índice Periodontal fue ideado por Russell hacia 1956, toda vez que, los índices hasta la fecha empleados subvaloraban la real severidad de la enfermedad periodontal. Es por este motivo, que el IP de Russell es considerado como la primera herramienta para evaluar la prevalencia de la enfermedad, diseñado para evaluar con rapidez y la inflamación gingival, su intensidad, la bolsa periodontal y pérdida de función de la pieza¹⁵.

En el IPR solo se registra el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado. La clasificación del estado periodontal se realiza siguiendo los criterios de Russell. Con este índice se puede determinar rápidamente tanto la prevalencia como la gravedad de las periodontopatías de una población.¹⁶

¹⁴ MCDONALD. K, *Odontología Pediátrica y del Adolescente. Ob. cit Pág. 110*

¹⁵ *Ibid.*,p.111

¹⁶ *Ibid.*,p112

Códigos y Criterios para la evaluación

Puntaje	Criterio
0	Encía sana no existe inflamación
1	Gingivitis leve, área de inflamación en la encía marginal, no circunscribe al diente
2	Gingivitis moderada o severa, área de inflamación en toda encía marginal que rodea al diente, sin ruptura de la inserción epitelial
4	Código usado cuando se dispone de radiografía
6	Periodontitis leve a moderada: Formación de bolsas por ruptura de la inserción Epitelial, diente firme y no migrado, no existe interferencia de la función masticatoria.
8	Periodontitis avanzada: formación de bolsas profundas con movilidad dentaria migración patológica, sonido sordo a la percusión dentaria, con movilidad dentaria migración patológica, sonido sordo a la percusión dentaria con un instrumento metálico, diente depresible en su alveolo y seria interferencia de la función masticatoria.

MCDONALD. K, (2005). Códigos y Criterios para evaluación de Índice Periodontal de Russell. [Cuadro3]. 8va edición Editorial Mosby- Doyma Madrid.

Instrumental y material para el examen

Se utilizan:

- Campos descartables
- Guantes descartables
- Solución antiséptica
- Fuentes de luz
- Espejo bucal
- Sondas periodontales

Procedimientos para el examen: Se examina la encía que rodea a cada diente en ambos arcos dentarios a la que se denomina “unidad dentogingival de medición”. El orden de exámenes de la pieza 1.8 a la 2.8 y de la 3.8 a la 4.8 en caso existan los 32 dientes. Se emplea para este menester la inspección intrabucal y el sondaje cervical suave (25gr) para no vulnerar el epitelio de unión.

Registro de códigos en la ficha periodontal

- a. Condición
- b. Los códigos merecibles resultado de la valoración de las unidades dentogingivales, son colocados en los respectivos casilleros, arriba de los dientes superiores e inferiores respectivamente.
- c. Tratamiento

Los códigos a utilizarse en necesidad de tratamiento

Condición	Códigos Comunes	Tratamiento
Encía sana	0	Ninguno
Gingivitis leve	1	Higiene Oral ,Descartable
Gingivitis moderada a severa	2	Higiene Oral ,Descartable
Periodontitis leve a moderada	6	Curetaje de bolsa, colgajo
Periodontitis avanzada	8	Exodoncia, Injerto óseo eventual, RTG, Ferulización.

MCDONALD. K, (2005). Códigos según necesidad de tratamiento. [Cuadro 4]. 8va edición Editorial Mosby- Doyma Madrid.

➤ **Calculo del IPR**

a. Para el índice periodontal Individual

Se obtiene sumando los códigos obtenidos por unidad dentogingival y el resultado se divide entre el número de dientes examinados en un individuo.

b. Para el Índice periodontal colectivo

Este índice proporciona información del número de personas con enfermedad periodontal. Se calcula sumando los índices periodontales individuales entre el número de sujetos examinados.

➤ **Interpretación Clínica del IPR**

Para condición diagnostica

Intervalos de puntuaciones	Estado clínico	Estado de enfermedad
De 0 a 0.1	Periodonto normal	
De 0.2 a 1	Gingivitis leve	Reversible
De 1.1 a 2	Gingivitis leve a moderada	Reversible
De 2.1 a 6	Periodontitis moderada a severa	Irreversible
De 6.1 a más	Periodontitis terminal	Irreversible

MCDONALD. K, (2005). Interpretación Clínica del Índice Periodontal de Russell. [Cuadro 5]. 8va edición Editorial Mosby- Doyma Madrid.

2.2. Calidad de Vida

KATSCHING dice: “Sobre el concepto de calidad de vida refiriéndose a él como un término que debería estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.”

La OMS, durante el Foro Mundial de la Salud, definió el concepto de calidad de vida como: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistemas de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Este concepto extenso y complejo es el resultado de los que el aspecto objetivo hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas. El aspecto subjetivo está dado por la mayor satisfacción del individuo, la valorización global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios. El concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso.¹⁷

2.2.1 Instrumentos para medir Calidad de Vida en Relación con la Salud:

Los instrumentos que miden calidad de vida con relación a la salud se aplican en estudios sobre:

1. Evaluación y seguimiento de los problemas sociales psicosociales en el cuidado de un paciente individual
2. Detección de problemas de salud percibidos por la población
3. Auditoria medica
4. Evaluación de servicios de salud
5. Estudios clínicos
6. Análisis de costo - efectividad.¹⁸

¹⁷ VELASQUEZ OLMEDO, Laura Barbara, *Calidad de Vida relacionada con la Salud Oral en el Adulto Mayor*, Rev Med Inst Mex Seguro Soc ;2014.pag449.

¹⁸ Instrumentos para medir Calidad de Vida en Relación con la Salud [Internet]. Disponible en <http://www.revistadentaldechile.cl/agosto05/PDF%20agosto%2005/Utilidad%20de%20las%20M>

Nombre del instrumento	Abreviación	Autores y Año
Social Impacts of Dental Disease ⁽³⁷⁾		Cushing y cols., 1986
Geriatric Oral health Assessment Index ⁽³⁸⁾	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
Dental Impact Profile ⁽³⁹⁾		Strauss y Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile ⁽⁴⁰⁾	OHIP-49	Slade y Spencer, 1994
Subjective Oral Health Status Indicators ⁽⁴¹⁾		Locker y Miller, 1994
Dental Impact on Daily Living ⁽⁴²⁾	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
Oral Health-related Quality of Life ⁽³⁶⁾	OHQOL	Kressin N y cols., 1996
Oral Impacts on Daily Performances ⁽⁴³⁾	OIDP	Adulyanon, Sheiham, 1997
Oral Health Impact Profile ⁽⁴⁴⁾	OHIP-14	Slade, 1997
Oral Health Quality of Life UK ⁽⁴⁵⁾	OH-QoL UK	McGrath y Bedi, 2000
Orthognatic Quality of Life Questionnaire ⁽⁴⁶⁾	OQLQ	Cunningham y cols., 2002

Mlisrachi, C. (2005). Instrumentos de medición de la calidad de vida relacionado con la salud oral. [Tabla]. Recuperado de <http://www.revistadentaldechile.cl/cgi-sys/suspendedpage.cgi>

2.2.2 OHIP

El Oral Health Impact Profile traducido como Perfil de impacto en la Salud Oral fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994 para responder a las siguientes preguntas : ¿Cuánto importan los dientes y la boca en la vida de las personas ?, es decir si la condición oral es un componente de interés en nuestras vidas, ¿diferentes grupos poblacionales tienen distintas creencias al respecto? y, además, ¿Cuál es la relación, si la hay ,entre la cultura, el origen étnico y la percepción del valor y el impacto de las estructuras orales en la vida del individuo ? la presencia o la ausencia de problemas de salud por sí sola no es explicación suficiente para avalar el estado de salud subjetivo, por lo que el impacto de la enfermedad se basa en la teoría de que condiciones similares producirán evaluaciones diferentes en sujetos diferentes y que la salud y los valores sociales influyen en la interpretación de su estado de salud. Por lo tanto, este instrumento busca dar también respuesta a como los dientes naturales o las prótesis dentales afectan positivamente o negativamente las funciones sociales, psicológicas, biológicas y la calidad de vida de las personas. El OHIP evalúa la periodicidad con la que un individuo experimenta problemas para llevar a cabo determinadas acciones de la vida diaria debido a problemas orales. Consta de 49 ítems; una puntuación alta se asocia con la percepción de necesidad de atención odontológica y a dificultad del individuo en el

ediciones%20de%20la%20Calidad%20de%20Vida%20Relacionada%20con%20la%20Salud.p
df.[Fecha de consulta:14/05/2017]

cumplimiento de sus actividades diarias. El OHIP-14, el cual está conformado por las mismas siete dimensiones, con la variante de que cada una de ellas consta de dos ítems.¹⁹

- a) **Limitaciones en el funcionamiento físico:** Entendido como la forma en que la salud limita actividades físicas como caminar o subir escaleras.
- b) **Funcionamiento social:** Entendido como la forma en que la salud física o problemas emocionales interfieren con la actividad social normal.
- c) **Funcionamiento físico con relación al rol:** Entendido como la forma en que los problemas emocionales interfieren con el trabajo y otras actividades diarias.
- d) **Funcionamiento emocional con relación al rol:** Entendido como la forma en que los problemas emocionales interfieren con el trabajo u otras actividades diarias.
- e) **Salud mental general:** Incluyendo depresión, ansiedad, control de las emociones y la conducta.
- f) **Vitalidad:** Sentirse lleno de energía, sin la sensación de estar cansado o agotado.
- g) **Dolor corporal:** Intensidad del dolor y efecto de este sobre el trabajo normal, dentro y fuera de la casa.
- h) **Percepción de salud general:** Evaluación personal de la salud actual o resistencia a la enfermedad.²⁰

¹⁹ VELASQUEZ OLMEDO, Laura Barbara, *Calidad de Vida relacionada con la Salud Oral en el Adulto Mayor*, Rev Med Inst Mex Seguro Soc ;2014.pag 451-452.

²⁰ MISRACHI C. SÁEZ M. Utilidad de las mediciones de la Calidad de vida Relacionada con la Salud. Editorial M-Sociales Barcelona; 2009.pág30.

2.3. Salud oral y calidad de vida

La definición de salud de la OMS, de 1946 representó un cambio fundamental en la conceptualización de la salud, Implícitamente esta definición contenía los principios que cuarenta años más tarde inspiraron el concepto de Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS). En la actualidad, las exigencias sociales no se limitan a aumentar los años de vida, sino que demandan que estos Años de vida lo sean de calidad. Es lo que la propia OMS, resumió en su consigna como “añadir vida a los años”.²¹

El concepto de CVRS excede por tanto al de la propia salud o enfermedad y tiene que ver con la propia percepción de sentirse bien individualmente y en relación con la sociedad. Este nuevo y emergente concepto de calidad de vida es muy importante en la práctica de la odontología actual y por tanto en la odontología preventiva. La mayoría de las enfermedades orales más comunes y de sus secuelas tienen un impacto muy directo sobre la calidad de vida de los pacientes. Actualmente el término Calidad de Vida relacionada con la salud oral se hace cada vez más presente en los textos de odontología y plantea entre otros el reto de cómo puede medirse con el mismo rigor con el que se miden los indicadores clínicos, de acuerdo con Inglehart y Bagramian, la CVRSO se define como “El juicio personal acerca de qué manera los siguientes factores afectan al bienestar: Factores Funcionales: masticación, fonación, etc. Factores Psicológicos que conciernen a: la apariencia personal y a la autoestima, Factores Sociales como: la relación con los demás y finalmente a factores como el dolor o la incomodidad.”²²

La importancia de la odontología preventiva y de la promoción de la salud para asumir este nuevo reto de conseguir una mejora de la calidad de vida es fundamental y no admite Parangón con ninguna de las disciplinas de la odontología.²³

²¹ CUENCA E, BACA P: *Odontología Preventiva Y Comunitaria*. Tercera Edición Barcelona. Editorial Masson, S.A.; 2005. pág.8

²² Ibid., pág.9.

²³ Ibid., pág.10.

2.3.1 Adultos mayores

El 23% de personas entre 65 a 74 años de edad presentan enfermedad periodontal severa, caracterizada por 6mm o más de pérdida de adherencia epitelial. En todas las edades, los hombres son más propensos que las mujeres a presentar enfermedad más severa; cerca del 30% de adultos de 65 años de edad, son edéntulos, comparando con el 46% de personas 20 años más jóvenes. Los casos de cáncer oral y faríngeo son diagnosticados en aproximadamente 30000 estadounidense al año. Cada año mueren 9000 pacientes de estados enfermedades. El pronóstico es pobre.²⁴

2.3.2 Cambios psicológicos y del autocuidado

La pérdida dentaria acumulada durante la vida, a veces sin restaurar, agravada por la falta de destreza para mantener una adecuada higiene bucal y la depresión de la vida de relación, establecen un círculo vicioso de deterioro de las condiciones generales y orales del individuo en las cuales es necesario centrar la atención²⁵.

La sonrisa juega un papel muy importante por varios aspectos:

- **Autoimagen:** El anciano que se ve a sí mismo bien, en consecuencia, se siente bien.
- **Autoestima:** El anciano que se siente bien, se proyecta bien.
- **Proyección hacia los demás:** el anciano que se proyecta bien establece buenas relaciones interpersonales, pues en ellas, una sonrisa hace la diferencia.
- **Relaciones interpersonales:** Si existen relaciones interpersonales gratas, pueden integrarse mejor y participar en actividades recreativas, sociales, familiares o de trabajo.

²⁴ NORMAN, O Harris. *Odontología preventiva primaria*, Segunda Edición México Manual Moderno 2005.pág 2

²⁵ HERNANDEZ DE RAMOS, Marilia. *Rehabilitación Oral Para El Paciente Geriátrico*, Bogotá; Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología; 2001. pág. 32-33

- **Relaciones afectivas:** En cualquier edad de la vida es importante contar con la compañía de una persona del sexo opuesto y mantener relaciones plenas con el núcleo familiar.²⁶

2.3.3 Dieta:

El paciente anciano suele presentar cambios notables en su dieta, estos casi siempre tendientes al aumento en la ingesta de hidratos de carbono, alimentación blanda y deficiente. Las razones son múltiples:²⁷

- Disminución del ingreso
- Dificultad o imposibilidad de movimientos para adquirir provisiones
- Incapacidad física para la preparación de los alimentos cuando el paciente vive solo
- Falta de estímulo y compañía para alimentarse
- Deficiencia masticatoria por ausencia dentaria o prótesis mal adaptadas.
- Intolerancia a algunos alimentos por medicación o por enfermedad.

2.3.4 Saliva

La cantidad y calidad de saliva juegan un rol preponderante en el proceso de generación de la caries radicular, puesto que desempeña funciones muy importantes para la mantención de la salud oral, el gusto, la masticación, la deglución duros y blandos y el control microbial entre las que se cuenta:²⁸

- Preparación y transporte del bolo alimenticio.
- Ubicación de la mucosa oral
- Facilita el movimiento de la lengua, labios y mucosa.
- Auto limpieza, removiendo residuos y bacterias, y manteniendo el balance ecológico.

²⁶ HERNANDEZ DE RAMOS M., Ob, cit. pág.33

²⁷ Ibid., pág.34

²⁸ Ibid., pág.35

- Regulación del pH oral por los iones bicarbonatos, fosfatos y algunos péptidos ricos en histidina, además de ser agentes antibacterianos que penetran la placa bacteriana y neutralizan los ácidos producidos en ella.
- Remineralización de los tejidos dentarios por los iones calcio y los fosfatos salivales²⁹.

La disminución del fluido salival denominada xerostomía, especialmente importante en los adultos mayores, puede tener diferentes causas:

- Atrofia de los ácinos glandulares como parte del proceso de envejecimiento.
- Secundario al uso de drogas antidepresivas y/o antihipertensivas.
- La irradiación terapéutica en cabeza y cuello produce daños severos de las glándulas salivales con rápida aparición de caries radiculares e incisales.³⁰

2.3.5 Cambios en el tejido óseo:

En los adultos mayores el tejido óseo puede verse afectado con gran severidad. El proceso de remodelación ósea constante que ocurre normalmente durante toda la vida, y que en la adultez conserva un equilibrio entre resorción ósea y la deposición de hueso, se ve alterado con los años. Por causas celulares y/o hormonales a partir de la sexta década de la vida predomina la resorción sobre la formación ósea. Los cambios óseos son más dramáticos en las mujeres posmenopáusicas y en los hombres mayores de 70 años. En la mujer mayor, posteriormente a la menopausia se produce disminución en los niveles de estrógeno y alteraciones en los mecanismos de absorción y metabolismo de calcio, lo que produce mayor secreción de hormona paratiroidea la cual incrementa la resorción ósea con el fin de mantener los niveles de Ca sérico, consecuencia es un hueso de menor densidad, especialmente del hueso esponjoso, aun cuando también se ve alterado el hueso cortical. La enfermedad se denomina osteoporosis y se manifiesta por pérdida de la densidad ósea, dolores óseos, mayor frecuencia de fracturas radiales y de cuello del fémur, achatamiento y fractura de los

²⁹ HERNÁNDEZ DE RAMOS M., Ob cit pág.35

³⁰ Ibid.,pág71

cuerpos vertebrales, y la “giba de la viuda” que se manifiesta como pérdida de altura de la persona. A nivel mandibular la literatura demuestra que existe una correlación positiva entre la ocurrencia de osteoporosis y la de maxilares severamente reabsorbidos con rebordes mandibulares en “filo de cuchillo”. Por estas razones es importante evitar la pérdida dentaria durante toda la vida de los pacientes, pero más aún en las mujeres menopaúsicas. Los criterios anteriores deben considerarse al tomar decisiones respecto de los planes de tratamiento.³¹

2.3.6 Cambios en el tejido dentario:

Aun cuando no se presenten lesiones cariosas y la oclusión sea adecuada, el uso de la dentadura durante 50 años o más ocasiona un desgaste natural conocido con el nombre de atrición. A este hecho se agregan patologías como la caries dental, las lesiones abfractales, la enfermedad periodontal, el bruxismo u otros factores como la reacción a los procedimientos odontológicos o al uso de materiales restauradores. Todo ello constituye en agentes irritativos sobre la pulpa que ocasiona procesos reactivos con consecuencias importantes sobre la estructura dental e influencia en el proceso de restauración.³²

2.3.7 Esmalte:

El esmalte dentario pierde agua con el transcurso de los años, y por ello se vuelve más frágil y menos permeable debido al aumento de la concentración de sales de calcio y flúor. Una mayor concentración de flúor modifica la incidencia de caries en el esmalte, pero al mismo tiempo, dificulta los procesos de grabado ácido utilizados en la restauración. Se presenta también aumento de la concentración de ácido aspártico, lo cual puede ser útil como marcador de envejecimiento y un incremento de la cantidad de nitrógeno, lo cual se correlaciona con el oscurecimiento del esmalte.³³

³¹ HERNÁNDEZ DE RAMOS M., Ob cit pág.70

³² Ibid.,pág.35

³³ Ibid.,pág 36

2.3.8 Cemento

El cemento radicular continúa su formación a lo largo de la vida, lo hace en forma anillada y concéntrica alrededor de la raíz, de manera semejante al tronco de los árboles, lo cual puede ser usado eventualmente para determinar la edad de los individuos. El cemento aumenta de grosor, especialmente en la zona apical, lo que permite la erupción compensatoria frente a la pérdida de la estructura dentaria por desgaste. Es importante mencionar que, por tener mayor contenido orgánico que el esmalte y la dentina, el cemento se necrosa lo afectan la caries o la enfermedad periodontal, lo cual permite la filtración de bacterias y toxinas a través de los canalículos dentinarios hacia la pulpa dental.³⁴

2.3.9 Cambios en el tejido periodontal

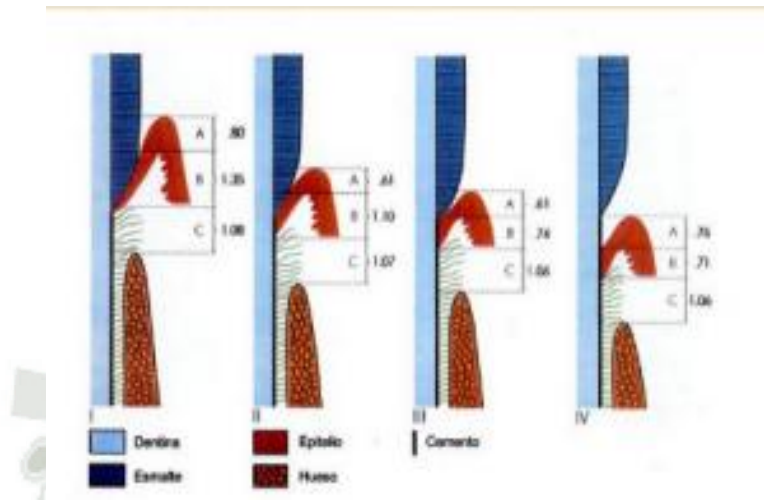
Los tejidos gingivales sufren los mismos cambios descritos para el resto de la cavidad oral, por lo tanto, se adelgazan y pierden queratina. En el tejido conectivo, especialmente en el ligamento periodontal, se observa menor cantidad de células y fibras. A causa de la pérdida dentaria frecuente en los ancianos, la distribución de la carga oclusal se realiza sobre un número de dientes y en una dirección diferente al eje axial del diente, de manera que esta resulta inadecuada y excesiva; por lo tanto, en estos dientes se observa con frecuencia; el aumento del espacio del ligamento periodontal. La relación entre el diente y el periodonto también varía a lo largo de la vida debido al proceso de erupción pasiva. Se describen a este respecto cuatro estados: en los dos primeros la corona clínica coincide con la corona anatómica y el estado cuatro, al continuar la erupción del diente, la corona clínica es mayor que la corona anatómica.³⁵

Los pacientes geriátricos presentan los estados III y IV: Presentan espesor, espacio o ancho biológico, definido como la distancia entre el fondo del surco gingival hasta el nivel de la cresta ósea, comprendido la inserción epitelial y la del tejido conectivo, también se ve afectado en este proceso de

³⁴ HERNÁNDEZ DE RAMOS M., Ob cit pág.36

³⁵ Ibid.,pág 37

erupción pasiva. El espesor de la inserción epitelial se hace más angosto con el paso de los años³⁶.



Gargulo AW, Wenta FM, Orton B (1961).Estadios de Erupción Pasiva. [Imagen]

2.3.10 Intervención de odontología en el adulto mayor

El paciente anciano: Un anciano es una persona mayor de 65 años. Este paciente ya ha tenido a lo largo de su vida muchas experiencias odontológicas, por las características propias de su edad, posee uno o varios problemas en diferentes áreas de su vida, social, familiar físico, económica. Durante esta etapa de su vida se jubila sufre cambios de residencia, laborales sociales y familiares. A medida que su autonomía se ve más limitada, acude a la consulta acompañado por algún familiar o persona que lo cuida³⁷.

El odontólogo, por lo tanto, debe conocer sus diversos problemas para poder abordar el cuidado bucal en forma completa y eficiente. Debe conocer la medicación que toma, que red social o familiar posee para lograr cumplir un tratamiento y actuar ante una emergencia odontológica. La confección de una minuciosa historia clínica y el establecimiento de un buen vínculo de confianza con el adulto mayor son los dos elementos esenciales que llevarán a buen puerto la atención, la restauración y el cuidado posterior de la boca. Los avances tecnológicos y la evolución de los materiales dentales también han

³⁶ HERNÁNDEZ DE RAMOS M., Ob cit pág.54

³⁷ HERNÁNDEZ DE RAMOS M., Ob cit pág.55

dado como resultado que cada vez con más frecuencia se encuentren ancianos con casi todas sus piezas dentarias. Ya no es habitual el anciano desdentado, lo que antes se daba por caries o por enfermedad periodontal. Ahora estos pacientes llegan al consultorio con mayores exigencias y más grandes demandas de soluciones conservadoras, que no siempre pueden resolverse fácilmente.³⁸

La odontogeriatría, trata no solo la restauración de una pieza dentaria sino problemas como la nutrición y de la masticación, en una etapa vital en la que la pérdida de piezas dentarias implica un duelo más que debe asumir (que se suma a los de pérdida del trabajo por jubilación, pérdida del conyugue, muerte de los amigos). El profesional no solo debe solucionar problemas en la boca, sino que debe dar un marco apropiado para la atención y contención de aquellos. El vínculo que se establece entre el profesional y el paciente cobra aquí vital importancia: el anciano que confía, y que percibe que lo conocen y toman en cuenta en sus experiencias anteriores y sus vivencias, será un excelente paciente. El odontólogo debe orientar un plan de tratamiento lo más personalizado posible, dándole al paciente lo que su condición requiere y no lo que él cree que los pacientes necesitan³⁹.

Conocer al paciente es entenderlo en forma total, como una integridad. Abarca aspectos físicos, intelectuales, afectivos y sociales, y sobre esa base, lo que requiere de su dentadura. En la confección de una historia clínica completa y minuciosa, se debe incluir datos del grupo familiar, ya que suelen presentar cuadros sintomatológicos confusos o que requieren la labor conjunta de profesionales en distintas especialidades (odontología, medicina, nutrición, kinesiología). También deben quedar registradas las personas quienes acudir ante una emergencia que se produzca en el consultorio. Debe consignarse asimismo la medicación que toma, los hábitos alimentarios y de sueño, las actividades que realiza. Es conveniente que en la primera consulta el anciano este acompañado por un familiar: los problemas de memoria frecuentes en esta edad le impedirán recordar cómo se ha acordado trabajar, en que plazos y en qué condiciones. La cordialidad y el afecto son muy importantes en la

³⁸ HERNÁNDEZ DE RAMOS M., Ob cit pág.55

³⁹ HERNÁNDEZ DE RAMOS M., Ob cit pág.56

comunicación con los pacientes, tanto por parte del profesional como de su personal auxiliar (asistentes, secretarias, higienista). Una vez confeccionada la historia clínica, después de hablar con el paciente, en particular sobre su experiencias odontológicas anteriores su estado general de salud, sus enfermedades crónicas, los medicamentos que toma habitualmente y sus dosis su alimentación y libremente, de sus temores, procederá el profesional a hacer el diagnóstico y plan de tratamiento, que incluya pronóstico y psicoprofilaxis⁴⁰.

El plan de tratamiento se hace junto con el paciente según sus posibilidades y necesidades de acuerdo con el tiempo disponible y que tolere sentado en el sillón, con la posibilidad de movilizarse al consultorio o con la necesidad de programar alguna visita a domicilio, y se debe involucrar en dicho tratamiento. También es importante contar con una buena psicoprofilaxis antes y después de cada sesión y tratamiento de los ancianos y después de cada sesión y tratamiento de los ancianos (que al igual que los niños, son más frágiles en su tolerancia al dolor y su paciencia), para poder reducir al mínimo los efectos traumáticos que pudiera despertar los actos odontológicos (cirugía, tratamientos de conducto, prótesis).⁴¹

2.3.11 En la práctica odontológica

- Debe estar preparada para satisfacer las necesidades estéticas y funcionales del adulto anciano que es, como se ha visto, distinto del paciente adulto en su anatomía, fisiología, patología y necesidades psicológicas.
- Por ello es necesario que el profesional y su personal de apoyo adopten medidas conducentes a establecer una comunicación pausada, clara y concisa con este tipo de paciente.⁴²

⁴⁰ HERNÁNDEZ DE RAMOS M., Ob cit pág.57

⁴¹ BARRANCOS Monney. *Julio Operatoria Dental: Integración Clínica*, Cuarta Edición, Buenos Aires. Médica Panamericana; 2006. pág. 96

⁴² HERNÁNDEZ DE RAMOS, Ob cit.34

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Título: Propiedades psicométricas del OHIP-14 y prevalencia y gravedad de los impactos de salud bucal en una población ribereña rural en el estado de Amazonas, Brasil

Autores: Flávia Cohen-Carneiro; Maria Augusta Bessa Rebelo; Reinaldo Souza-Santos; Gláucia Maria Bovi Ambrosano; Alessandra Valle Salino; Danielson Guedes Pontes

Resumen: Los objetivos de este estudio fueron: (1) probar las propiedades psicométricas de OHIP-14 en una población rural; Y (2) comparar los impactos de la salud bucal en dos comunidades ribereñas de la Amazonía brasileña que vivían a diferentes distancias de un centro urbano. Los datos se obtuvieron a partir de un estudio transversal en una muestra consecutiva ($n = 126$). La validez se evaluó a través de la asociación de OHIP con variables clínicas y subjetivas, que mostraron una asociación más significativa con: dolor, caries, necesidad de extracción o tratamiento endodóntico; Que con la pérdida de dientes, enfermedad periodontal o necesidad de prótesis. La estabilidad y consistencia interna fueron buenas ($ICC = 0,97$; α de Cronbach = $0,89$). La prevalencia de los impactos orales fue mayor en la comunidad lejos del centro urbano [70.3 (59.9-80.7)] que en la comunidad más cercana [44.3 (30.7-57.7)], y en las mujeres [66.7 (56.0-77.3)] En comparación con los hombres [49.1 (35.3-62.7)]. El OHIP-14 adaptado a las poblaciones rurales del estado de Amazonas era válido, reproducible y consistente. Hubo una alta prevalencia de impactos, especialmente para las comunidades ribereñas que vivían lejos de los centros urbanos. Población rural; Calidad de vida; Salud bucal

Análisis de enfoque: En este estudio podemos observar que con el test psicométrico de OHIP-14 demostraron que la población rural que viven lejos de los centros urbanos, tiene mayor prevalencia en los impactos orales, al igual que en nuestro tema se puede evaluar clínicamente y por medio de una entrevista la calidad de vida del paciente.

3.2. Título: Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores

Autores : Moya P , Chappuzeau E , Caro JC , Monsalves MJ

Fuente: Rev. Estomatológica Herediana. 2012 Oct-Dic

Resumen: Conocer la situación de salud oral y calidad de vida del adulto mayor que asiste a centros de salud pública del área oriente de Santiago de Chile durante los años 2011-2012. Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal en una muestra probabilística de 380 adultos mayores. Se evaluó historia de caries, estado periodontal y situación protésica. La percepción de calidad de vida se midió con el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Se establecieron dos categorías: "mala calidad de vida" (puntuación ≤ 57) y "buena calidad de vida" (puntuación >57). El análisis estadístico se hizo en programa STATA 11.0. Resultados: La edad media fue de 71,33 años (D.E. $\pm 7,26$); 66,1% son mujeres; 51,6% casado y 78,9% pensionado. Un 32,4% tiene educación media completa. El COPD fue de 22,16 (IC: 95% 21,72-22,60) mayor en mujeres ($p>0,05$) y aumenta con la edad ($p<0,05$). Un 44% tiene entre 1 y 4 piezas dentarias con lesiones de caries dental. El edentulismo fue de 7,1%. Un 20% presentó sacos periodontales $>$ a 5,5 mm. Un 43% presenta higiene oral regular. Un 59,5% usa prótesis removible en el maxilar superior y 40,3% en el inferior. Un 76,6% percibe como mala su calidad de vida. Conclusión: Los adultos mayores son un grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida y vulnerabilidad de su salud bucal.

Análisis de Enfoque: Por medio de este trabajo se observa que evaluaron a adultos mayores utilizando el test psicométrico conocido como GOHAI en el cual establece como buena y mala calidad de vida a través de este test y su salud bucal por medio de fichas clínicas se ve que la mayoría tiene una mala percepción de calidad de vida y por lo tanto vulnerabilidad de su salud bucal.

3.3. Título: Calidad de vida en personas mayores en Chile

Autores: Paulina Osorio Parraguez, María José Torrejón, María Sol Anigstein

Fuente: Revista Mad -Universidad de Chile, N° 24, Mayo de 2011

Resumen: La investigación cuyos resultados aquí se presentan, dice relación con la calidad de vida de las personas mayores en Santiago de Chile, de una perspectiva subjetiva, vale decir, desde el punto de vista de las propias personas de edad. La investigación plantea la hipótesis que existen otros factores gravitantes en la calidad de vida del adulto mayor que son tan importantes como los biomédicos, tales como: grados de autonomía, interacciones y redes sociales, condiciones económicas, vivienda y entorno urbano, actividades recreativas y de ocio, relación con cuidadores y capacidad de tomar decisiones en esta etapa de la vida, e incluso, la misma dimensión biográfica influiría en la percepción de calidad de vida. Estos hacen referencia a aspectos socioculturales particulares no sólo de un grupo étnico, sino también, de una cultura. El desarrollo de la investigación ha contemplado el trabajo con dos técnicas de producción de datos cualitativos: grupos focales y entrevistas en profundidad. Para esta presentación se describirá y darán a conocer los resultados obtenidos a través de la realización de esta investigación cualitativa.

Análisis de enfoque: En este proyecto la calidad de vida de los adultos está relacionada con su nivel socioeconómico.

3.4. Título: Calidad de vida relacionada con la salud bucal en la población anciana atendida en la red de hospitales públicos de Medellín, Colombia, y sus factores relacionados

Autores: Meneses-Gómez EJ, Posada-López A, Agudelo-Suarez AA.

Fuente: Acta Odontol Latinoam. 2016 Sep; 29(2):151-161.

Resumen: Metrosalud es la mayor red de hospitales públicos de la ciudad de Medellín y una de las más importantes en Colombia que ofrece atención médica a la población más vulnerable. El objetivo del estudio fue determinar la Calidad de Vida en Salud Oral y sus factores relacionados en la población anciana atendida en la red de hospitales públicos de Medellín (Colombia). Se utilizó un diseño transversal. Hombres y mujeres ≥ 65 años fueron considerados para esta investigación, seleccionados de los primeros registros de consulta por la unidad estadística de la institución para 2011, quienes aceptaron participar después de ser contactados por teléfono. El muestreo se realizó en dos etapas: muestreo aleatorio simple para la selección de las Unidades Hospitalarias HU y Centros de Salud HC a través de la red hospitalaria de la ciudad, seguida de muestreo cuantitativo aleatorio en proporción al número de ancianos asignados a cada HU y HC. Un total de 342 pacientes (58,2% mujeres) participaron en el estudio. El proyecto incluyó el uso de un cuestionario estructurado y un examen dental completo con información sobre datos sociodemográficos, variables de salud autopercepcionadas (mentales, generales y orales), uso de servicios de salud bucodental, calidad de vida relacionada con la salud bucodental (según el índice GOHAI). Se realizaron análisis descriptivos y bivariados para determinar diferencias estadísticamente significativas. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística, calculando el odds ratio (OR) bruto y ajustado con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%). Se observó que los impactos se generaban por niveles de educación, diferencias en el nivel socioeconómico y condiciones de vivienda urbanas o rurales. Los resultados de esta investigación muestran bajos niveles de en la población anciana que recibe servicios de salud en la red de hospitales públicos de Medellín. Sociedad Argentina de Investigación Odontológica.

Análisis de enfoque: Tiene similitud con este proyecto ya que realiza un cuestionario estructurado y un examen dental completo con información sobre datos sociodemográficos, y relacionan con la calidad de vida con la salud bucodental.

4. OBJETIVOS

- 4.1. Determinar la salud bucal en los pacientes adultos mayores del Comité Distrital del Adulto Mayor del Distrito de Sabandia, según los indicadores de caries y enfermedad periodontal.
- 4.2. Precisar la percepción de la calidad de vida en los pacientes del Comité Distrital del Adulto Mayor del Distrito de Sabandia, según el test psicométrico de OHIP.
- 4.3. Relacionar la salud bucal y la percepción de la calidad de vida, en los pacientes del Comité Distrital del Adulto Mayor del Distrito de Sabandia.

5. HIPÓTESIS

Dado que, en el paciente adulto mayor se ven problemas que afectan en su masticación, fonación, su apariencia personal y en la relación con los demás, todo esto engloba a factores funcionales, psicológicos y factores sociales que pueden afectar a su calidad de vida.

Es probable que, exista relación entre la salud bucal y la percepción de la calidad de vida en el paciente adulto mayor

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica:

a. Precisión de la Técnica:

Se empleará dos técnicas: “Cuestionario”, para recoger información de los Adultos Mayores del Comité Distrital y la “Observación Clínica Intraoral”, para estudiar la condición de salud bucal de los Adultos Mayores.

b. Esquematización

Variable	Técnica
Salud oral	Observación Clínica
Calidad de vida	Cuestionario

c. Descripción de la Técnica:

Conformada la población en estudio, el procedimiento consistirá:

- **Cuestionario estructurado**

Implicará la respuesta a cada uno de las preguntas del formulario, en cuanto a los indicadores de la variable.

- **Observación clínica intraoral**

Para la variable de Salud Bucal, se realizará un examen bucal evaluando su Historia de Caries en las piezas dentarias careadas y perdidas e Índice Periodontal de Russell, de acuerdo a los criterios de puntuación correspondientes.

- **Registro**

Las respuestas a las preguntas provenientes del cuestionario del Test Psicométrico – OHIP, serán registradas en el cuestionario. Los hallazgos suministrados por la observación clínica serán registrados en la ficha epidemiológica.

1.2. Instrumento

1.2.1 Instrumento documentales

a. Precisión de los Instrumentos

Se utilizará dos instrumentos documentales el formulario de preguntas para la variable calidad de vida a través de la ficha OHIP y ficha epidemiológica para la variable salud bucal.

b. Estructura del Formulario

Variable	Ejes	Indicadores	Subejos	Subindicadores
Salud Bucal	1	Careados y Perdidos	1.1	Estimación Significado
	2	Índice Periodontal de Russell	2.1 2.2	Estimación Significado

Variable	Ejes	Indicadores	Subejos	Subindicadores
Calidad de Vida	3	Limitación Funcional	3.1	Nunca: 0 pts.
		Dolor Físico	3.2	Casi Nunca: 1pts.
		Molestias Psicológicas	3.3	Algunas Veces: 2 pts.
		Incapacidad Física	3.4	Frecuentemente: 3 pts.
		Incapacidad Psicológica	3.5	Muy Frecuentemente: 4 pts.
		Incapacidad Social	3.6	
		Obstáculos	3.7	

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

Edad: _____

Nivel Socioeconómico: _____

Genero (M) (F)

Grado de Instrucción: _____

1. HISTORIA DE CARIES

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

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

Puntuación: _____ Significado: _____

2. ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL

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

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

Puntuación: _____ Significado: _____

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA TEST PSICOMETRICO DE OHIP

Anexo 2. Oral Health Impact Profile (OHIP).

Dimensión	N°	Pregunta	Valor
Limitación funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,51
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,49
Dolor físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?	0,34
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,66
Molestias psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,45
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,55
Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,52
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,48
Incapacidad psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,60
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,40
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,62
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,38
Obstáculos	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,59
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,41

* Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos. Estableciéndose como 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frecuentemente, 4 = muy frecuentemente. Dentro de cada dimensión, las respuestas codificadas pueden ser multiplicadas por el valor de la pregunta para tener el puntaje de la dimensión

PUNTUACIÓN	CLASIFICACIÓN
0 – 6	Óptima o Satisfactoria
7 – 13	Considerable
14	Media Estricta
15 – 21	Insuficiente
22 – 28	Deficiente

VALORES DEL TEST PSICOMETRICO- OHIP

PREGUNTA	VALOR	PTJ 0	PTJ 1	PTJ 2	PTJ 3	PTJ 4
1	0.51	0	0.51	1.02	1.53	2.04
2	0.49	0	0.49	0.98	1.47	1.96
3	0.34	0	0.34	0.68	1.02	1.36
4	0.66	0	0.66	1.32	1.98	2.64
5	0.45	0	0.45	0.9	1.35	1.8
6	0.55	0	0.55	1.1	1.65	2.2
7	0.52	0	0.52	1.04	1.56	2.08
8	0.48	0	0.48	0.96	1.44	1.92
9	0.60	0	0.60	1.2	1.8	2.4
10	0.40	0	0.40	0.8	1.2	1.6
11	0.62	0	0.62	1.24	1.86	2.48
12	0.38	0	0.38	0.76	1.14	1.52
13	0.59	0	0.59	1.18	1.77	2.36
14	0.41	0	0.41	0.82	1.23	1.64

Dimensión	N°	Pregunta	Nunca 0	Casi Nunca 1	Ocasionalment e 2	Frecuente ment 3	Muy frecuente	VALOR
Limitación Funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
Dolor Físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?						
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
Molestias Psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
Incapacidad Física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con dientes boca o prótesis dental?						
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
Incapacidad Psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
Incapacidad Social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
Obstáculos	13	¿Ha sentido usted que su vida es en general, menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de trabajar debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?						

Puntaje: _____ Clasificación: _____

b. Instrumentos Mecánicos:

- Espejos bucal
- Exploradores
- Pinzas
- Campos descartables
- Guantes descartables
- Solución antiséptica
- Sondas periodontales
- Cámara Fotográfica

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial

La siguiente Investigación se realizará en la Ciudad de Arequipa y en el ámbito específico en el Puesto de Salud “Leopoldo Rondón Carpio” del Distrito de Sabandia.

2.2 Ubicación Temporal

La siguiente Investigación se desarrollará entre los meses de Junio y Julio, siendo de visión y corte temporal prospectivo y transversal respectivamente.

2.3 Unidades de Estudio

2.3.1 Opción:

Universo

2.3.2 Manejo metodológico

a. Población

Características: Pacientes que acuden al CODAM del Distrito de Sabandia

Tamaño: 42 personas.

b. Población Accesible:

b1. Población o Universo Cualitativo

b1.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes que sean dentados ya que se evaluará caries y enfermedad periodontal.
- Pacientes mayores de 65 años
- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes que asistan permanentemente al Comité Distrital del Adulto Mayor en el Distrito de Sabandia.

b1.2 Criterios de exclusión:

- Adultos Mayores que tengan limitaciones para dar información.
- Pacientes adultos mayores portadores de Prótesis Removibles.

b1.3 Criterios de Eliminación

- Unidades de estudio que no desean participar.

b2. Población Cuantitativa: 42 Pacientes.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1. Organización

- Autorización del Médico Responsable del Puesto de Salud “Leopoldo Rondón Carpio”-Distrito de Sabandia.
- Autorización de la Directora del Comité Distrital del Adulto Mayor CODAM del Distrito de Sabandia.
- Consentimiento Informado de los pacientes Adultos Mayores que asisten al CODAM.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

a. Investigadora

Bachiller Cristhian Conaly Torres Funio.

b. Asesora:

Dra. Bethzabet Pacheco Chirinos.

3.2.2 Recursos físicos

Representados por las disponibilidades ambientales e infraestructurales del Puesto de Salud de “Leopoldo Rondón Carpio” del Distrito de Sabandia.

3.2.3 Validación del Instrumento

La ficha epidemiológica, por ser un instrumento estandarizado, ya viene validada por la ADA. (Asociación Dental Americana)

3.3. Prueba Piloto

Se realizará al 10% de la población a fin de verificar la funcionalidad de la técnica de recolección.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Plan de Procesamiento de los Datos:

a. Tipo de Procesamiento

Se procesará los datos a través del Paquete estadístico SPSS Versión 21 y la hoja de cálculo Excel.

b. Plan de Operaciones

b.1 Clasificación:

La información obtenida será clasificada a través de una matriz de sistematización.

b.2 Codificación:

Las variables e indicadores de acuerdo al paquete estadístico.

b.3 Tabulación:

Se elaboraron tablas de acuerdo a la naturaleza de las variables y serán de simple y de doble entrada.

b.4 Graficación:

Se elaborará gráfica de sus respectivas tablas.

4.2 Plan de Análisis de los datos

4.2.1 Tipo de Análisis:

Por las Variables:

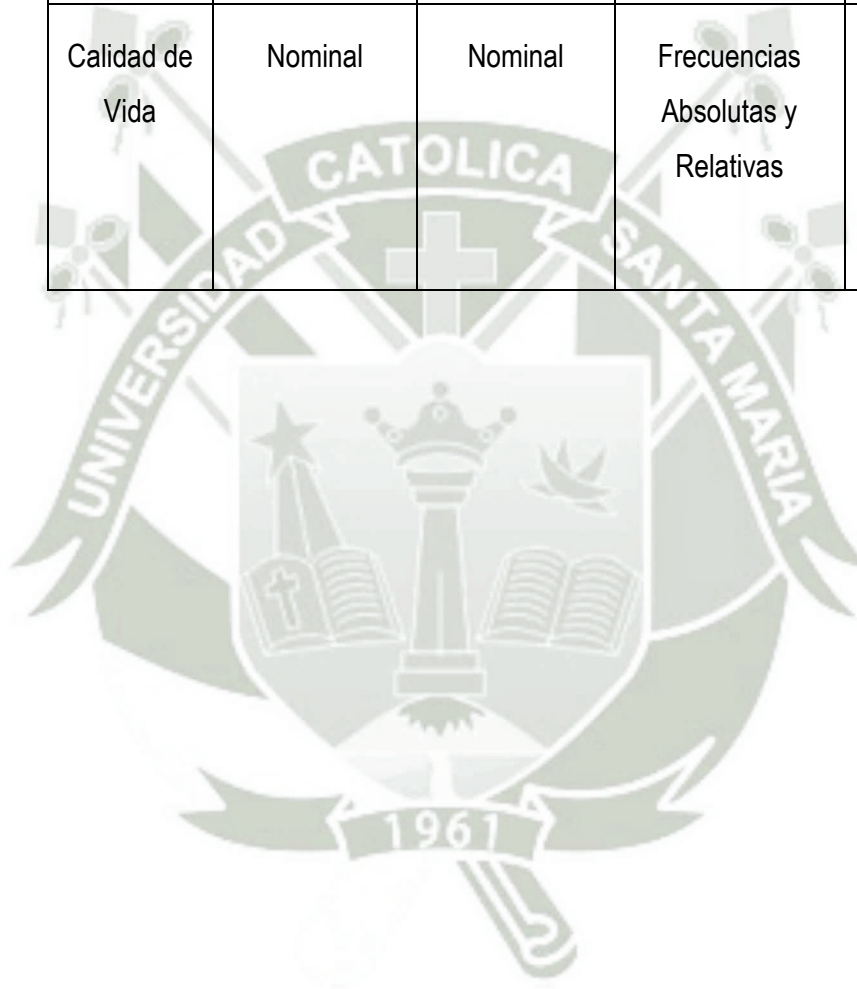
- Relacional

Por su Naturaleza:

- Se realizará un análisis cuantitativo bivariado.

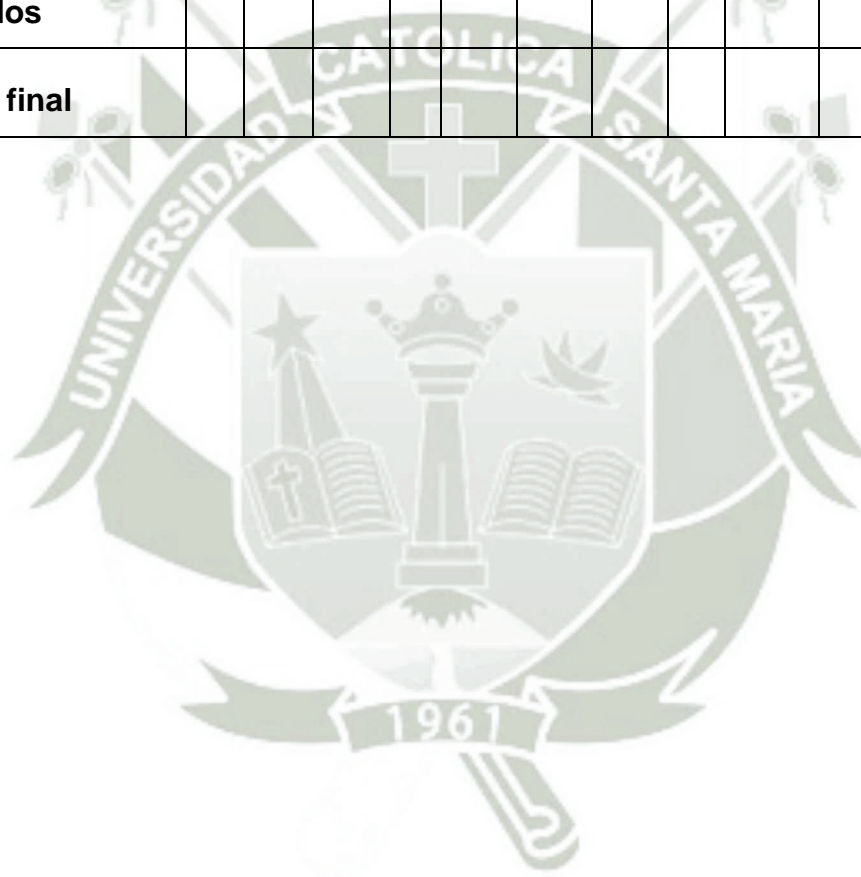
4.2.2 Análisis Estadístico

Variables	Carácter estadístico	Escala de medición	Estadística descriptiva	Prueba estadística
Salud Bucal	Nominal	Nominal	Frecuencias Absolutas y Relativas	Coefficiente de Contingencia V de Cramer
Calidad de Vida	Nominal	Nominal	Frecuencias Absolutas y Relativas	Coefficiente de Contingencia V de Cramer



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo / Actividad	Año 2017											
	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recolección	X	X	X	X	X	X	X					
Estructuración de resultados								X	X	X	X	
Informe final												X





ANEXO N° 2

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

VALORES:

V. de Cramer / Coeficiente de Contingencia	
0	Ausencia de Asociación
0.1-0.4	Asociación Débil
0.5	Asociación Media
0.6-0.9	Fuerte Asociación
1	Asociación Perfecta

PIEZAS CAREADAS:

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,971	,006
	V de Cramer	,486	,006
	Coeficiente de contingencia	,697	,006
N de casos válidos		42	

PIEZAS PERDIDAS:

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	1,305	,000
	V de Cramer	,753	,000
	Coeficiente de contingencia	,794	,000
N de casos válidos		42	

PIEZAS PRESENTES:

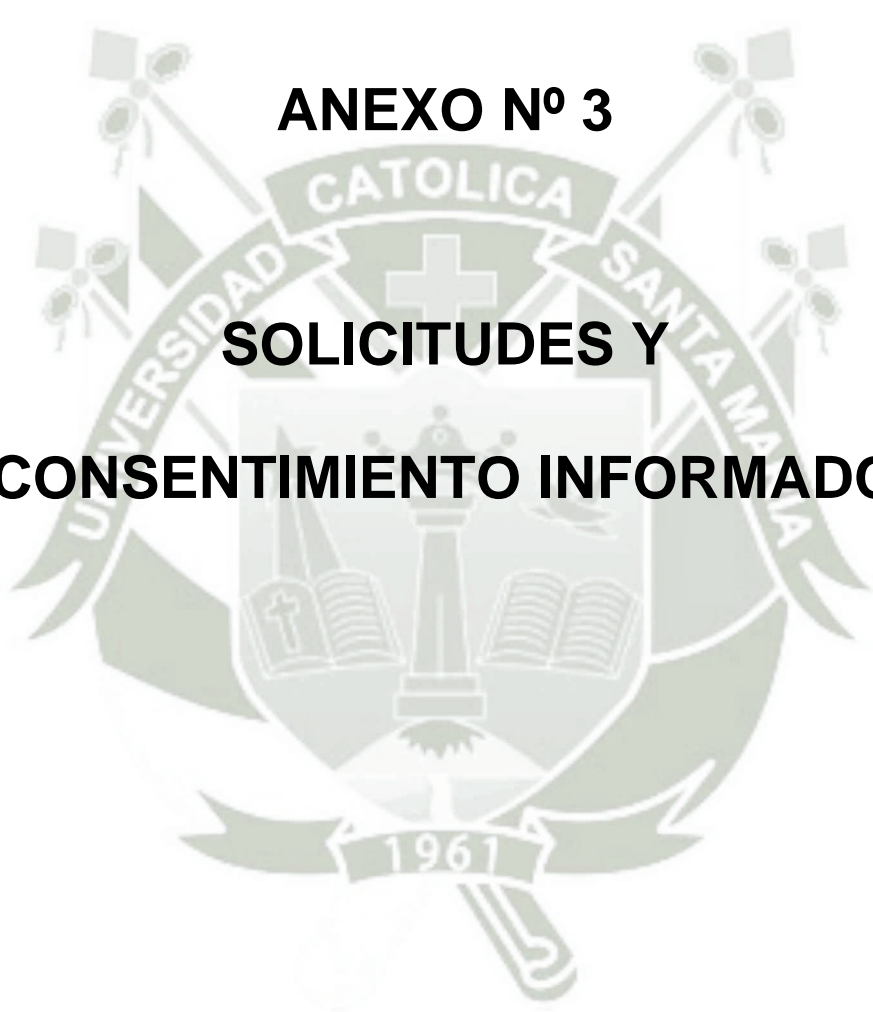
Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por	Phi	1,621	,000
Nominal	V de Cramer	,936	,000
	Coefficiente de contingencia	,851	,000
N de casos válidos		42	

INDICE PERIDONTAL DE RUSSELL:

Medidas simétricas

		Valor	Significació n aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,672	,001
	V de Cramer	,672	,001
	Coefficiente de contingencia	,558	,001
N de casos válidos		42	



ANEXO N° 3
SOLICITUDES Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL
CONSULTORIO ODONTOLÓGICO**

**SEÑOR RESPONSABLE DEL PUESTO DE SALUD “LEOPOLDO RONDÓN CARPIO” DEL
DISTRITO DE SABANDIA**

DR. PABLO BEJARANO FARFÁN


Yo, **CRISTHIAN CONALY TORRES FUNIO**,
Estudiante de la Maestría de Odontostomatología,
identificada con DNI N° 73425650, ante Ud. con el
debido respeto me presento y expongo:

Que por estar elaborando mi trabajo de investigación denominado **“ASOCIACIÓN DE LA SALUD
BUCAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.AREQUIPA,2017”** y teniendo la
necesidad de identificar las variables de estudio, requiero que se me autorice el uso del consultorio
odontológico para la evaluación clínica del adulto mayor del CODAM del Distrito de Sabandia.

POR LO EXPUESTO:

Pido a Usted Señor Responsable del Puesto de Salud, acceder a esta solicitud por ser de justicia.

Arequipa, 07 de Julio del 2017


CRISTHIAN CONALY TORRES FUNIO
DNI:73425650

Adjunto: Carta de Presentación de la UCSM.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
MICRORED DE SALUD CHARACATO - PS SABANDIA

Dr. Freddy Pablo Bejarano Farfán
JEFE - PS. SABANDIA
C.M.P. 30792




Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

« IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA »
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 05 de julio del 2017

Oficio N° 425-EPG-2017

Señor Doctor
PABLO BEJARANO FARFÁN
Médico Responsable del Puesto de Salud
Leopoldo Rondón Carpio – Distrito de Sabandía
Ciudad.-

De mi mayor consideración:


Es grato dirigirme a usted para presentarle a la **Srta. Cristhian Conaly Torres Funio**, alumna de la Maestría en Odontología de esta Casa Superior de Estudios, quien se encuentra desarrollando su tesis titulada "**Asociación de la Salud Bucal y la Percepción de la Calidad de Vida en los Pacientes Adultos Mayores en el CODAM del Distrito de Sabandía. Arequipa 2017**", con la cual pretende optar el Grado Académico de Maestro.

En tal sentido, solicito a su Despacho se sirva otorgar su autorización, a fin de que se le brinde las facilidades del caso, para que nuestra alumna pueda aplicar un instrumento de examen odontológico en la institución que dignamente dirige, lo que le permitirá lograr su objetivo académico.

Agradeciéndole por la atención dispensada, reitero a usted los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,




Dr. HUGO TEJADA PRADELL
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

HTP/DEPG
gjc
c.c.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas
MICRORED DE SALUD CHARACATO
PUESTO DE SALUD SABANDIA
"LEOPOLDO RONDON CARPIO"

"Año Internacional del Turismo Sostenible para el Desarrollo "
"Año del Buen Servicio al Ciudadano "

Sabandia, 10 de Julio del 2017

OFICIO 014 -2017- GRA/GRS/GR-DRSAC-D-MRS.CH-PS.SABANDIA

A : Dra. Cristhian Conaly Torres Funio
Odontóloga del Puesto de salud Sabandia.

DE : Dr. Pablo Bejarano Farfán
Médico Responsable del Puesto de Salud Sabandia

ASUNTO : Autorización para uso de consultorio.

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarle muy cordialmente y a la vez aprovechar la oportunidad para comunicarle que vista la solicitud por Ud. presentada con fecha 07 de julio en la cual se solicita autorización para el uso del consultorio de odontología donde se aplicará un instrumento de examen odontológico como parte del desarrollo de la tesis "Asociación de la Salud Bucal y la Percepción de la Calidad de Vida en los Pacientes Adultos mayores en el CODAM del Distrito de Sabandia. Arequipa 2017 "; se procede a **AUTORIZAR EL USO DEL CONSULTORIO DE ODONTOLOGIA PARA FINES NECESARIOS Y PREVISTOS.**

Sin otro particular quedo de usted, no sin antes reiterarle los sentimientos de alta estima personal.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
MICRORED DE SALUD CHARACATO - PS. SABANDIA



Dr. Freddy Pablo Bejarano Farfán
JEFE - P.S. SABANDIA
C.M.P. 30792



Esquina Calle Principal y Calle Las Piscinas
Distrito de Sabandia
Telfs. : 448731

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA
APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION PARA LA CULMINACIÓN
DE TESIS DE MAESTRIA**

**SEÑORA DIRECTORA DEL COMITÉ DISTRITAL DEL ADULTO MAYOR “CODAM” DEL
DISTRITO DE SABANDIA**

SRA.ALEJANDRINA ZAMBRANO CHAVEZ


Yo, **CRISTHIAN CONALY TORRES FUNIO**,
Estudiante de la Maestría de Odontostomatología,
identificada con DNI N° 73425650, ante Ud. con el
debido respeto me presento y expongo:

Que por estar elaborando mi trabajo de investigación denominado **“ASOCIACIÓN DE LA SALUD
BUCAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA.AREQUIPA,2017”** y teniendo la
necesidad de identificar las variables de estudio ,requiero que se me autorice realizar una observación
clínica de los adultos mayores , los resultados se pondrán a su disposición para mejorar aspectos de
prevención en el Adulto Mayor , del distrito de Sabandia.

POR LO EXPUESTO:

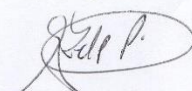
Pido a Usted Señora Directora del CODAM, acceder a esta solicitud por ser de justicia.

Arequipa, 07 de Julio del 2017



CRISTHIAN CONALY TORRES FUNIO
DNI: 73425650

Adjunto: Carta de Presentación de la UCSM.


12-07-2017-



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

« IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA »
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 05 de julio del 2017

Oficio N° 424-EPG-2017

Señora
ALEJANDRINA ZAMBRANO CHÁVEZ
Directora del Comité Distrital del Adulto Mayor
Ciudad.-

De mi mayor consideración:


Es grato dirigirme a usted para presentarle a la **Srta. Cristhian Conaly Torres Funio**, alumna de la Maestría en Odontostomatología de esta Casa Superior de Estudios, quien se encuentra desarrollando su tesis titulada "**Asociación de la Salud Bucal y la Percepción de la Calidad de Vida en los Pacientes Adultos Mayores en el CODAM del Distrito de Sabandía. Arequipa 2017**", con la cual pretende optar el Grado Académico de Maestro.

En tal sentido, solicito a su Despacho se sirva otorgar su autorización, a fin de que se le brinde las facilidades del caso, para que nuestra alumna pueda aplicar un instrumento de examen odontológico en la institución que dignamente dirige, lo que le permitirá lograr su objetivo académico.

Agradeciéndole por la atención dispensada, reitero a usted los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,




Dr. ROSA TRUJADA PRADELL
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

HTP/DEPG
gic
c.c.



COMITÉ DISTRITAL DEL ADULTO MAYOR - CODAM



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Sabandia, 12 de Julio del 2017

A: Dra. Cristhian Conaly Torres Funio
Odontóloga del Puesto de Salud Leopoldo Rondón –Distrito de Sabandia

DE: Sra. Alejandrina Zambrano Chávez
Directora del Comité Distrital del Adulto Mayor-CODAM

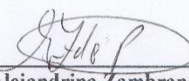
ASUNTO: Autorización para Aplicación de Instrumento de Investigación

Me dirijo a Usted, para saludarla muy cordialmente y a la vez comunicarle que vista la solicitud por Usted presentada, en la cual solicita la Autorización de Aplicación de Instrumento de Investigación, como parte del desarrollo de Tesis de Maestría “Asociación de la Salud Bucal y la Percepción de la Calidad de Vida en los pacientes adultos mayores en el CODAM del Distrito de Sabandia. Arequipa, 2017”; en la cual se autoriza la Aplicación del Instrumento de examen odontológico en el “Comité Distrital del Adulto Mayor” –CODAM.

Así mismo culminado su trabajo de Investigación, tenga a bien dejarnos una copia, de los resultados del mismo sus conclusiones y recomendaciones.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente



Alejandrina Zambrano Chávez
DIRECTORA DEL CODAM

Calle las Piscinas
Distrito de Sabandia
Telf. 448272

CONSENTIMIENTO INFORMADO

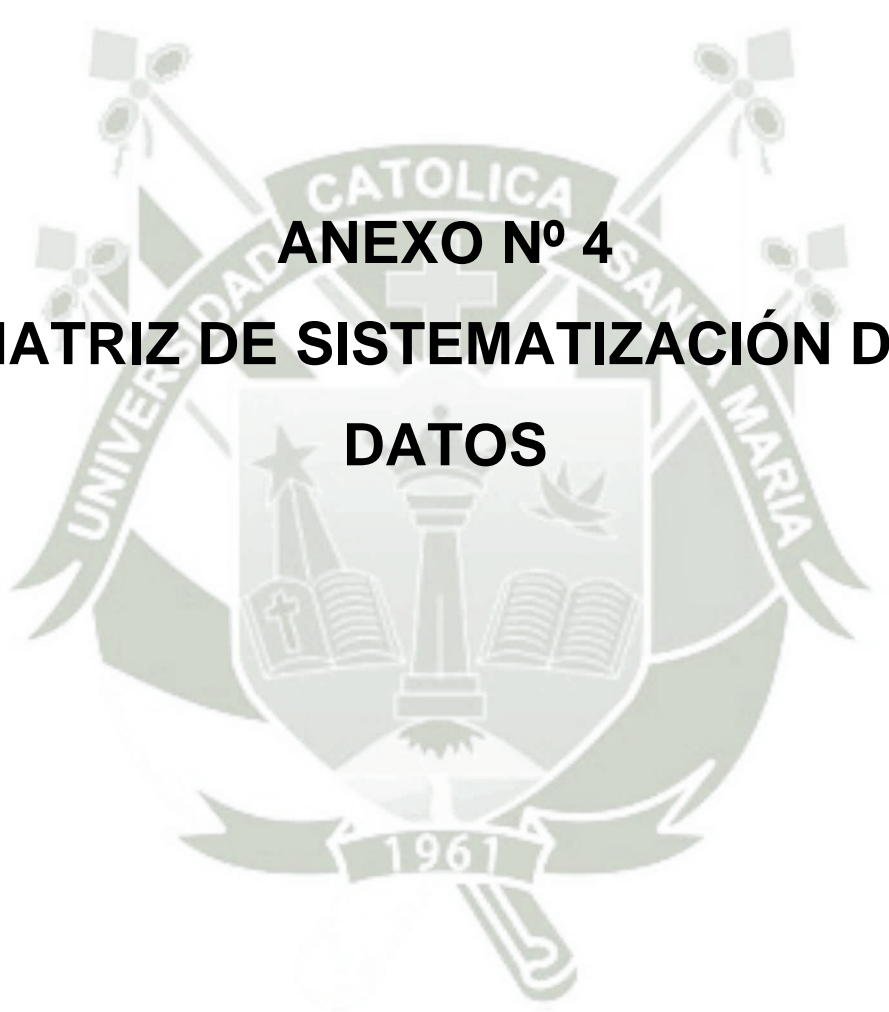
Yo _____
____ con DNI _____ de ____ años, autorizó a la señorita Cristhian Conaly Torres Funio , para incluirme como unidad de estudio en la Investigación titulada **“ASOCIACIÓN DE LA SALUD BUCAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL CODAM DEL DISTRITO DE SABANDIA. AREQUIPA, 2017”**

La misma que servirá para la elaboración de su Tesis de Maestría, a fin de optar el Título de Maestro en Odontoestomatología.

Cumplo con informar que la mencionada señorita me ha hecho saber, de mis derechos y obligaciones que como sujeto de investigación me corresponde. Así mismo declaró que he sido informado de la naturaleza, objetivos, alcances, procedimientos y fines de la presente Investigación.

También he sido informado sobre el respeto a los principios de beneficencia libre determinación, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato digno y justo; antes, durante y posterior a la información.

Como constancia de este acuerdo firma:



ANEXO N° 4
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE
DATOS

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

UE	SEXO	EDAD	CARIES	PERD	OBTUR	PRE	IGNIFICA	PN	GL	GM	PM	PS	PT	IPR	LF	DF	MP	IF	IP	IS	O	PTJ	Calidad Vid
1	F	87	1	28	3	4	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	3	3.48	3	3	2.18	21.66	DEFICIENTE
2	M	77	7	24	1	8	Muy alto				X		6	Irreversible	3	2.66	1.9	3	3.2	1.38	1.59	16.73	insuficiente
3	F	65	9	13	10	19	Muy alto				X		3.47	Irreversible	1	1.34	2.55	2	1	1	1	9.89	considerable
4	F	67	13	19	0	13	Muy alto				X		6	Irreversible	3	3	2	3.52	1.8	2.24	2	17.56	insuficiente
5	F	83	2	30	0	2	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3.34	2.45	3	2.6	3	4	22.39	DEFICIENTE
6	F	81	0	30	2	2	Muy alto				X		6	Irreversible	1.49	4	3	4	3.4	2.38	4	22.27	DEFICIENTE
7	F	83	3	29	0	3	Muy alto				X		7.3	Irreversible	4	2.66	3	2	4	3	4	22.66	DEFICIENTE
8	F	71	3	29	0	3	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	3	3	3.4	2.38	4	22.78	DEFICIENTE
9	F	65	3	13	16	19	Muy alto		X				1	reversible	1	2	1	2	1.4	1	1	9.4	considerable
10	F	83	1	31	0	1	Muy alto				X		6	Irreversible	2.02	4	4	3	1	4	4	22.02	DEFICIENTE
11	M	77	0	25	7	7	Muy alto				X		6	Irreversible	2	3	3	3	2.4	2.2	2	17.6	insuficiente
12	F	75	2	30	0	2	Muy alto				X		4	Irreversible	4	3	3	2	3	2.62	4	21.62	DEFICIENTE
13	F	77	2	30	0	2	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	3	3	3	2	4	22	DEFICIENTE
14	F	68	2	16	14	16	Muy alto		X				1.25	reversible	1	1.98	3	2.48	1.4	1.62	2.18	13.66	media estricta
15	F	83	1	30	1	2	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	2.45	3	3	3	4	22.45	DEFICIENTE
16	M	70	6	23	3	9	Muy alto					X	6.2	Irreversible	3	3	3	2.96	4	1.38	2.18	19.52	insuficiente
17	F	65	0	16	16	16	Muy alto		X				0.8	reversible	1.51	2	1.9	1.52	1	1.62	1	10.55	considerable
18	F	77	3	28	1	4	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	3	2.52	3.2	2	4	21.72	DEFICIENTE
19	M	69	9	17	6	15	Muy alto				X		3.06	Irreversible	2.49	4	2.45	3	2.8	1.38	1.59	17.71	insuficiente
20	F	88	0	31	1	1	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	4	4	4	1.38	4	24.38	DEFICIENTE
21	F	73	3	22	7	10	Muy alto				X		6	Irreversible	2	2	2.45	2.52	2.6	1.38	1.59	14.54	insuficiente
22	M	67	8	4	20	28	Muy alto		X				1	reversible	0	1	1	1.48	1	1.62	0	6.1	OPTIMA
23	F	66	7	7	18	25	Muy alto			X			2	reversible	1	1	1	1	1	1	0	6	OPTIMA
24	F	70	6	24	2	8	Muy alto				X		6	Irreversible	1.49	3.34	3	3	3	1	3	17.83	insuficiente
25	F	72	4	21	7	11	Muy alto				X		6	Irreversible	2	3	3	3.48	3	3	2.18	19.66	insuficiente
26	M	75	2	20	10	12	Muy alto				X		6	Irreversible	2	2.66	1.9	2.52	1	1	2.18	13.26	considerable
27	F	66	13	6	13	26	Muy alto		X				1	Irreversible	0	1	1	1	1	1	1	6	OPTIMA
28	F	65	24	12	0	24	Muy alto				X		3.66	Irreversible	0	1	1.45	1	1	1	0	5.45	OPTIMA
29	M	77	1	31	0	1	Muy alto				X		6	Irreversible	4	4	3	2.48	2.8	3	4	23.28	DEFICIENTE
30	M	65	6	9	17	23	Muy alto				X		2.3	Irreversible	1.49	2.32	1.9	3	1.8	2.24	2	14.75	media estricta
31	M	80	5	27	0	5	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	2.45	2.52	3.6	3	4	22.57	DEFICIENTE
32	F	83	2	30	0	2	Muy alto				X		6	Irreversible	4	2	3	3	3	3	4	22	DEFICIENTE
33	M	72	2	27	3	5	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	3	2	3	3	4	22	DEFICIENTE
34	M	72	4	28	0	4	Muy alto				X		6	Irreversible	4	4	3	2	3	2	4	22	DEFICIENTE
35	F	67	6	8	18	24	Muy alto		X				1.5	reversible	0	1	1	1.52	1	1.62	0	6.14	OPTIMA
36	F	67	1	12	19	20	Muy alto				X		3.5	Irreversible	1	2.32	2.45	2	1	1	1.18	10.95	considerable
37	F	72	4	28	0	4	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	3	3.48	3	3	3	22.48	DEFICIENTE
38	F	71	2	30	0	2	Muy alto				X		6	Irreversible	4	4	2.55	3	3	2.24	4	22.79	DEFICIENTE
39	F	65	8	12	12	20	Muy alto			X			1.7	reversible	1	1.34	2.55	2	1	1	1	9.89	considerable
40	F	65	5	27	0	5	Muy alto				X		6	Irreversible	3.49	3.66	3.55	3	4	3.38	2	23.08	deficiente
41	M	81	1	30	1	2	Muy alto				X		6	Irreversible	4	3	3	3	3	3	4	23	DEFICIENTE
42	F	77	4	28	0	4	Muy alto				X		6	Irreversible	4	2.34	4	2.52	3.2	2	4	22.06	DEFICIENTE







