

**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD
BUCAL Y XEROSTOMÍA EN ADULTOS MAYORES
DE LA PROVINCIA DE CHURCAMPÁ –
HUANCAVELICA – PERÚ 2019**

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO

“FRANKLIN ROOSEVELT”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Estomatología



TESIS

**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD
BUCAL Y XEROSTOMÍA EN ADULTOS MAYORES
DE LA PROVINCIA DE CHURCAMPÁ –
HUANCAVELICA – PERÚ 2019**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

**Línea de investigación: Clínica y Patología Estomatológica y
Sistémica**

Presentado por:

**Bach. VARGAS DÍAZ, ASUNCIÓN
Bach. ALFARO CANTURIN, MAURICIO JHONATAN**

HUANCAYO – PERÚ

2019

ASESOR

Mg. CD. Cueva Buendía, Luis Alberto

DE **IA**
iii

El presente trabajo está dedicado en especial a mi familia por haber sido mi apoyo, fuerza y motivo a lo largo de toda mi carrera universitaria y de mi vida.

Y a todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa dura pero no imposible, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Mauricio

A Dios por haberme dado la vida y brindarme a la mejor familia, quienes son mí pilar; ellos me han dado siempre el soporte emocional que necesitaba y no sería lo mismo sin ellos.

Asunción

AGRA iv NTOS

El principal agradecimiento a Dios por ser nuestro inspirador y por guiarnos en el buen camino, dándonos fuerzas y enseñándonos a encarar las adversidades en el intento obteniendo uno de los deseos más anhelados.

A la universidad nuestra alma mater por habernos aceptado a ser parte de ella y abierto sus puertas de su seno científico.

A la Escuela Profesional de Estomatológica representado en la persona del Dr. Juvenal Gonzales León de Peralta.

A nuestro tutor, el Dr. Luis Cueva Buendía, por habernos guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de la carrera universitaria como uno de los docentes que nos brindó el apoyo para desarrollarnos profesionalmente y seguir cultivando valores.

Al Lic. Enf. Thomas Anibal Alvarado Vargas, gerente del Aclas. C.S. Churcampa; al Sr. Artemio Gamboa Acuña, Jefe de recursos humanos; al C.D. Jorge Iván Raymundo Coronado, Jefe del servicio de odontología y a los trabajadores de las diferentes áreas del Centro de Salud de Churcampa, por brindarnos las facilidades en la ejecución de la tesis.

	Pág.
TÍTULO	i
CARATULA	ii
ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema.	11
1.2 Formulación del problema.	13
1.2.1 Problema general.	13
1.3 Objetivo de la investigación.	13
1.3.1 Objetivo general.	13
1.3.2 Objetivos específicos.	13
1.4 Justificación de la investigación.	14
1.5 Limitación de la investigación.	15
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.	16
2.1.1 Internacionales.	16
2.1.2 Nacionales.	21
2.1.3 Bases teóricas de la investigación.	23
2.1.4 Marco conceptual.	36
2.2 Hipótesis	37
2.3 Variables.	37
2.3.1 Tipos de variables.	37
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
3.1 Método de la investigación.	42
3.2 Tipo y nivel de investigación.	42
3.3 Diseño de la investigación.	42
3.4 Población de estudio.	43
3.5 Muestra.	43
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	45

3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación		46
	CAPÍTULO IV	
	DOS	
Resultados	vi	47
	CAPITULO V	
	DISCUSIÓN	
Discusión		60
	CAPÍTULO VI	
	CONCLUSIONES	
Conclusiones		66
	CAPÍTULO VII	
	RECOMENDACIONES	
Recomendaciones		68
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.		70
IX. ANEXOS		78

RESUMEN

La salud bucal es vital para la salud general y es esencial para la calidad de vida, por esa razón las personas sobre todo los adultos mayores deben tener una condición de salud bucal que les permitan hablar, masticar, reconocer el sabor de la comida, sonreír, vivir libre de dolor y malestar, y relacionarse con los demás sin restricciones. Por esa razón el objetivo del estudio fue determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019

En cuanto a su metodología es una investigación de tipo no experimental, correlacional. La muestra fue probabilística aleatoria fue de 102 adultos mayores atendidos en octubre y noviembre del 2019, en la Estrategia de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa. En los resultados se halló, que del total de la muestra fueron el 59,8% de sexo femenino, el 40,2% de sexo masculino, y el 43,1% tuvieron la edad entre 68 y 78 años. Que la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, fue percibida como “regular” en un 53,9%, “mala” en un 32,4% y el 13,7% percibió como “buena”. Y la autopercepción del grado de xerostomía medido a través del inventario (XI) fue considerada “xerostomía moderada” en un 67,6%, “xerostomía leve” en un 21,6% y “xerostomía marcada” solo un 10,8%

Por lo tanto se llegó a la conclusión que existe relación inversa moderada, estadísticamente significativa entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019. Con un Rho de Spearman de -0,697. Y una t teórica de $9.72 > 1,96$.

Palabras claves: Calidad de vida relacionada a la salud bucal, xerostomía.

INTRODUCCIÓN

Debemos en primer lugar entender que el tema en el cual se enmarca la presente investigación es la calidad de vida, concepto que emerge como un atributo para mejorar la situación de los grupos humanos después de la II Guerra Mundial. Cuando surge en los años 60 la temática, estaba relacionada con indicadores, como datos económicos, nivel de educación, tipo de vivienda, ingreso familiar sin que ello explicara una verdadera concepción de Calidad de Vida (1).

En esencia la calidad de vida es la capacidad que tienen las personas, de reconocer que la percepción sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias (2). Y específicamente la calidad de vida en relación a la salud oral son las autopercepciones emocionales sociales de las alteraciones bucales que impactan sobre los Desempeños de las actividades diarias en función de la salud bucal (3)

La presente investigación es necesaria y conveniente, ya que logra trascendencia teórica al identificar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida a través de las condiciones orales auto-percibidas en adultos mayores que son atendidos en el principal establecimiento de salud de la provincia de Churcampa, donde se cuenta con la estrategia de Atención Integral del adulto mayor, dicho establecimiento es el Centro de Salud de Churcampa, Grupo poblacional muchas veces desatendido, del cual no se tienen datos que relacionen estas dos variables, calidad de vida y xerostomía utilizando instrumentos validados a nivel internacional.

Este estudio aportará conocimientos prácticos, que se traducen en el manejo de indicadores de salud bucal, pero de autopercepción que permite proporcionar datos de gran importancia para instituciones de Salud, formativas y de educación, como son las universidades, donde se debe incentivar nuevas

investigaciones haciendo uso de instrumentos de recolección de datos sencillos de aplicar pero que brindan resultados importantes sobre aspectos de salud.

Asimismo, respecto a su aporte social se puede señalar que el tema a desarrollar por considerar a un grupo poblacional que está en creciente aumento y que muchas veces, padecen de enfermedades, trastornos y alteraciones que limitan la realización de sus actividades con autonomía, es importante porque nos dará a conocer como estas personas se sienten en cuanto a su salud bucal y la resequedad de la boca, con los resultados que se encuentren, se podrían generar condiciones para mejorar la calidad de vida de las adultos mayores de la provincia de Churcampa.

Esta investigación se llevará a cabo en la provincia de Churcampa, que es una de las siete provincias de la región Huancavelica y que se encuentra ubicada en la zona de los Andes centrales, limita por el norte con la provincia de Tayacaja; por el este con el departamento de Ayacucho; por el sur con la provincia de Acobamba; y por el oeste con la provincia de Huancavelica. Es así que la presente investigación, se llevará a cabo en adultos mayores que son atendidos en el centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.

Por lo tanto el objetivo general es: Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la población mundial envejece 1,7% anualmente y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente 1.100.000.000 de personas mayores de 60 años en el mundo; de este total, según el Centro Latinoamericano de Demografía, 82.000.000 estarán en América. Al aumentar la proporción de personas de tercera edad, se presentan retos de tipo económico, social y político que exigen a los estados y a las autoridades competentes la generación de políticas que permitan solucionar las necesidades de este grupo de población (4).

El envejecimiento mundial de la población representa uno de los retos sociales a los que se enfrenta el odontólogo; la preocupación especial debe orientarse a la prestación de servicios estomatológicos que garanticen el bienestar del paciente geriátrico (5).

La salud bucal es parte de la salud general y es esencial para la calidad de vida. Todos los individuos deben tener una condición de salud bucal que les permitan hablar, masticar, reconocer el sabor de la comida, sonreír, vivir libre de dolor y malestar, y relacionarse con los demás sin restricción (6).

Enfermedades orales como la caries dental y la enfermedad periodontal tienen una alta prevalencia y sus consecuencias no son sólo físicas, sino que

también son económicas, sociales y psicológicas. Ellas afectan seriamente la calidad de vida en un gran número de personas y puede afectar varios aspectos de la vida (7).

Tanto la salud y la CVRS son entidades multidimensionales y muy complejas, para el diagnóstico y cuidado de la salud, por eso que no solo se debe enfocar en utilizar indicadores clínicos, sino también evaluar la calidad de vida a través de percepciones emocionales y sociales que existen cuando hay complicaciones dentales (8).

Las alteraciones bucodentales en el mundo incluyendo al Perú, representan una alta prevalencia, aseveran así los Organismos Internacionales, y mencionan que son un problema de salud que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en vías de desarrollo, comunidades más pobres, marcando un impacto físico, social y psicológico de importante consideración que provocan consecuencias en la Calidad de Vida (9).

Respecto a la población adulta mayor en nuestro país, se puede decir que en los últimos tiempos ha tenido un crecimiento paulatino muy importante y significativo, lo que conlleva al interés por conocer más acerca de la problemática, que presentan las personas en esa etapa de la vida, indudablemente al personal de salud y específicamente a los odontólogos no les puede ser ajeno el estudio del estado de salud bucal de las personas de la tercera edad, en especial dentro de la provincia de Churcampa, que es una de las siete provincias de la región Huancavelica y que se encuentra ubicada en la zona de los Andes centrales, limita por el norte con la provincia de Tayacaja; por el este con el departamento de Ayacucho; por el sur con la provincia de Acobamba; y por el oeste con la provincia de Huancavelica (10); se cuenta con un Centro de Salud de categoría I-4, del ministerio de salud, en el cual se viene trabajando con adultos mayores, en el programa denominado Atención Integral del adulto mayor.

Por consecuencia el propósito de la presente investigación es determinar cómo la calidad de vida en relación a la salud bucal de pacientes geriátricos medido con el índice de salud oral geriátrico, nombre original en inglés:

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), tiene asociación con la xerostomía medido a través del inventario de Xerostomía, nombre original en inglés: Xerostomía Inventory (XI); en adultos mayores que son atendidos en el centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019

2. Identificar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.
3. Identificar la autopercepción del grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.
4. Identificar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, según sexo.
5. Identificar la autopercepción del grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, según sexo.

1.4 Justificación de la investigación

La presente investigación fue necesaria y conveniente, ya que logró trascendencia teórica al identificar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida a través de las condiciones orales auto-percibidas en adultos mayores que fueron atendidos en el principal establecimiento de salud de la provincia de Churcampa, donde se cuenta con la estrategia de Atención Integral del adulto mayor, dicho establecimiento es el Centro de Salud de Churcampa, Grupo poblacional muchas veces desatendido, del cual no se tienen datos que relacionen

estas dos variables, calidad de vida y xerostomía utilizando instrumentos validados a nivel internacional.

Este estudio aportó conocimientos prácticos, que se traducen en el manejo de indicadores de salud bucal, pero de autopercepción que permitieron proporcionar datos de gran importancia para instituciones de Salud, formativas y de educación, como son las universidades, donde se incentivó nuevas investigaciones haciendo uso de instrumentos de recolección de datos sencillos de aplicar pero que brindan resultados importantes sobre aspectos de salud.

Asimismo, respecto a su aporte social se puede señalar que el tema desarrollado por considerar a un grupo poblacional que está en creciente aumento y que muchas veces, padecen de enfermedades, trastornos y alteraciones que limitan la realización de sus actividades con autonomía, es importante porque nos dió a conocer como estas personas se sienten en cuanto a su salud bucal y la resequedad de la boca, con los resultados que se encontraron, se generaron condiciones para mejorar la calidad de vida de las adultos mayores de la provincia de Churcampa.

1.5 Limitación de la investigación

Se considera que la limitación única para el presente estudio, fue la aceptación y participación efectiva de adultos mayores a quienes se les aplicó los instrumentos de recolección de datos, por ciertas limitaciones de audición y comprensión de los aspectos a evaluar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En seguida se presentan los estudios realizados en diferentes lugares y que están relacionados con la presente investigación

2.1.1 Internacionales

Champonois P. (11) en el año 2018 realizó la investigación: Xerostomía bucal en adultos mayores y su relación con el consumo de líquidos y fármacos, con el objetivo de estimar la prevalencia de xerostomía en base a la percepción del paciente, y explorar su relación con el consumo de líquidos y de fármacos en los adultos mayores. Respecto a los material y métodos fue un estudio observacional, analítico de corte transversal. El tamaño de la muestra fue de 265 pacientes. Contando con una población de 856, con un (IC95%) una apreciación del 3% y una prevalencia esperada del 10%. Se realizó en un consultorio de Clínica Médica, utilizando una encuesta auto administrada y anónima, que comprende diferentes aspectos sobre percepción de sequedad bucal, consumo de líquidos y fármacos.

Se hallaron los siguientes resultados: muestra estudiada (n: 266), 88 sexo masculino y 178 femenino, edad promedio de 74,05 (+6,09) años. Existió relación entre el tomar líquido y tener o no xerostomía ($p=0.000$) y el grupo

farmacológico que mostró relación con la xerostomía, fueron los diuréticos ($p=0.01$). El promedio de la cantidad de fármacos utilizados en este grupo es de 3,80 (+2,40). Llegando así a la conclusión: que la prevalencia de xerostomía en la población estudiada alcanzó el 24,81%. Y que el alto consumo de fármacos por parte de los adultos mayores, solo los diuréticos mostraron relación con la xerostomía, también se encontró relación entre tomar líquidos y tener o no xerostomía. (11)

Pérez M. Bravo B. (12), en su investigación denominada: Xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao 2017. Se plantearon el objetivo de caracterizar el comportamiento de la xerostomía en la población geriátrica, pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor del municipio Marianao. Respecto a su metodología fue un estudio descriptivo y transversal en 59 pacientes pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, secreción salival, consumo de fármacos y enfermedades bucales.

En sus resultados encontraron que el 93.2 % de la población correspondió al sexo femenino, la edad más afectada fue entre 70 y 79 años (30.5 %), los medicamentos más consumidos fueron los antihipertensivos (55.3%) y los diuréticos (35.7 %), el 40.6 % de los pacientes que presentaron xerostomía padecen de disfunción masticatoria. Y llegaron a las conclusión que predominó el sexo femenino con xerostomía y el grupo de estudio está mayormente expuesto a la polifarmacia, reduciendo el flujo salival e incidiendo en la disfunción masticatoria (12).

Martinez F. et al. (2017) (13), quienes se plantearon el objetivo de evaluar el estado de salud bucodental y calidad de vida en adultos mayores de los hogares de ancianos de Nicaragua en el período de agosto a diciembre del 2016. Fue un estudio descriptivo transversal, con un universo de 672 adultos mayores de los 21 hogares de ancianos de Nicaragua, tuvieron una muestra de 245 adultos mayores. Utilizaron la entrevista y revisión clínica a los adultos seleccionados.

En sus resultados encontraron que el 24.4% presentaba edentulismo total, en el 27.7% el índice CPOD tenía un nivel muy bajo de caries y el 19.5% de acuerdo al INTPC tenían calculo supra o subgingival. Llegaron a la conclusión que el Índice de Evaluación de Salud Oral en Geriatría (GOHAI), tuvo un resultado global de 83.5% con bajo nivel de salud oral, coincidiendo con el estado bucodental clínicamente observado.

Gómez I. et al. (2015) (14), realizaron una investigación con el objetivo de caracterizar la xerostomía en adultos mayores del reparto Camilo Cienfuegos en Enero - Marzo del 2015. Respecto a su material y métodos, fue un estudio observacional, descriptivo y transversal donde se interrogaron y examinaron a todos los adultos mayores, visitados en sus viviendas, previo consentimiento y con facultades psíquicas conservadas. La muestra la obtuvieron mediante un muestreo aleatorio estratificado utilizando el programa Epidat 4.0. Aplicaron una entrevista estructurada que comprendió: percepción de sequedad bucal, tipo de medicamentos usados diariamente y sexo. Se realizó examen bucal con depresor y luz natural para establecer si el paciente tiene presencia de estomatitis subprótesis, erosiones en lengua y comisura labial.

En sus resultados se examinaron 350 pacientes, presentando xerostomía 147, siendo un 42% de todos los examinados. De los que presentaron xerostomía el sexo femenino fue representado por 66.6%, la ingestión de antihipertensivos por 87.4% y la presencia de estomatitis subprótesis 45.8%. Llegaron a las conclusiones, que la xerostomía afecta a casi la mitad de la población adulta mayor estudiada. Predomina el sexo femenino y el medicamento más utilizado los antihipertensivos. La estomatitis subprotésica es una entidad frecuente en los que presentan Xerostomía en esta muestra (14).

Otañe M, et al. (2015) (15) se plantearon el objetivo de determinar el efecto del estado de salud oral sobre la calidad de vida en adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar de ancianos San José obrero, comuna de Hualpén, 2015. En cuanto a los material y métodos fue un estudio de campo cuantitativo,

con diseño observacional, transversal y analítico en pacientes adultos mayores dependientes leves y moderados pertenecientes al Hogar de ancianos San José obrero, de Hualpén. La muestra no probabilística, intencionada y oportunista fue de 41 pacientes seleccionados aleatoriamente, que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión, utilizaron el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) y un examen clínico oral que evaluó el estado dentario a fin de obtener el Índice de dientes cariados, obturados y perdidos (COPD).

Llegaron a la conclusión que si existe un efecto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar José Obrero de la comuna de Hualpén. El efecto de la salud oral en la calidad de vida se asoció significativamente al índice COPD. Al relacionar estos índices se puede establecer un moderado grado de asociación entre ellos, lo que origina una proporción inversa. Se produce una correlación lineal negativa (-0,579) que conlleva a establecer que a mayor Índice COPD va a decrecer la autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en estos pacientes (15).

Díaz S. et al. (16) hicieron una investigación con el objetivo de asociar salud bucal y calidad de vida en adultos mayores atendidos en la Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Respecto a su metodología fue un estudio con diseño de corte transversal, se realizó en el municipio de Cartagena de Indias, Colombia. Consideró de manera censal 120 adultos mayores del primer periodo de 2011. Utilizaron el índice Oral Geriátrico (GOHAI) y diagnóstico de salud bucal. Los datos fueron analizados a partir de proporciones, prueba χ^2 , para la comprobación de asociaciones estadísticamente significativas y razones de disparidad (OR).

En sus resultados al realizar la prueba χ^2 , se encontró significación estadística entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida, según GOHAI ($p=0,01$) y al asociar este último y los problemas de origen endodóntico (OR: 3,5; IC 95%: 1,4-8,4; $p = 0,004$), hipertensión arterial (OR: 4,44; IC 95%:1,5-12; $p = 0,005$) y vivir con más de 5 miembros en la familia (OR:3,38; IC 95%: 1,34-8,49; $p=0,009$). En la regresión logística estos factores

constituyeron el modelo que mejor explicaba el detrimento en la calidad de vida relacionada con la salud bucal ($p=0,0001$; $X^2= 21,31$). Llegaron a la conclusión, que los problemas endodónticos comprometen la calidad de vida en los adultos mayores. Es necesario un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya otros factores capaces de comprometer el bienestar (16).

Salazar et al. (17), realizaron en el año 2010 una investigación con el objetivo de traducir; realizar análisis de fiabilidad, validez discriminante y de convergencia de GOHAI y XI en una población de adultos mayores de 60 años en Santiago de Chile. Respecto al método: los participantes del estudio fueron adultos mayores ($n=110$), seleccionados considerando 10 personas por pregunta de un cuestionario de 11 preguntas. La validación se realizó en las siguientes etapas: autorización de los autores, adaptación lingüístico-cultural, aplicación del cuestionario para validación. La fiabilidad test re-test y validez discriminante fueron analizadas a través del R de Spearman. En tanto que la validez de convergencia se analizó mediante la prueba de Mann-Whitney.

En sus resultados: Para el total de la muestra: edad promedio: 68,66 (min. 60 - máx. 91). Género: 92 mujeres (83,64%) y 18 hombres (16,36%). El promedio de GOHAI fue 42,83 (DS: 5,98). El promedio de XI fue 31,18 (DS: 12,46). El valor final de correlación para la fiabilidad test re-test fue de 0,955 en el GOHAI y de 0,983 en el XI. Llegaron a la conclusión: Que las versiones adaptadas de los cuestionarios GOHAI (Dolan y Atchison) y el XI (Thomson) presentan una adecuada fiabilidad en relación a estabilidad temporal y validez de convergencia en adultos mayores de 60 años chilenos (17).

Medeiros G. et al. (18) en el año 2009 realizaron la investigación Hiposalivación y xerostomía: prevalencia y factores asociados en ancianos con enfermedades cardiovasculares, con el objetivo de determinar la prevalencia de xerostomía e hiposalivación en estos ancianos y analizar su asociación con las condiciones socioeconómicas, de salud general y bucal. Respecto a sus métodos, fue un

estudio de diseño transversal, cuya muestra fue de 197 ancianos funcionalmente independientes, no institucionalizados y con enfermedades cardiovasculares. La colecta de datos fue realizada por cuestionario, examen físico y sialometría no estimulada y estimulada. Los datos fueron analizados utilizando los tests chi-cuadrado y t de Student.

En sus resultados, hallaron que la prevalencia de la xerostomía fue de 21,9%, 39,6% de la hiposalivación evaluada por la sialometría no estimulada, y 41,1% para la estimulada. Hubo asociación de la xerostomía con los años de escolarización ($p=0,006$), índice de masa corporal ($p=0,04$) y restricción del consumo de pastas ($p=0,018$). La hiposalivación fue asociada al número de personas por espacio habitable en la vivienda ($p=0,006$) y al índice de masa corporal ($p=0,044$). Llegaron a las conclusiones que la prevalencia de xerostomía e hiposalivación fue alta. La xerostomía fue asociada a la baja escolaridad y a la restricción del consumo de pastas (18).

2.1.2 Nacionales

Kurt D. (2017) (19), Quien se planteó el objetivo de determinar la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor del distrito de San Isidro, durante el 2017. En cuanto a su metodología, fue un estudio descriptivo transversal, tuvo una población de 1800 adultos mayores y una muestra de 184. El instrumento utilizado para medir la calidad de vida en relación a la salud bucal fue el OHIP-14sp.

En sus resultados, encontró que la calidad de vida fue mala en el 9.8% de adultos, buena en el 23.4%, y excelente en el 66.8%. Las mujeres (71%) tuvieron mejor calidad de vida que los hombres (58%), y a menor edad mejor calidad de vida. Salvo un 7.1% de adultos, la mayoría podían realizar sus actividades diarias. El impacto negativo de la salud bucal en la calidad de vida fue que el 61.4% de adultos tuvo un impacto negativo (Malestar Psicológico), seguido de la dimensión Limitación Funcional con un impacto negativo en el 49.5%. En la dimensión Minusvalía sólo el 16.9% de adultos tuvo un impacto negativo;

llegando a las conclusiones, que el OHIP-14sp identificó como excelente o regular calidad de vida en relación a la salud bucal al 90% de adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro (19).

Roncal I. (2016) (20), en su investigación, se planteó el objetivo de determinar la relación entre el estado de la salud bucal, que midió a través de la enfermedad de caries dental (índice CPOD) y enfermedad periodontal (índice IPC) y la autopercepción de la salud bucal (índice GOHAI) en los adultos mayores de los centros residenciales de la Beneficencia Pública en Lima Metropolitana en el año 2013. Tuvo una muestra por conveniencia de 69 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Y llegó a las conclusiones: que la presencia de caries dental y enfermedad periodontal evidenciaron que aún se tienen elevados niveles de ambas enfermedades, comprobó un mal estado de salud bucal mediante los índices CPOD e IPC y la mala autopercepción de la salud bucal de manera individual; sin embargo, en conjunto no se obtuvo ninguna asociación entre ellas.

Sáenz G. et al. (21) en el año 2016, realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de determinar la relación entre xerostomía y la diabetes mellitus en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Loreto los meses de julio y agosto del 2016. Respecto al método fue un estudio prospectivo, epidemiológico, descriptivo, transversal y correlacional en donde se midió el flujo salival de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 controlados y atendidos en el consultorio ambulatorio del Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” los meses de julio y agosto del 2016 a los cuales se les realizó el TSG (Test Salival Global “Schirmer”) llamado también sialometría.

En su resultados: La muestra fue de 175 pacientes, de los cuales 129 (73,7%) mujeres y 46 (26,3%) hombres. El promedio de edad de los pacientes fue de 55,25 años con una desviación típica de $\pm 11,48$ años. Llegaron a la conclusión, que existe relación entre el tipo de diabetes mellitus y el grado xerostomía en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital Regional de Loreto de Julio a Agosto del 2016 con una significancia de $p = 0,027$ ($p < 0,05$). Y que 60

pacientes osea el 34,3% con diabetes mellitus no insulino dependiente presentan xerostomía muy baja (21).

Gallardo A, et al. (2013) (22), se trazaron el objetivo de determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú. Respecto a su metodología fue un estudio de tipo descriptivo, la muestra fueron 164 adultos mayores a través del muestreo no probabilístico. La información se halló con una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Realizó análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la correlación empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%.

En cuanto a sus resultados, la mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ($p: 0,239$), con el nivel educativo ($p: 0,085$), ni con la existencia de enfermedades sistémicas ($p:0,438$). Llegó a las conclusiones, que mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del Estado (22).

2.1.3 Bases teóricas de la investigación

2.1.3.1 Adulto mayor

2.1.3.1 Adulto mayor

Internacionalmente se ha definido al adulto mayor como aquella persona que ha cumplido 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. En los últimos años, se observa a nivel mundial una tendencia sostenida al incremento de la

expectativa de vida al nacer y un aumento porcentual de la población de 60 y más años. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de esa edad, cifra que se duplicaría en el año 2025 y para el 2050 podrían llegar a los 2 billones de personas, la mayoría de ellos viviendo en países en desarrollo (23).

Cuba es ejemplo de país en vías de desarrollo, con un envejecimiento importante de su población y con una expectativa de vida al nacer de más 75 años. Según los datos del anuario estadístico de salud de Cuba, publicado en el año 2015, se pronostica que para el 2025 uno de cada cuatro cubanos será una persona de 60 años de edad. La provincia La Habana es la más envejecida del país, y ha entrado al nuevo milenio con más del 15 % de su población en el grupo de 60 años y más (24).

Epidemiológicamente ha habido un aumento progresivo de los problemas de salud en los ancianos, siendo los de mayor prevalencia los de naturaleza no transmisible. Hecho que ha motivado a tornar la mirada hacia este sector poblacional e insistir en su atención de salud. Entre los diez problemas de salud bucal más frecuente en las personas de la tercera edad está la xerostomía (25).

El envejecimiento en el adulto mayor

- El envejecimiento es “un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas” (26). El envejecimiento fue categorizado por Bortolotti (2006) (27), quien consideró diversas características de adultos mayores y los clasificó como: “(a) Viejo joven (young old): desde los 60 a los 64 años, (b) Viejo medio (middle old): desde los 65 a los 74 años, (c) Viejo (old): desde los 75 a los 79 años y (d) Viejo-Viejo (old old) desde los 80 años en adelante”. El envejecimiento ha tenido gran relevancia a nivel de salud pública; por lo cual, la OMS (2015) (28), en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud definió el envejecimiento activo como: “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y

seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” y propuso las siguientes políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- - “prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura”.
- - “reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida” .
- - “desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen”
- - “proporcionar formación y educación a los cuidadores”.
- Además, los especialistas del MINSA (2010) (29) indicaron que el 90% de los peruanos sufren de caries dental y enfermedad periodontal en la adultez y que con esta cifra podemos sospechar que muchos de ellos terminarán con extracciones dentarias y como resultado de esto serán edéntulas parciales o totales, lo que generalmente se observa en las personas adultas mayores, lo cual perjudica considerablemente su salud bucal y general.

2.1.3.2 Calidad de vida

El concepto de Calidad de Vida, emerge como un atributo para mejorar la situación de los grupos humanos después de la II Guerra Mundial. Durante los años 60 estuvo marcado por una amplitud en el desarrollo de investigaciones en esta temática, relacionado con indicadores objetivos, como datos económicos, nivel de educación, tipo de vivienda, ingreso familiar sin que ello explicara una verdadera concepción de Calidad de Vida (1).

En esencia la calidad de vida es la capacidad que tienen las personas, de reconocer que la percepción sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias (2).

- **Calidad de vida relacionada con la salud bucal**

Específicamente la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) o salud percibida, integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar del paciente e (30,31).

La calidad de vida en relación a la salud oral son las autopercepciones emocionales sociales de las alteraciones bucales que impactan sobre los Desempeños de las actividades diarias en función de la salud bucal (3)

En el caso de la odontología (32), el interés en esta área de la investigación, ha generado un número creciente de instrumentos de evaluación y escalas desarrollados para evaluar la llamada calidad de vida en relación a salud bucal (32,33). Los indicadores de calidad de vida oral surgieron desde la década de los 70 para evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas orales y complementar la información aportada por los índices clínicos, ya que estos no son sensibles a percepciones subjetivas como el dolor, la estética y función (34). Cada vez es más aceptado que la medición de calidad de vida en relación a salud oral es un componente esencial en las encuestas de salud oral, ensayos clínicos y otros estudios de evaluación de programas preventivos y terapéuticos destinados a mejorar la calidad de vida de las personas (35).

En la década de 1980, la OMS estableció la clasificación internacional de los deterioros, impedimentos y discapacidades provocados por los problemas de salud de las personas; posteriormente Locker (3) aplicó a odontología como Modelo de Salud Oral en tres niveles:

1. Estado de salud oral, incluyendo el deterioro dental

2. Impactos intermedios.- Son los primeros impactos negativos causados por las condiciones orales; dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción con la apariencia.

3. Impactos finales.- Impactos sobre las personas para desarrollar actividades diarias, para las que se requiere adecuado rendimiento físico, psicológico y social (31,35).

El método tradicional para determinar y evaluar de una forma válida el impacto de la enfermedad en la vida diaria del individuo y la sensación de bienestar es la administración de encuestas y/o cuestionarios (36).

Velarde E. (37), en su artículo menciona que Calidad de vida, se refiere al relato de las sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” influye la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.

El concepto multidimensional de Calidad de Vida resultante de la apreciación de relacionar la salud bucal y su deterioro al presentarse varias Condiciones Orales alteradas, que determinan impacto en sus actividades cotidianas rompiendo su equilibrio biopsicosocial, ha concitado el interés de muchos investigadores; Cohen L. (38), Bonito A. (39), Cushing AM. (40), para el desarrollo y formulación de indicadores sociales, sociodentales y evaluar el impacto social de las enfermedades dentales y su efecto en la Calidad de Vida, los instrumentos contienen escalas que facilitan la medición de las dimensiones del estado de salud.

Misrachi C. (41), en su artículo Utilidad de las Mediciones de la CVRS, concibe a la CV como un constructo compuesto por una serie de dominios, atribuyéndose muchas definiciones. Considera Calidad de Vida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones, expectativas personales, apoyado en dos grandes enfoques: cualitativos que recoge el relato de las personas

sobre sus experiencias, desafíos, problemas y su apreciación sobre la eficacia del apoyo que reciben de los servicios sociales y los cuantitativos se analizan a través de tres indicadores:

1. Sociales donde el individuo se relaciona con el entorno por intermedio de su salud, la familia, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc (41).

2. Psicológicos mide las reacciones subjetivas del individuo ante la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales (36).

3. Ecológicos evalúa recursos del sujeto y las demandas del ambiente (41).

Igualmente la calidad de vida se mide a través de doce dimensiones o dominios, fuertemente asociado: Comunidad • Matrimonio • Educación • Nacionalidad • Vida familiar • Vecindad • Amistad • Yo • Salud • Nivel de vida • Vivienda • Trabajo. En tanto que Gómez y Sabeh, estiman que el verdadero concepto de Calidad de Vida, se percibe en los servicios humanos centrada en las personas, que incluye la evaluación de sus necesidades, a través de programas de apoyo, dirigido a grupos específicos y vulnerables para mejorar la calidad en el desempeño y su Calidad de Vida (41).

Además la aparición del concepto de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), constituye una de las mayores innovaciones en la evaluación del campo de la salud pública (42). Velarde y Avila afirman que la mejor forma de medir CVRS, es a partir de un enfoque multidimensional (37).

Por lo que debe valorarse tanto el estado objetivo de salud, funcionalidad y de interacción del individuo con su medio y aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y su percepción (37).

Esencialmente el elemento que aporta al concepto de Calidad de Vida a las ciencias de la salud es la percepción del paciente (37).

El método actual para determinar y evaluar de forma precisa el impacto de la enfermedad en la vida diaria del individuo y la sensación de bienestar, es la administración de encuestas y/o cuestionarios (37). A través de ellos se ha puesto de manifiesto que el estado de salud de los pacientes no siempre corresponden con los datos que proporcionan las medidas biológicas, por lo tanto la evaluación de la salud no puede estar limitada a factores clínicos tradicionales ya que esta es una realidad objetiva y subjetiva, a la vez que integra aspectos médicos y psicométricos (37).

Los índices clásicos de evaluar las enfermedades no siempre son buenos predictores de la Calidad de Vida de los pacientes, por ello los métodos más utilizados para esta evaluación es a través del desarrollo de ciertos instrumentos específicos de Calidad de Vida para la salud oral (43).

Según Donovan (44). Las características que definen a un buen instrumento de medida de la CVRS, son:

1. Debe ser adecuado al problema de salud que se pretende medir (validez de contenido).
2. Válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretenden medir y no otras (validez del constructo).
3. Ser fiable y preciso, es decir, con un mínimo error de medida (fiabilidad).
4. Sensible, capaz de detectar cambios tanto entre diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo (sensibilidad al cambio).
5. Basado en datos generados por los propios pacientes.
6. Aceptable por los pacientes, profesionales sanitarios y por los investigadores (viabilidad).

Los instrumentos para medir la Calidad de Vida, se componen de unas instrucciones de administración (para el entrevistador y entrevistado), unas dimensiones de CVRS, y unos ítems que describen mediante escalas visuales

analógicas o bien de forma categórica, diferentes niveles de estas dimensiones, (para poder cuantificar, fenómenos intangibles; síntomas, discapacidad, y el relato del individuo, etc.), que complementan la información aportada por los índices clínicos (37).

En la práctica clínica el estudio de la CVRS facilita el conocimiento del estado de salud, valora el impacto de los tratamientos sobre la salud y agiliza la toma de decisiones clínicas (45).

2.1.3.3 Índice de Salud Oral Geriátrico/ Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Una salud oral favorable ha sido definida como la ausencia de dolor e infección relacionada con una dentición funcional y cómoda que permita a una persona desarrollarse en su rol social” Atchison K, y Dolan T, (1990) (46). Ante esta preocupación para que las personas puedan identificar algún problema de salud bucal, Atchison K, y Dolan T, (1990) (46), crearon el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) que consiste en un cuestionario de solo 12 preguntas para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal en adultos mayores; consta de tres dimensiones:

- 1) Función Física.- Influye en comer, hablar, deglutir.
- 2) Función Psicosocial.- Incluyendo la preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales.
- 3) Dolor e incomodidad.- Incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral” Atchison K, y Dolan T, (1990) (46).

Atchinson y Dolan (1990) (46) confeccionaron el GOHAI, que es un cuestionario de 12 ítems, originalmente desarrollado para ser aplicado en población adulta mayor, aunque recientemente también se ha usado en poblaciones de adultos jóvenes (47), con resultados igualmente consistentes

para medir “problemas funcionales orales reportados por el paciente” e “impacto psicosocial asociado con enfermedad oral” y destinado a la evaluación de la eficacia de los tratamientos dentales (32,46,47).

Aún no se encuentra claro si su uso está dirigido para la aplicación en la práctica clínica individual, o con grupos de pacientes en ensayos clínicos. Los 12 ítems fueron derivados de un pool inicial de 36 preguntas, desarrolladas de revisiones bibliográficas, consultas con especialistas en salud bucal y entrevistas cualitativas con personas que recibían atención en centros del adulto mayor en la ciudad de Los Ángeles (Estados Unidos) (47) y clínicas dentales (48).

La selección de las preguntas fue realizada por un experto y no por las opiniones de personas o pacientes, según lo detallado por los autores del instrumento (46). Es así como las respuestas para las preguntas originales fueron evaluadas en lo que respecta a su consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach. Las respuestas fueron registradas usando una escala Likert de 5 puntos (1= siempre, 2= a menudo, 3= a veces, 4= rara vez y 5= nunca) (49). La puntuación total corresponde a la suma de las puntuaciones parciales y oscila entre 12 y 60 puntos, siendo el puntaje mayor de 60 puntos un indicador de buena calidad de vida relacionada con la salud oral y así disminuyendo los valores hasta 12 puntos que muestra una muy pobre calidad de vida en relación a salud oral (50).

La validación inicial del GOHAI, estuvo basada en puntajes GOHAI y mediciones clínicas de estado bucal. Un estudio en población geriátrica institucionalizada entregó valores de correlación significativos, pero débiles entre los puntajes de GOHAI y una escala satisfacción de vida. Pese a ello, el GOHAI es considerado el mejor cuestionario para medir el estado de salud bucal subjetivo (47). Además es corto y ha obtenido suficiente validez en población anciana. Como posteriormente fue validado en grupos de personas adultas jóvenes, algunos autores recomendaron nombrarlo General Oral Health Assessment Index, sin alterar su sigla (GOHAI) (40). Para la presente validación se ha decidido tomar la escala que va de 1 a 5.

Salazar O, et al. (17) Nos recuerda que las preguntas escogidas reflejan tres dimensiones distintas que afectan a las personas:

- 1.- función física incluyendo comer, hablar y tragar (ítems del 1 al 4);
- 2.- función psicológica incluyendo preocupación o inquietud acerca la salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia sobre la salud oral y evitar el contacto con otras personas debido a problemas orales (ítems 6-7 y 9 a 11); y
- 3.- dolor/incomodidad (ítems 5,8 y 12) que incluye el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral.

El formato de respuesta es de tipo Likert, desde 1 (nunca) a 5 (siempre), excepto para los ítems 2, 4 y 6, que por estar redactados de forma positiva, su puntaje debe invertirse; esto controla el sesgo de respuesta, también conocido como wording effect. El puntaje global se calcula mediante la sumatoria de los 12 reactivos (mínimo puntaje posible 12 y máximo 60). Un mayor puntaje indica una mejor autopercepción de la CVRSB del individuo.

Existen versiones en español en países como España, Chile y México. La versión española se publicó en 1999 y la mexicana en 2010, sin embargo, la versión que se empleará en este estudio es la propuesta por Misrachi y Espinoza en 2005 por ser la población (suramericana) culturalmente más parecida a la peruana (51).

2.1.3.3 Xerostomía

Se define como la sensación subjetiva de sequedad bucal, pudiendo ir acompañada o no de una disminución en la cantidad de saliva producida. Término clínico que traduce una hiposialia o asialia, cuando las cifras son menores a 0.1-0.2 ml/min (500 cc/día) en reposo y 0.5-0.7 ml/min en saliva estimulada. No es una enfermedad sino una situación clínica a la que se llega por multitud de causas (52,53). La cual provoca sequedad bucal, dificultad al tragar, ardor lingual, alteraciones del gusto, etc. Su etiología está relacionada con componentes emocionales, estrés, alteraciones para funcionales, hormonales, uso prolongado de fármacos como son los diuréticos,

antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos, anticolinérgicos entre otros (54,55).

Las glándulas salivales elaboran la saliva, la cual es una secreción mixta de todas ellas, y que puede ser de 1000 a 1500 ml en 24 horas. Es un líquido viscoso que contiene agua, mucina, proteínas, sales y las enzimas: ptialina y maltasa, que son las encargadas de iniciar la digestión de los alimentos (56).

Tal y como cita Bascones et al. (57), la Federación Dental Internacional define a la xerostomía como “la enfermedad del hombre moderno” debido a su carácter casi epidémico, siendo de esta manera un problema con gran significación a la que se enfrentan pacientes y profesionales de la salud teniendo múltiples consecuencias para la salud bucal y la calidad de vida (58).

La saliva es esencial para la preservación de una correcta salud oro-faríngea, para proteger los tejidos de la cavidad oral y para mantener la capacidad funcional en el lenguaje, la masticación, la deglución y la percepción del gusto. La saliva también protege el pH intraoral, contiene un amplio espectro de factores antimicrobianos, remineraliza lubrica las superficies orales y mantiene los poros gustativos limpios. La disminución de la secreción salival provoca la sequedad bucal o xerostomía 1-3, que aunque en sí misma no es una enfermedad, puede alterar la calidad de vida de las personas y muy especialmente en las más ancianas (59).

La saliva se produce en distintas glándulas salivales: parótida, submaxilar y sublingual, además en las glándulas salivales menores repartidas por los labios, la mucosa palatina y la lengua. En las personas mayores se produce en primer lugar una disminución de la saliva en reposo o basal, proveniente de las glándulas submaxilares, y posteriormente aparece una disminución de la producción de la saliva durante la masticación o la estimulación, aunque existe una aceptable capacidad de respuesta o reserva salival de las parótidas (59).

2.1.3.4 Inventario de Xerostomía/ Xerostomía Inventory (XI)

El Inventario de Xerostomía apunta a la cuantificación de la condición oral denominada xerostomía, la cual se define como la sensación subjetiva de boca

seca (60-62) y puede, por lo tanto, ser sólo evaluada directamente con cuestionarios individuales (62,63). El concepto de Xerostomía debe ser diferenciado de Hiposialia que es definido como: la disminución objetiva de saliva, por ende existe un flujo salival disminuido que puede ser estimulado como no estimulado (63).

A pesar de la diferencia ya descrita existente entre estos dos términos; en la literatura se utilizan con mucha frecuencia sin distinción alguna, tal cual se concluye en la revisión sistemática que Orellana confecciono el año 2006 (64). En el mismo estudio además se encontró que la sensación de boca seca (Xerostomía) puede ocurrir tanto en presencia de flujo salival anormal como también normal. Sin embargo la hiposialia se puede considerar el factor etiológico más importante o común de generar sensación de boca seca (64).

Existen diversas causas para la xerostomía o sensación de boca seca; las cuales pueden ser temporales o crónicas. De éstas, la hiposialia temporal afecta sólo a la secreción salival y los pacientes pueden mantener su capacidad de reaccionar a la estimulación olfatoria y gustativa. En los casos de presencia de hiposialia crónica, la saliva estimulada y no estimulada están reducidas, y lo más importante, las enfermedades de la mucosa oral son más prevalentes, lo que contribuye a una reducida respuesta ante los tratamientos para estas lesiones (65).

Causas de Xerostomía (66).

Enfermedades de las glándulas salivales	Otras causas patológicas	Iatrogénica	Hábitos
Síndrome de Sjögren	Hemocromatosis	Por medicamentos:	Alcoholismo
Amiloidosis	Enfermedad de Wegener	Antidepresivos tricíclicos	tabaquismo
Sarcoidosis	Infección por VIH	Antiespasmódicos	Mal aseo bucal
Enfermedad granulomatosa	Depresión severa	Neurolépticos	
Hepatitis C		Inhibidores de la MAO	
Cirrosis biliar		Antiparkinsonianos	
Fibrosis quística		Litio	
Diabetes Mellitus		Agonistas adrenérgicos centrales.	
Agenesia glandular		Diuréticos	
Parotiditis (viral o bacteriana)		Descongestionantes nasales	
		Antihistamínicos	
		Broncodilatadores	
		Por radiación en cabeza y cuello	
		Quimioterapia	
		Cirugía de glándula salival	

Numerosos enfoques han sido usados para la medición del síntoma de la xerostomía (67). Partiendo a fines de los años 80 con los estudios de Fox, quien diseñó un cuestionario inicial de 4 preguntas sumadas a una pregunta base, todas las cuales se contestaban de manera dicotómica (63).

En el año 1999 Thomson (68), desarrolló y testeó el Xerostomía Inventory (XI) o Inventario de Xerostomía (tabla 6), instrumento que consta de 11 ítems con respuestas graduadas desde el 1 al 5, cuya sumatoria representa la severidad de xerostomía crónica, caracterizándola subyacentemente. La puntuación total oscila entre 11 y 55 puntos, de acuerdo a la suma de cada uno de los ítems, siendo los valores altos representativos de severos síntomas de xerostomía (68).

En teoría, un enfoque de escala de calificaciones sumadas, como es el caso del Inventario de Xerostomía, provee un puntaje continuo que permite discriminar con mayor precisión entre individuos en lo que respecta a la severidad de sus síntomas. A diferencia de lo que ocurre con el enfoque de un único ítem: xerostomía v/s normalidad, que entregaría potencialmente siempre una baja puntuación para definir la sensación de boca seca (69), situación que impide percibir los estadios intermedios de severidad de la sintomatología.

El XI, a nuestro juicio, recaba de mejor manera la experiencia en general de Xerostomía, pues se enfoca no solo en síntomas a nivel bucal, sino también considera síntomas en otras zonas como ojos, fosas nasales y piel, entregando un reporte más completo de la sintomatología del paciente. El XI además de discriminar entre la severidad de los síntomas en distintos individuos (escala ascendente de severidad) podría disminuir los casos no clasificados o sub diagnosticados. Esto permite realizar análisis más finos en estudios epidemiológicos analíticos, como asociar xerostomía con predictores putativos de exposición a medicamentos (68) u otras variables.

Es pertinente recordar que en esta escala mientras las respuestas indican una mayor frecuencia de ocurrencia en el tiempo de las interrogantes presentadas a los voluntarios, el puntaje asignado es mayor. Por ende se asociaría a una sensación de boca seca aumentada (17).

. La interpretación de cada promedio se basa en el ordenamiento de la escala de puntajes de la siguiente manera.

Para el GOHAI

12-27: Mala calidad de vida

28-43: Regular calidad de vida

44-60: Buena calidad de vida

Para el XI

11-26: Xerostomía leve

27-42: Xerostomía moderada

43-55: Xerostomía marcada

2.1.4 Marco conceptual

- **Adulto mayor:** persona que ha cumplido 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. (23).
- **Envejecimiento:** es “un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas” (26).
- **Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB):** autopercepciones emocionales sociales de las alteraciones bucales que impactan sobre los Desempeños de las actividades diarias en función de la salud bucal (3)
- **Índice GOHAI:** Índice de Salud Oral Geriátrico) (46).

- **Xerostomía:** Sensación subjetiva de sequedad bucal, pudiendo ir acompañada o no de una disminución en la cantidad de saliva producida. Término clínico que traduce una hiposialia o asialia, no es una enfermedad sino una situación clínica a la que se llega por multitud de causas (52,53).
- **XI:** Inventario de Xerostomía registra la cuantificación de la condición oral de xerostomía, que es la sensación subjetiva de boca seca (68).

2.2 Hipótesis

Ho: No existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI) es directa en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019

Ha: Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI) es directa en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019

2.3. Variables

2.3.1 Tipos de variables

Variable 1:

Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB).

Variable cualitativa ordinal son las autopercepciones emocionales sociales de las alteraciones bucales que impactan sobre los Desempeños de las actividades diarias en función de la salud bucal (3)

- Se utilizará el índice GOHAI (Índice de Salud Oral Geriátrico) (46) para medir esta variable.

Dimensiones

D1: Función física:

- Indicadores:
 - Comer
 - Hablar
 - deglutir

D2: Función psicosocial

- Indicadores:
 - preocupación por su salud oral
 - insatisfacción con la apariencia
 - autoconciencia acerca de la salud oral

D3: Función incomodidad

- Indicadores:
 - evita contacto con otras personas
 - nerviosismo
 - sensibilidad dentaria

Variable 2:

Xerostomía

Sensación subjetiva de sequedad bucal, pudiendo ir acompañada o no de una disminución en la cantidad de saliva producida. Término clínico que traduce una hiposialia o asialia, no es una enfermedad sino una situación clínica a la que se llega por multitud de causas (52).

- Se utilizó el Inventario de Xerostomía que apunta a la cuantificación de la condición oral de xerostomía, que es la sensación subjetiva de boca seca (62)

Indicadores

- Sensación de boca seca
- Dificultad de comer alimentos secos

- Beber agua de noche
- Sensación de boca seca al masticar alimentos
- Necesidad de beber líquidos para tragar alimentos
- Dificultad para tragar algunos alimentos
- Sensación de sequedad de la piel de la cara
- Usar dulces para aliviar la sensación de boca seca
- Sensación de ojos secos
- Sensación de labios secos
- Sensación de nariz seca

Covariable:

Sexo:

Características físicas que diferencian al individuo genéticamente y hormonalmente

Indicadores

- DNI (documento nacional de identidad); diferencia Masculino de Femenino

Operacionalización de las variables

VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE 1: Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB)	Autopercepciones emocionales sociales de las alteraciones bucales que impactan sobre los Desempeños de las actividades diarias en función de la salud bucal (3)	<p>Autopercepción de dificultad para comer, hablar y tragar alimentos.</p> <p>Siente preocupación, inquietud o insatisfacción con su salud oral, su apariencia, y evita el contacto con otras personas debido a problemas orales</p> <p>Sensación de dolor e incomodidad , que incluso requiere uso de medicamentos</p>	<p>D1: Función física:</p> <p>D2: Función psicosocial</p> <p>D3: Función incomodidad</p>	<p>- Comer - Hablar - Deglutir (ítems del 1 al 4)</p> <p>- Preocupación por su salud oral - Insatisfacción con la apariencia -Auto conciencia acerca de la salud oral (ítems 6,7 y 9 a 11)</p> <p>- Evita contacto con otras personas -Nerviosismo - Sensibilidad dentaria (ítems 5,8 y 12)</p>	<p>Escala Ordinal</p> <p>ESCALA DE VALORACIÓN: 12-27: Mala calidad de vida 28-43: Regular calidad de vida 44-60: Buena calidad de vida</p>

VARIABLE 2: Xerostomía	Término clínico que traduce una hiposialia o asialia, no es una enfermedad sino una situación clínica a la que se llega por multitud de causas (52).	Sensación subjetiva de sequedad bucal, pudiendo ir acompañada o no de una disminución en la cantidad de saliva producida.		<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de boca seca • Dificultad de comer alimentos secos • Beber agua de noche • Sensación de boca seca al masticar alimentos • Necesidad de beber líquidos para tragar alimentos • Dificultad para tragar algunos alimentos • Sensación de sequedad de la piel de la cara • Usar dulces para aliviar la sensación de boca seca • Sensación de ojos secos • Sensación de labios secos • Sensación de nariz seca 	Escala Ordinal ESCALA DE VALORACIÓN 11-26: Xerostomía leve 27-42: Xerostomía moderada 43-55: Xerostomía marcada
COVARIABLE SEXO	Características físicas y biológicas que diferencian al individuo genéticamente y hormonalmente	Identificación del rubro sexo en la ficha de matrícula y/ DNI		DNI	Nominal: - Femenino - Masculino

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

El método general utilizado fue el método científico, pues tiene como finalidad observar, clasificar, catalogar o caracterizar el objeto de estudio, según Hernández (2010) (70).

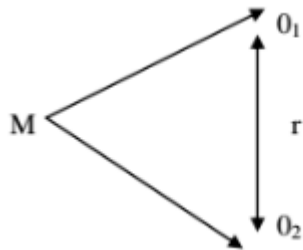
3.2 Tipo y nivel de investigación

Por su tipo de estudio corresponde a una investigación de tipo básica porque persigue el interés de conocer la relación entre las variables propuestas, que se producen dentro de una realidad problemática (71). También de acuerdo a Hernández (2010) (70), el presente trabajo de investigación pertenece a un tipo de investigación no experimental y de nivel Correlacional, porque busca determinar el grado o intensidad de la relación que existe entre dos o más variables seleccionadas.

3.3 Diseño de la investigación

Este diseño de investigación es Correlacional. Este diseño de acuerdo a Sánchez (2006) (71) comprende en determinar la relación entre dos o más

variables otorgada por la preferencia de la muestra. El siguiente esquema, representa el diseño correlacional:



Dónde:

M: tamaño de la muestra de estudio

O1: Variable calidad de vida en relación a la salud oral

O2: Variable xerostomía

r: Relación que existe entre dichas variables

3.4 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes adultos mayores que se encontraron registrados en la Estrategia de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud Churcampa, que asistieron en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, haciendo un total de 139 entre varones y mujeres (Fuente C.S. Churcampa, Estrategia de Atención Integral del adulto mayor).

3.5 Muestra

El muestreo fue probabilístico aleatorio, a partir del listado completo de pacientes adultos mayores atendidos en la Estrategia de Atención Integral del Adulto Mayor durante el año 2019, proporcionado por la oficina de estadística del Centro de Salud de Churcampa.

MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO
Para poblaciones finitas

**TAMAÑO DE LA MUESTRA PACIENTES ADULTOS
MAYORES C.S. CHURCAMP**

Cuando: Z= 1,96
N= **139**
P= 0,5
Q= 0,5
E= 0,05

$$n_0 = \frac{Z^2 N.P.Q}{Z^2 P.Q. + (N-1)E^2} = \boxed{102}$$

POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO ADULTOS MAYORES CHURCAMP				
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Nº USUARIOS DE LA POBLACION	PORCENTAJE	Nº USUARIOS DE LA MUESTRA	PORCENTAJE
Total	139	#¡REF!	102	100,00

Fuente: CENTRO DE SALUD CHURCAMP - ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO
MAYOR, 2019

Después de aplicada la fórmula para poblaciones finitas, se obtuvo que la muestra estuvo compuesta por 102 pacientes adultos mayores.

Criterios de inclusión

En el presente estudio se tomaron los siguientes criterios de inclusión:

- Adulto mayor de ambos sexos, que acuda por alguna atención al C.S. de Churcampa, en los meses de octubre o noviembre, solo o acompañado a algún familiar.
- Adulto mayor que no presente trastornos mentales diagnosticados que imposibiliten su participación en el estudio
- Adulto mayor que acepte voluntariamente formar parte del estudio, que firme y que coloque su huella digital en el consentimiento informado

- Adulto mayor dentado o edéntulo parcial

Criterios de exclusión

Los adultos mayores excluidos en el presente estudio son:

- Adulto mayor con alguna discapacidad física que le imposibilite leer o escuchar el cuestionario de autopercepción (GOHAI) y (XI)
- Adulto mayor que presente alguna discapacidad física que le impida abrir la boca para el examen clínico intraoral
- Adulto mayor que haya perdido piezas dentarias por traumatismos, por tratamiento ortodóntico, por motivos diferentes a la caries dental y la enfermedad periodontal.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Técnica

La técnica que se utilizó fue la encuesta. La técnica es el procedimiento sistematizado y operativo que sirve para la solución de problemas prácticos y son seleccionadas de acuerdo a lo que se investiga, al porqué, al para qué y al cómo, para el presente trabajo de acuerdo a Hernandez (2010) (70), corresponde la técnica de la encuesta.

- Instrumento

Ambos instrumentos que se emplearon en la presente investigación han sido validados en varias investigaciones que han sido consideradas en la sección de antecedentes. Se encuentran en los anexos y son:

El primer Instrumento es el cuestionario denominado Índice de Salud Oral Geriátrico GOHAI (siglas del nombre original en inglés Geriatric Oral Health

Assessment Index) (46), que es un cuestionario de autopercepción para la variable calidad la salud bucal.

Y el segundo instrumento es el cuestionario de autopercepción denominado Inventario de Xerostomía (XI), por su nombre original en inglés Inventory Xerostomi) que indica la cuantificación de la condición oral de xerostomía, que es la sensación subjetiva de boca seca (69).

3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación (datos para la investigación).

Inicialmente se realizó el registro de los datos en una hoja Excel.

Análisis descriptivo: Luego de procesar y presentar los datos en tablas de doble entrada con sus respectivas figuras, se hizo el análisis e interpretación de los datos para arribar a las conclusiones más importantes del estudio de investigación.

Análisis correlacional: Se procedió a realizar el análisis de las variables Calidad de vida en relación a la salud bucal y xerostomía con la prueba de correlación de Rho de Spearman, por ser variables cualitativas ordinales. Y la prueba de hipótesis se realizó con la T de Student.

Respecto a los paquetes estadísticos a utilizar serán el SPSS 20.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Para la construcción y posterior lectura de las tablas y figuras correspondientes se utilizaron los datos obtenidos del instrumento sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación siguiendo los objetivos que se aprecian a continuación:

4.1. Resultados descriptivos

4.1.1. Resultados de los Datos Generales

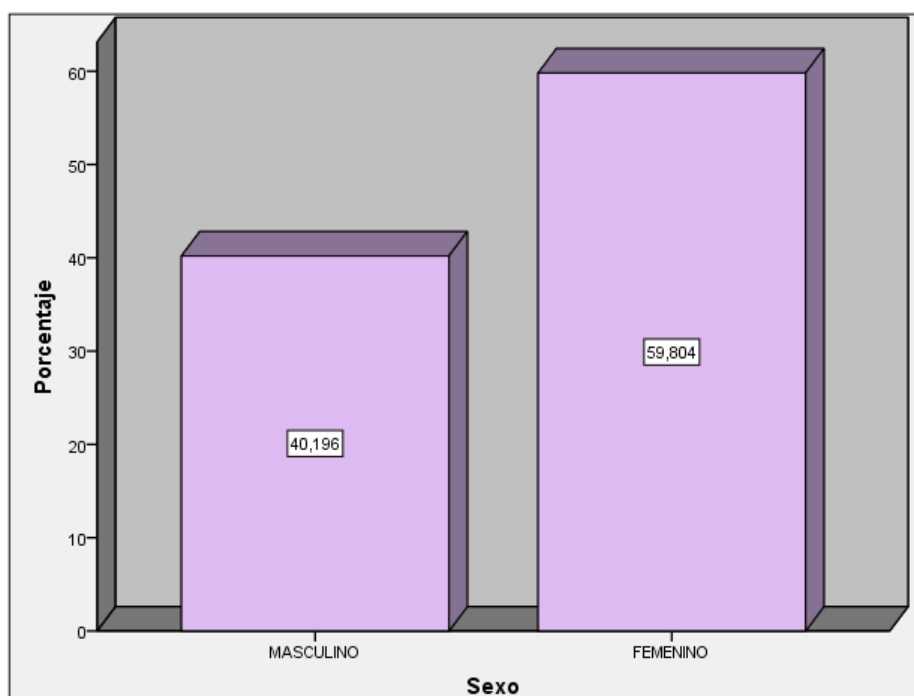
A continuación, se aprecia la distribución de frecuencias de las variables: de los datos generales.

Tabla 1. Sexo de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
	MASCULINO	41	40,2
Válidos	FEMENINO	61	59,8
	Total	102	100,0

Fuente: Ficha de recopilación de información

Figura 1. Sexo de los pacientes



Fuente: Datos de la Tabla 1

Interpretación:

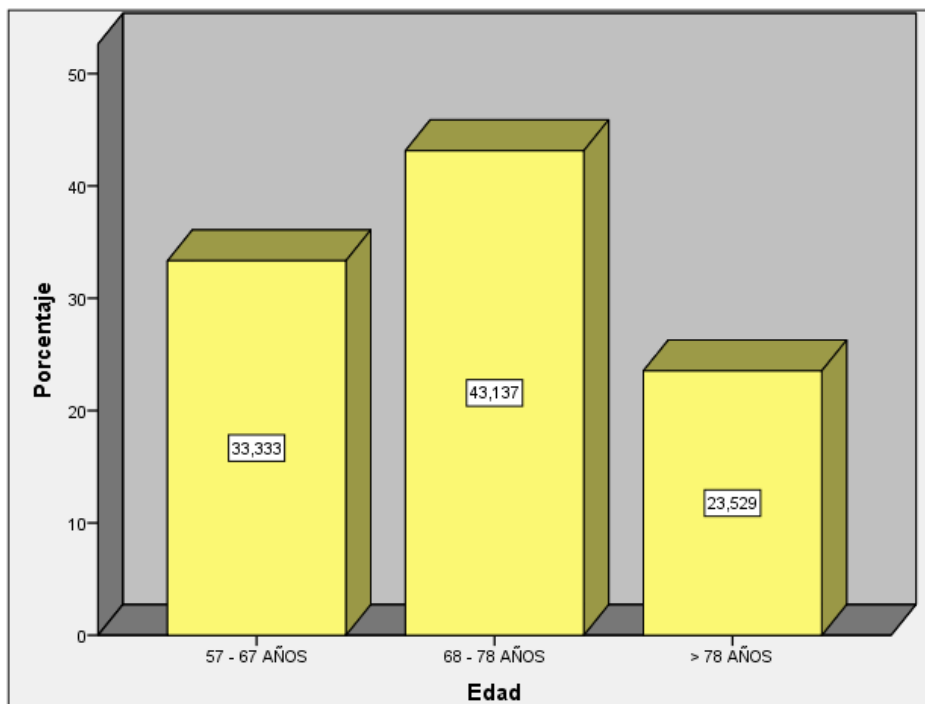
En la tabla y gráfico, se puede observar que de los 102 pacientes encuestados, la mayoría pertenece al sexo femenino, en cuanto a los puntajes representa el 59,80% de la muestra, equivalente a 61 datos, mientras que pertenecen al sexo masculino el 40,12% con 41 datos.

Tabla 2. Edad de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
57 - 67 AÑOS	34	33,3
68 - 78 AÑOS	44	43,1
> 78 AÑOS	24	23,5
Total	102	100,0

Fuente: Ficha de recopilación de información

Figura 2. Edad de los pacientes



Fuente: Datos de la Tabla 2

Interpretación:

En la tabla y gráfico, se puede observar que de los 102 pacientes la mayoría tienen entre 68 y 78 años, en cuanto a los puntajes representa el 43,13% de la muestra, equivalente a 44 datos, mientras que tienen entre 57 y 67 años el 33,33% con 34 datos.

4.1.2. Resultados de las variables

4.1.2.1 Resultados de la variable Calidad de vida relacionada a la salud bucal.

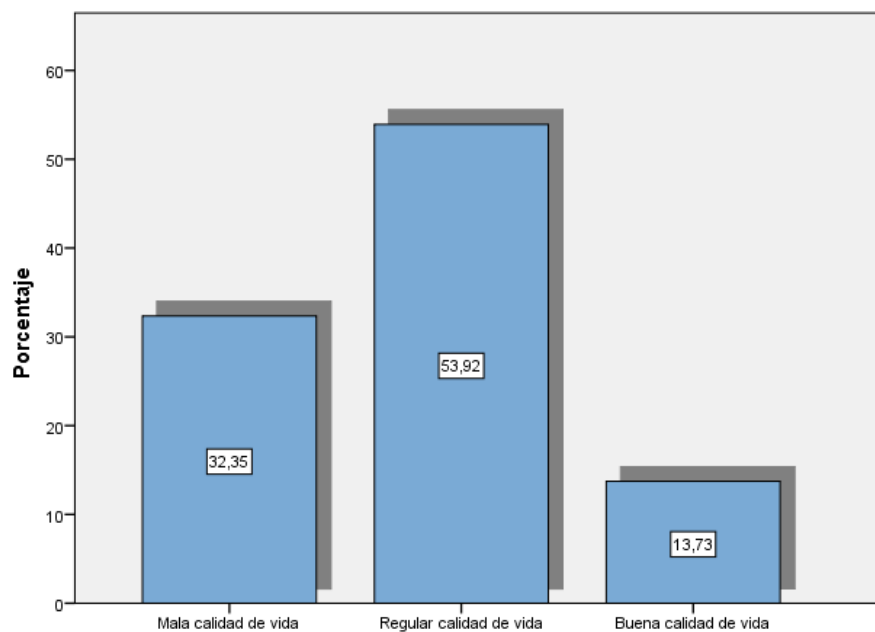
Tabla 3. Calidad de vida relacionada a la salud bucal

	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de vida	33	32,4
Regular calidad de vida	55	53,9
Buena calidad de vida	14	13,7
Total	102	100,0

Válidos

Fuente: Ficha de recopilación de información

Figura 3. Calidad de vida relacionada a la salud bucal



Fuente: Datos de la Tabla 3

Interpretación:

En la tabla y figura, se observa que de los 102 pacientes la alternativa "regular calidad de vida" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes, representa el 53,9% de la muestra, equivalente a 55 datos, mientras que "mala calidad de vida" representa el 32,3% con 33 datos.

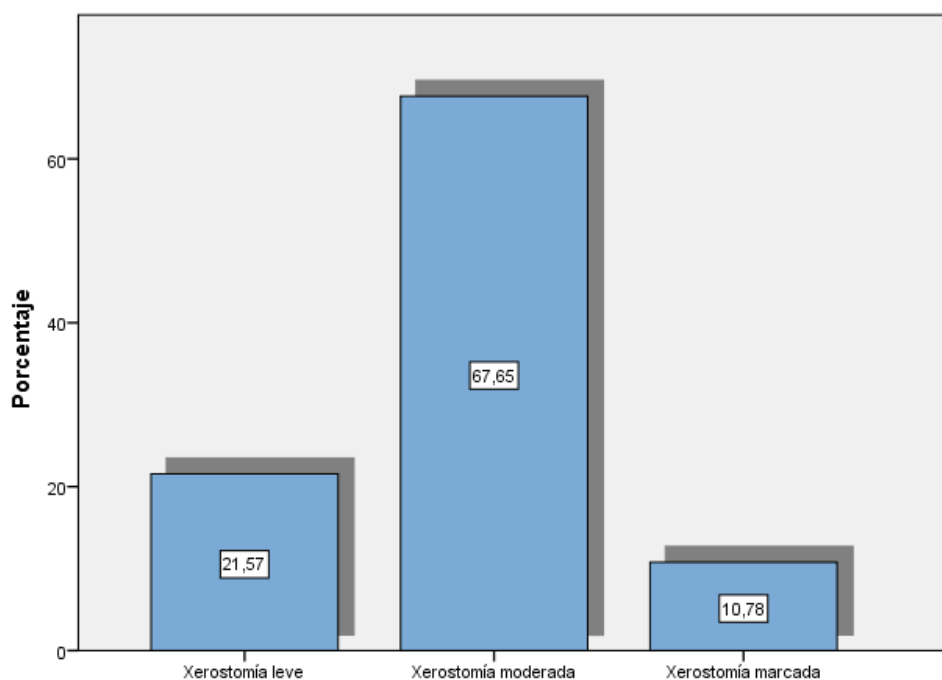
4.1.2.2 Resultados de la variable Xerostomía.

Tabla 4. Xerostomía

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Xerostomía leve	22	21,6
Xerostomía moderada	69	67,6
Xerostomía marcada	11	10,8
Total	102	100,0

Fuente: Ficha de recopilación de información

Figura 4. Xerostomía



Fuente: Datos de la Tabla 4

Interpretación:

En la tabla y figura, se observa que de los 102 pacientes la alternativa "xerostomía moderada" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes, representa el 67.65% equivalente a 69 datos y "xerostomía leve" representa el 21.57% con 22 datos.

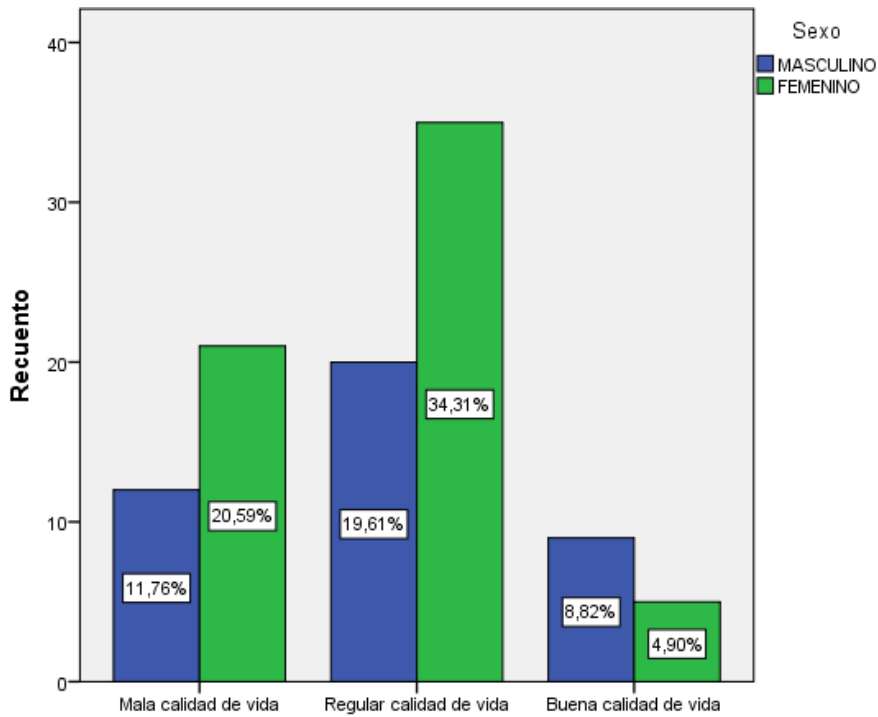
4.1.2.3 Resultados de la calidad de vida relacionada a la salud bucal según el sexo.

Tabla 5. Calidad de vida relacionada a la salud bucal, según sexo

			Sexo		Total
			MASCULINO	FEMENINO	
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL	Mala calidad de vida	Recuento	12	21	33
		% del total	11,8%	20,6%	32,4%
	Regular calidad de vida	Recuento	20	35	55
		% del total	19,6%	34,3%	53,9%
	Buena calidad de vida	Recuento	9	5	14
		% del total	8,8%	4,9%	13,7%
Total	Recuento	41	61	102	
	% del total	40,2%	59,8%	100,0%	

Fuente: Ficha de recopilación de información

Figura 5. Calidad de vida relacionada a la salud bucal, según sexo



Fuente: Datos de la Tabla 5

Interpretación:

En la tabla y gráfico, de los 102 pacientes, la calidad de vida relacionada a la salud bucal en cuanto al sexo, el femenino tiene el más alto porcentaje en “regular calidad de vida” con un 34,3% y “mala calidad de vida” como un 20,6%. Y en el sexo masculino “regular calidad de vida” obtuvo el 19,6% seguido de “mala calidad de vida” con un 11,8%.

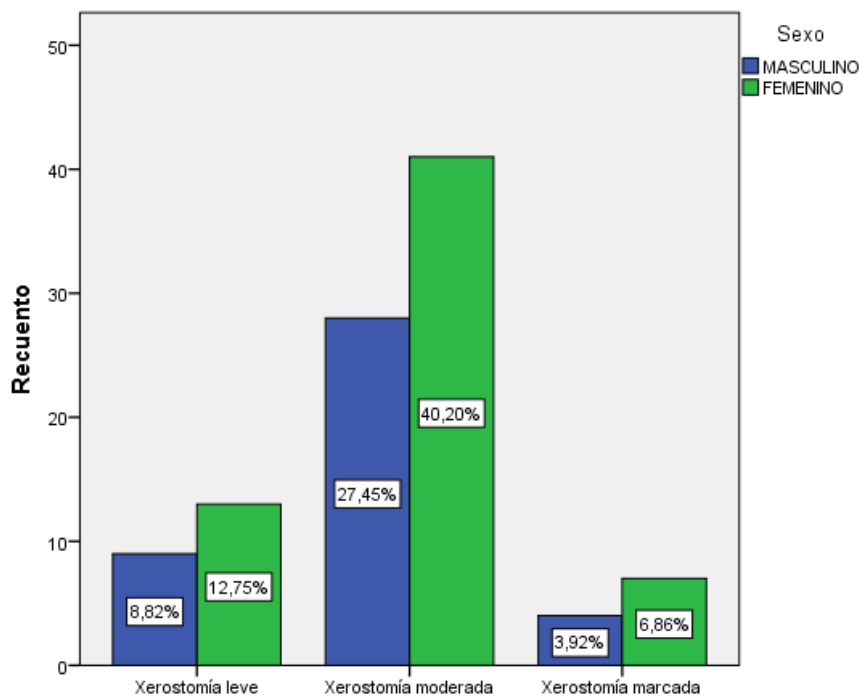
4.1.2.3 Resultados de xerostomía según el sexo.

Tabla 6. Xerostomía, según sexo

			Sexo		Total
			MASCULINO	FEMENINO	
INVENTARIO DE XEROSTOMÍA	Xerostomía leve	Recuento	9	13	22
		% del total	8,8%	12,7%	21,6%
	Xerostomía moderada	Recuento	28	41	69
		% del total	27,5%	40,2%	67,6%
	Xerostomía marcada	Recuento	4	7	11
		% del total	3,9%	6,9%	10,8%
Total	Recuento	41	61	102	
	% del total	40,2%	59,8%	100,0%	

Fuente: Ficha de recopilación de información

Figura 6. Xerostomía, según sexo



Fuente: Datos de la tabla 6

Interpretación:

En la tabla y gráfico, de los 102 pacientes, la xerostomía según el sexo, el femenino tiene el más alto porcentaje de “xerostomía moderada” con un 40,3% y “xerostomía leve” con un 12,7%. Y en el sexo masculino “xerostomía moderada” con un 27,5% y “xerostomía leve” con un 8,8%.

4.2. Resultado comparativo y contrastación de hipótesis del objetivo general

4.2.1 Análisis de relación entre los puntajes de las variables

En esta sección se presenta el análisis de la relación entre los puntajes de las variables. Puesto que ambas poseen una medición en escala ordinal y, además, no poseen una distribución normal, se hizo uso del coeficiente de correlación Rho de Spearman, cuyo cálculo se realizó haciendo uso del SPSS Versión 20.

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL	INVENTARIO DE XEROSTOMÍA	
Rho de Spearman	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL	Coeficiente de correlación	1,000	-,697
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	102	102
	INVENTARIO DE XEROSTOMÍA	Coeficiente de correlación	-,697	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	102	102

La Rho de Spearman hallada es de -0.697, al comparar el valor del coeficiente con la tabla de valores publicada por Suarez (2012), se puede

concluir que existe una correlación indirecta o negativa moderada entre las variables.

Tabla 3. Escala de intervalos del coeficiente de Rho de Spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Suárez (2012)

Prueba de la hipótesis general

El proceso que permite realizar el contraste de hipótesis requiere ciertos procedimientos. Se ha optado por seguir los siguientes pasos para el contraste de la hipótesis general:

1. Formular la hipótesis nula y alterna de acuerdo al problema.
2. Escoger un nivel de significancia o riesgo α .
3. Escoger el estadígrafo de prueba más apropiado.
4. Establecer el valor o región crítica y la regla de decisión.
5. Calcular los valores de la prueba estadística de una muestra aleatoria de tamaño "n".

6. Rechazar la H_0 si el estadígrafo tiene un valor en la región crítica y no rechazar (aceptar) en el otro caso.

a) Planteamiento de Hipótesis:

Hipótesis Nula:

$$H_0 : p(Rho_{xy}) \geq 0,05$$

H_0 : No Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI) es directa en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.

Hipótesis Alterna:

$$H_1 : p(Rho_{xy}) < 0.05, \text{ esto es: } Rho_{xy} < 0 < Rho_{xy}$$

H_1 : Existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI) es directa en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.

b) Nivel de significancia

$$\alpha = 0,05$$

c) Estadístico de prueba

Rho de Spearman, debido a que las variables pertenecen a la escala ordinal y no sus puntajes no poseen una distribución normal.

$$t = \frac{r_s \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r_s^2}}$$

Grados de libertad

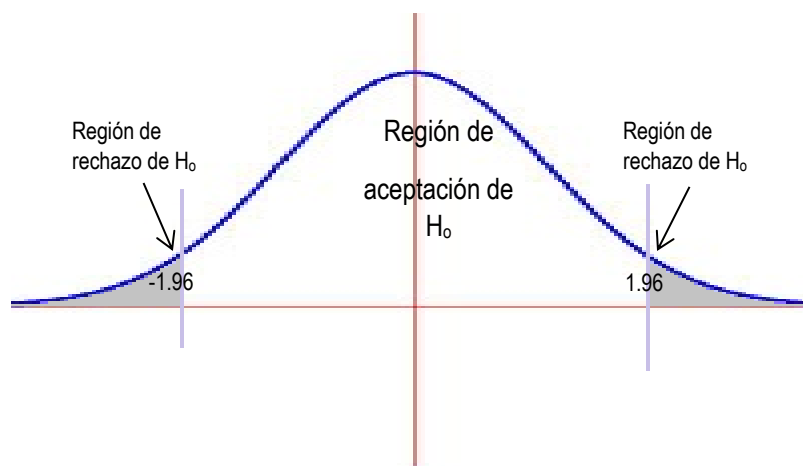
$$gl = 102-2 = 100$$

$$gl = 100$$

d) Región de aceptación y rechazo

$$t(\alpha; gl) = t(05; 100) = 1,96$$

Figura 3. Estimación de la región de rechazo



Aceptar H_0 si: $-1,96 < t_c < 1,96$

Rechazar H_0 si: $-1,96 \geq t_c \geq 1,96$

e) Prueba de hipótesis

Reemplazando se tiene

$$t = \frac{0,697 \cdot \sqrt{100-2}}{97}$$

$$t = 9,72$$

f) Decisión Estadística.

Puesto que t calculada es mayor que t teórica ($9.72 > 1,96$), en tal sentido se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1).

Conclusión Estadística

Se concluye que “si existe relación negativa o inversa moderada y significativa entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal y el grado de xerostomía en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Después del análisis de los resultados de las pruebas estadísticas realizadas y de la interpretación de estos mismos, se presenta la siguiente discusión:

En primer lugar se debe comprender específicamente que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) o salud percibida, integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar del paciente e (30,31). La calidad de vida en relación a la salud oral son las autopercepciones emocionales sociales de las alteraciones bucales que impactan sobre los Desempeños de las actividades diarias en función de la salud bucal (3).

Y que Xerostomía se define como la sensación subjetiva de sequedad bucal, pudiendo ir acompañada o no de una disminución en la cantidad de saliva producida. Término clínico que traduce una hiposialia o asialia, cuando las cifras son menores a 0.1-0.2 ml/min (500 cc/día) en reposo y 0.5-0.7 ml/min en saliva estimulada. No es una enfermedad sino una situación clínica a la que se llega por multitud de causas (52,53). La cual provoca sequedad bucal, dificultad al tragar, ardor lingual, alteraciones del gusto, etc. Su etiología está relacionada con componentes emocionales, estrés, alteraciones para funcionales, hormonales, uso prolongado de fármacos como son los diuréticos,

antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos, anticolinérgicos entre otros (54,55).

Una vez entendida la conceptualización de las dos variables se pasa a realizar la discusión de cada uno de los objetivos.

A continuación se presenta, lo concerniente al objetivo general que fue determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019. Se encontró que existe relación inversa moderada, estadísticamente significativa entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019. Con un Rho de Spearman de $-0,697$. Y una t teórica de $9,72 > 1,96$.

Estos resultados podemos contrastarlos con los de Otañe M, et al. (2015) (15), quienes se plantearon el objetivo de determinar el efecto del estado de salud oral sobre la calidad de vida en adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar de ancianos San José obrero, comuna de Hualpén, 2015. En 41 pacientes utilizando el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) y un examen clínico oral que evaluó el estado dentario a fin de obtener el Índice de dientes cariados, obturados y perdidos (COPD). Al relacionar estos índices se produce una correlación lineal negativa ($-0,579$) que conlleva a concluir que a mayor Índice COPD va a decrecer la autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en estos pacientes (15).

A continuación se presenta la discusión de los resultados de los objetivos específicos, así tenemos el primer objetivo específico que fue identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019. Respecto a este objetivo se identificó

que el 59,8% fueron de sexo femenino, el 40,2% de sexo masculino, y el 43,1% tuvieron la edad entre 68 y 78 años.

Estos valores en cuanto a la cantidad de pacientes respecto a sexo y edad tienen similitud con autores como, Champonois P. (11) en el año 2018, quien trabajó con una muestra de 265 pacientes, de los cuales el porcentaje mayor fueron de sexo femenino (66,9%), y en cuanto a la edad también su edad promedio fue de 74,05 años. Del mismo modo Pérez M. Bravo B. (12), en su investigación denominada: Xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao 2017, quienes en una muestra de 59 pacientes tuvieron 93,2% de sexo femenino y la edad más afectada comprendió de 70 a 79 años.

También tenemos a Gómez I. et al. (2015) (14), realizaron una investigación con el objetivo de caracterizar la xerostomía en adultos mayores del reparto Camilo Cienfuegos en Enero - Marzo del 2015. Quienes del total de 147 pacientes con xerostomía el 66,6% fueron de sexo femenino.

Y finalmente a Sáenz G. et al. (21) en el año 2016, realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de determinar la relación entre xerostomía y la diabetes mellitus en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Loreto los meses de julio y agosto del 2016, del total de su muestra que fue de 175 pacientes, 129 (73,7%) fueron mujeres y 46 (26,3%) fueron hombres

El segundo objetivo específico fue identificar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019. Y se encontró que la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, fue percibida como "regular" en un 53,9%, "mala" en un 32,4% y solo el 13,7% percibió como "buena". En adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.

Estos resultados difiere en cuanto a porcentajes a los encontrados por Martínez F. et al. (2017) (13), quienes se plantearon el objetivo de evaluar el estado de salud bucodental y calidad de vida en adultos mayores de los hogares de ancianos de Nicaragua en el período de agosto a diciembre del 2016 y

llegaron a la conclusión que el Índice de Evaluación de Salud Oral en Geriatría (GOHAI), tuvo un resultado global de 83.5% con un bajo nivel de salud oral.

Díaz S. et al. (16) hicieron una investigación con el objetivo de asociar salud bucal y calidad de vida en adultos mayores atendidos en la Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena y al realizar la prueba χ^2 , se encontró significación estadística entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida

Kurt D. (2017) (19), Quien se planteó el objetivo de determinar la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor del distrito de San Isidro, durante el 2017, encontró que la calidad de vida fue mala en el 9.8% de adultos, buena en el 23.4%, y excelente en el 66.8%

Gallardo A, et al. (2013) (22), se trazaron el objetivo de determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú, en cuanto a sus resultados, la mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). Llegó a la conclusión, que mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral

En cuanto al tercer objetivo específico que fue identificar la autopercepción del grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampá, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019. Se halló que la autopercepción del grado de xerostomía medido a través del inventario (XI) fue considerada “xerostomía moderada” en un 67,6%, “xerostomía leve” en un 21,6% y “xerostomía marcada” solo un 10,8%, en los adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampá, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.

En este parte podemos mencionar nuevamente a Champonois P. (11) en el año 2018 quien en su trabajo de investigación realizado, utilizando una encuesta auto administrada y anónima, que comprende diferentes aspectos sobre percepción de sequedad bucal, encontró que la prevalencia de xerostomía en su población estudiada alcanzó el 24,81%, pero sin hacer la diferenciación entre

los grados de xerostomía, También Gómez I. et al. (2015) (14), realizaron una investigación con el objetivo de caracterizar la xerostomía en adultos mayores del reparto Camilo Cienfuegos en Enero - Marzo del 2015, quienes en sus resultados de los 350 pacientes examinados, presentaron xerostomía 147, siendo un 42% del total.

Mederiros G. et al. (18) en el año 2009 realizaron la investigación Hiposalivación y xerostomía: prevalencia y factores asociados en ancianos con enfermedades cardiovasculares. Llegaron a las conclusiones que la prevalencia de xerostomía fue alta con un 21,9%.

Respecto al cuarto objetivo específico: identificar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, según sexo. Se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud bucal fue percibida en el sexo femenino como “regular” en un 34,3% y “mala” en el 20,6%, y en el sexo masculino fue percibido como “regular” en un 19,6% y “mala” en el 11,8%, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, según sexo.

Nuevamente se considera Kurt D. (2017) (19), Quien se planteó el objetivo de determinar la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor del distrito de San Isidro, durante el 2017. Quien en sus resultados, encontró que las mujeres (71%) tuvieron mejor calidad de vida que los hombres (58%).

Y finalmente respecto al quinto objetivo específico que fue identificar la autopercepción del grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, según sexo. Se halló que el grado de xerostomía fue percibido en el sexo femenino como “moderada” en un 40,2% y “leve” en el 12,7%, y en el sexo masculino fue

percibido como “moderada” en un 27,5% y “leve” en el 8,8%, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, según sexo. Es decir predominó el sexo femenino en cuanto a percibir mayor xerostomía.

Volvemos a mencionar a Pérez M. Bravo B. (12), en su investigación denominada: Xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao 2017, quienes llegaron a la conclusión que predominó el sexo femenino con xerostomía

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1. Se determinó que existe relación inversa moderada, estadísticamente significativa entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal y la xerostomía, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa. Con un Rho de Spearman de -0,697. Y una t teórica de $9.72 > 1,96$.

2. El 59,8% de los adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa fueron de sexo femenino, el 40,2% de sexo masculino, y el 43,1% tuvieron la edad entre 68 y 78 años.

3. La autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, fue percibida como “regular” en un 53,9%, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de octubre y noviembre del 2019.

4. La autopercepción del grado de xerostomía medido a través del inventario (XI) fue considerada, como “xerostomía moderada” en un 67,6%, en los adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de octubre y noviembre del 2019.

5. La calidad de vida relacionada con la salud bucal fue percibida en el sexo femenino como “regular” en un 34,3% y en el sexo masculino fue percibido como “regular” en un 19,6%, en los adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de octubre y noviembre del 2019, según sexo.

6. El grado de xerostomía fue percibido en el sexo femenino como “moderada” en un 40,2% y en el sexo masculino fue percibido como “moderada” en un 27,5%, en los adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de octubre y noviembre del 2019, según sexo.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

1. A los estudiantes de estomatología se les recomienda que realicen evaluaciones odontológicas a los adultos mayores, no solo por medio de instrumentos clínicos sino también con instrumentos de autopercepción para identificar oportunamente necesidades funcionales, psicológicas y sociales que requieran este grupo especial de pacientes.

2.- Se recomienda a los estudiantes universitarios de la escuela profesional de estomatología brindar información y difundir sobre la importancia de la salud bucal en los adultos mayores a toda la población, para sensibilizar sobre las enfermedades bucales, calidad de vida y xerostomía.

2.- Se recomienda al personal del centro de salud de Churcampa y de otras instituciones donde se brinda atención a adultos mayores que reciban capacitaciones sobre la importancia de la salud bucal, diagnóstico temprano de trastornos bucales en adultos mayores, para que puedan diagnosticar oportunamente necesidades tratamiento bucal en pacientes de la tercera edad.

4.- A las Escuelas profesionales de odontología y estomatología de la región central del país y de las diferentes universidades promover a través de las actividades de Proyección Social acciones de carácter preventivo y promocional, realizando sesiones educativas sobre salud bucal en adultos mayores.

5.- A las estudiantes de la escuelas profesionales de estomatología de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, que profundicen el estudio de las condiciones bucales y sus repercusiones en la calidad de vida, utilizando instrumentos de sencilla aplicación, pero que brindan información básica y necesaria para tomar medidas, preventivas y recuperativas no solo en pacientes de la tercera edad, sino también en otros grupos etarios que son vulnerables.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urzúa MA, Alejandra Caqueo Urizar. Calidad de Vida: revisión teórica del concepto de Quality of Life. Ter Psicol [Internet]. 2012 [citado 18 enero 2015]; 30(1)61-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext
2. Encalada L. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en relación a la salud en escolares de 11 y 12 años de edad del sector urbano y rural del cantón de Cañar – 2015. [tesis para obtener el título de maestro en estomatología] Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 2015
3. Locker D, Measuring oral health: a conceptual Framework. Community Dent Health [Internet]. 1988 [citado 28 noviembre 2014]. 5(1):3-18. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3285972>
4. Vila, Barrios, V. (2005). Estado gingival y evaluación de la higiene bucal en adultos mayores con relación al uso de prótesis dental. Universidad Nacional del Nordeste.
5. González, P. E. (2015). Importancia de la atención bucodental en pacientes geriátricos para la mejora en la calidad de vida. Odontología Actual, 118, 5.
6. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 Supl 1:3-23.
7. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health 1988;5(1):3-18.
8. Vallejo R. Calidad de vida en relación a la salud bucal y rendimiento académico en escolares de 11 a 12 años de edad del cantón Azogues – Ecuador 2015 [tesis para optar grado de maestro en estomatología]. Lima. 2016

9. Gome SCUello N. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de dos escuelas públicas del área urbana de la ciudad Cuenca-Ecuador 2015 [tesis para obtener el título de maestro en estomatología] Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 2016
10. https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Churcampa
11. Champonois P. Xerostomía bucal en adultos mayores y su relación con el consumo de líquidos y fármacos. 2018.Rev. Arg. de Gerontología y Geriátría;Vol 32(2):68-77
12. Pérez M. Bravo B. Xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao. 2017.Gac. Méd. Espirit. 2018; 20(3):24-33
13. Martínez M, Rivas Z, Zuniga D, Pérez A, López M. Estado de salud bucodental y calidad de vida en adultos mayores de los Hogares de Ancianos de Nicaragua en el período de agosto a diciembre del 2016. [Tesis monográfica para optar al título de cirujano dentista].Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua UNAN-Managua Recinto Universitario Rubén Darío Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Odontología. 2017.
14. Gómez I. Hernandez C. Clausell M. Reyes A. Castilla R. Xerostomía en adultos mayores del reparto Camilo Cienfuegos Habana del este 2015. Disponible en <http://actasdecongreso.sld.cu/downloads/1785/XEROSTOM%CDA%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DEL%20REPARTO%20CAMIL O%20CIENFUEGOS.pdf>.
15. Oñate M, Aguilera R, Torres A. Concepción. Efecto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, comuna de Hualpén. [Tesis para optar al título de Cirujano Dentista y Grado de Magíster en Ciencias Odontológicas]. Universidad Andres Bello facultad de odontología dirección de investigación y postgrado 2015. Chile, 2015.
16. Díaz S. Arrieta K. Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. 2012. Rev Clín Med Fam 2012; 5 (1): 9-16

17. Salazar O, Espinoza I, Ortega A, Morales I. Validación en Chile del cuestionario GOHAI y Xerostomía Inventory (XI) en adultos mayores (Trabajo de investigación para optar al título de cirujano-dentista). Universidad de Chile Santiago – Chile 2010
18. Mederiros G. Castillo B. Jales A. Costa K. Hiposalivación y xerostomía: prevalencia y factores asociados en ancianos con enfermedades cardiovasculares. Rev Mult Gerontol 2009;19(2):80-85
19. Kurt D. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de San Isidro. [Tesis para optar el grado de maestro en estomatología] Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima;Perú.2017
20. Roncal M. Relación entre la autopercepción y el estado de la salud bucal de los adultos mayores de los centros residenciales gerontológicos de la beneficencia pública de Lima metropolitana. [Tesis para optar el grado de maestro en salud pública]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima;Perú. 2016
21. Sáenz G. Ríos S. Coral C. Rojas M. Zapata E. Xerostomía en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el hospital regional de Loreto los meses de julio y agosto del 2016. (Tesis para optar el Título Profesional de cirujano dentista). Facultad de odontología. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. San Juan Bautista – Perú 2016.
22. Gallardo A, Picasso M, Huillca N, Ávalos J. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. Kiru.2013;10(2):145-50).
23. Chile. Ministerio de salud. Guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años [Internet]. Chile: Minsal; 2010. [citado 20 Dic 2017]. Disponible en:<http://www.minsal.cl/porta1/ur1/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>
24. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2014 [Internet]. La Habana: Minsap; 2015. [citado 20 Dic 2017]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>

25. Bayo-Martin.dental [Internet]. España: Descubre cuáles son los 10 problemas dentales más frecuentes en la tercera edad. [Actualización 2015; citado 19 Mar 2017] Disponible en: <http://www.bayomartindental.com/descubre-cuales-son-los-10-problemas-dentales-mas-frecuentes-en-la-tercera-edad/>
26. Sáez Carriera, Rolando, Carmona, Maribel, Jiménez Quintana, Zuilen, & Alfaro, Xiomara. (2007). Cambios bucales en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología, 44(4) Recuperado en 09 de agosto de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es&tlng=es.
27. Bortolotti, L. (2006). Situación Social en: Prótesis removibles clásica e innovaciones. Milano, Italia: Editorial Amolca.
28. OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/es/>
29. MINSA (2012). Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016. “vuelve a sonreír”. Recuperado de <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/>
30. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud un nuevo parámetro a tener en cuenta. MedClin 1997; 108:458-9.
31. Walter M, Woronuk J, Tan H, Lenz U, Koch R, Boening K. Determinants of oral health-related quality of life a cross-cultural German-Canadian sample. J Public Health [Internet]. 2007 Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/225885943>
32. Locker D, Allen F. (2007). What do measures of “oral health-related quality of life” measure? Community Dent Oral Epidemiol; 35: 401-411.
33. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. (2001). Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. Community Dent Oral Epidemiol; 29: 373-381.
34. Cohen K, Jago JD. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. Int J Health Serv; 6: 681-698.

35. Del Castillo C. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú. 2014;24(4):220-8.
36. Paredes E. Diaz M. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Rev Estomatol Herediana. Lima; Perú; 2014 Jul-Set; 24(3):171-177.
37. Velarde E, Ávila C. Evaluación de la Calidad de Vida. Salud Pública Mex.2002; 44(4): 349-61.
38. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. Int J Health Services [Internet]. 1976 [citado 6 febrero 2015]; 6(4): 681-98. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/971976>
39. Bonito A, Bonito AJ, Iannacchoine V, Jones S, Stuart CA. Research Triangle Park, North Carolina: Research Triangle Institute; 1984. Study of Dental health-related process outcomes associated with prepaid dental care. Final Report: Part I.
40. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing socio-dental indicators- the social impact of dental disease. Community Dent Health [Internet]. 1986 [citado 10 febrero 2015]; 3(1):3-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3516317/>
41. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Rev Dent de Chile [Internet]. 2005 [citado 13 marzo 2015]; 96(2):28-35. Disponible en:<http://www.revistadentaldechile.cl/agosto05/PDF%20agosto%2005/Utilidad%20de%20las%20Mediciones%20de%20la%20Calidad%20de%20Vida%20Relacionada%20con%20la%20Salud.pdf>
42. Sischo L. Broder HL. Oral Health-Related Quality of life: What Why, How and future implications. J Dent Res [Internet].2011 [Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit 90(11):1264-1270. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3318061/>
43. John M, Hujoel P, Miglioretti D, LeResche L, Koepsell T, Micheelis W. Dimensions of Oral-health-related Quality of Life. J Dent Res

- [Internet]. 2004 [citado 20 junio 2015]; 83(12):956-960. Disponible en:
<http://jdr.sagepub.com/content/83/12/956.short>
44. Donovan K, Sanson-Fisher R, Redman S. Measuring Quality of life in cancer patients. J Clin Oncol [Internet]. 1989 [citado 29 junio 2015]; 7(7):959-968. Disponible en:
<http://jco.ascopubs.org/content/7/7/959.short>
 45. González de Dios J. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: conocer e implementar en la toma de decisiones basada en pruebas en pediatría. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2004 [citado 10 mayo 2015]; 60(6):507-513. Disponible en: file:///E:/Downloads/S1695403304783198_S300_es.pdf
 46. Atchison KA, Dolan TA. (1990). Development of the Geriatric Oral HealthAssessment Index. J Dent Educ. 4: 680-687.
 47. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997; 7: 71-80
 48. Slade GD, Strauss RP, Atchinson KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST.(1998). Conference summary: Assessing oral Health outcomes-measuring health status and quiaity of life. Community Dent Health; 15: 3-7.
 49. Wong MCM, Liu JKS, Lo ECM. (2002). Translation and validation of Chinese version of GOHAI. J Public Health Dent; 62: 72-83.
 50. Adulyanon S, Sheiham A. (1997). Oral impacts on daily performances. En: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 152–160.
 51. Misrachi C, Espinoza I. Usefulness of Quality of Life Related to Health Measurements. RevistaDental de Chile. 2005;96(2):28-35.
 52. Sánchez Jiménez J, Ramos Herrera CA, Acebal Blanco F, Arévalo Arévalo RE, Molina Martínez M. Manejo terapéutico de la Xerostomía en Atención Primaria. Medicina de familia [Internet].2004 [citado 19 Mar 2017];5(1):14-16.Disponible en <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/08.pdf>
 53. Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suarez E, Rodríguez Hernández Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o

- síndrome de boca seca. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Sept-Oct [citado: 20 Mar 2017];36(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vo15%202014/tema06.htm>
54. Chapa Arizpe G, Garza Salina B, Garza Enríquez M, Martínez Sabdoval G. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad aplicación de neuroestimulación. Rev Mexicana Periodontol [Internet] 2012 [citado 17 Mar 2017];3(1):3846 Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp121h.pdf>
 55. De Luca Monasterios FM, Roselló Llabrés X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. Av. Odontoestomatol [Internet]. 2014 [citado 20 Mar 2017];30(3):121-8. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n3/original2.pdf>
 56. Colectivos de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
 57. Bascones A, Tenovuo J, Ship J, Turner M, Mac-Veigh I, López-Ibor JM et al. Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre "Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente". Av Odontoestomatol [Internet]. 2007 Jun [citado 18 Sep 2017];23(3): 11926. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n3/original1.pdf>
 58. Dost F, Farah CS. Stimulating the discussion on saliva substitutes: a clinical perspective Aust Dent J. [Internet]. 2013. [cited 2017 Mar 20]; 58(1):11-7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/adj.12023>
 59. Rodríguez D, Rodríguez B, Fernández N. Odontología geriátrica en residencias. En: Reuss JM (ed). Medicina Geriátrica en residencias. Madrid: Edimsa, 2000;559-91.
 60. Sreebny LM, Broich G. (1987). Xerostomia. En: Sreebny LM, editor. The salivary system. Miami, USA: CRC Press; 179-197.

61. Fox PhC, Wciffwnbach Jm, Van der Ven PF, Baum BJ, Sonies Bc. (1985). Xerostomia: evaluation of a symptom with increasing significance. *J Am Dent Ass*; 110: 519-525.
62. Thomson M, Lawrence P Herenia, Broadbent Jonathan M, Poulton R. (2006). The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults *Health and Quality of life Outcomes* (4); 86.
63. Fox Pc, Bush KA, Baum BJ. (1987). Subjective reports of xerostomía and objective measures of salivary gland performance. *J Am Dent Assoc*; 115: 581584.
64. Orellana MF, Lagravère MO, Boychuk DGJ, Major PW, Flores-Mir (2006). Prevalence of Xerostomia in Population-based Samples: A Systematic Review *Journal of Public Health Dentistry* (66); 2: 152-158.
65. Chen Austin, Wai Yolanda, Lee Linda, Lake Stephen, Sook-Bin Woo. (2005). Using the modified Schirmer test to measure mouth dryness: A preliminary study. *J Am Dent Assoc*; 136; 164-170.
66. Gallardo Juan M (2008). Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* (46); 1: 109-116.
67. Thomson W. (2005). Issues in the epidemiological investigation of dry mouth. *Gerodontology*; 22:65-76.
68. Thomson W, Chalmers J, Spencer A, Williams S. (1999). The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. *Community Dent Health*; 16(1): 12-17.
69. Thomson W. (2007). Measuring change in dry-mouth symptoms over time using the Xerostomia Inventory. *Gerodontology*; 24: 30-35.
70. Hernandez Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista, P (2010) *Metodología de la investigación*. Educación McGraw-Hill; México.
71. Sánchez H, Reyes C. (2006) *Metodología y Diseño de la Investigación Científica*. Perú: Visión Universitaria.

VIII. ANEXOS

ANEXO Nº 1

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO “FRANKLIN ROOSEVELT”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología**

Cuestionario Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Traducido desde Atchinson y Dolan (39).

Nº Ficha:

Edad:

Sexo: 1. M ()

2. F ()

Con qué frecuencia en los últimos 3 meses...	Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1.- ¿Cuántas veces limitó la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
2.- ¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?	1	2	3	4	5
3.- ¿Cuántas veces sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?	1	2	3	4	5
4.- ¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?	1	2	3	4	5
5.- ¿Cuántas veces evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
6.- ¿Cuántas veces estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
7.- ¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
8.- ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
9.- ¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
10.- ¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías inactivas?	1	2	3	4	5
11.- ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	1	2	3	4	5
12.- ¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	1	2	3	4	5

12-27: Mala calidad de vida

28-43: Regular calidad de vida

44-60: Buena calidad de vida

Total: _____

ANEXO 2

Inventario de Xerostomía. Traducido por Thomson (62).

Con qué frecuencia en el último mes...	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Muy Frecuentemente
Mi boca se siente seca	1	2	3	4	5
Tengo dificultades para comer alimentos secos	1	2	3	4	5
Me despierto en la noche a beber agua u otros líquidos	1	2	3	4	5
Mi boca se siente seca cuando mastico algún alimento	1	2	3	4	5
Necesito beber líquidos cuando estoy tragando alimentos	1	2	3	4	5
Tengo dificultades para tragar algunos alimentos	1	2	3	4	5
La piel de mi cara se siente seca	1	2	3	4	5
Necesito usar dulces para aliviar una sensación de boca seca	1	2	3	4	5
Mis ojos se sienten secos	1	2	3	4	5
Mis labios se sienten secos	1	2	3	4	5
Siento seco dentro de mi nariz	1	2	3	4	5

11-26: Xerostomía leve

27-42: Xerostomía moderada

43-55: Xerostomía marcada

ANEXO 3. Documentos que evidencian la ejecución de la investigación Solicitud de autorización para realizar la encuesta

SOLICITAMOS: AUTORIZACION PARA REALIZAR ENCUESTA A LOS PACIENTES ADULTO MAYOR QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CHURCAMP.

SEÑOR GERENTE DEL ACLAS CENTRO DE SALUD DE CHURCAMP

S.G.


Nosotros Egresados de la facultad de Ciencias de la salud, Carrera profesional de ESTOMATOLOGIA, de la Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt", Asunción Vargas Díaz y Mauricio Jhonatan Alfaro Canturín, solicitamos la autorización para realizar encuesta a los pacientes adulto mayor que acuden al Establecimiento de salud que usted dignamente lo dirige en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, para dar cumplimiento a un proyecto de investigación "CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD BUCAL Y XEROSTOMÍA EN ADULTOS MAYORES DE LA PROVINCIA DE CHURCAMP – HUANCAVELICA – PERÚ 2019" que servirá para optar el título profesional.

POR LO TANTO:

Rogamos a usted señor Gerente acceder nuestro pedido para alcanzar las metas trazadas.

Churcampa, 30 de Setiembre del 2019.


Asunción Vargas Díaz


Mauricio J. Alfaro Canturín



Constancia de aplicación de la encuesta

CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ENCUESTA DE CUESTIONARIO ÍNDICE DE SALUD ORAL GERIÁTRICO (GOHAI). TRADUCIDO DESDE ATCHINSON Y DOLAN (23) E INVENTARIO DE XEROSTOMÍA.

EL SUSCRITO JEFE DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHURCAMPÁ.

HACE CONSTAR:

Que los Bachilleres en Estomatología: Asunción Vargas Díaz y Mauricio Jhonatán Alfaro Canturín, realizaron sus encuestas arriba mencionados satisfactoriamente en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, a los pacientes que acudieron al establecimiento de Salud de Churcampa de la etapa del Adulto mayor.

Se le otorga el presente documento a petición de los interesados para fines que crean por conveniente.

Churcampa 15 de Diciembre del 2019.



ANEXO 4. Evidencias fotográficas



Centro de Salud donde se realizó la investigación



Ambientes del Centro de salud de Churcampa



Explicación previa a la aplicación del instrumento de recolección de datos



Aplicación del instrumento de recolección de datos

ANEXO 5. MATRÍZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD BUCAL Y XEROSTOMÍA EN ADULTOS MAYORES DE LA PROVINCIA DE CHURCAMP A – HUANC AVELICA – PERÚ 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	DIMENSIONES Y/O INDICADORES	MÉTODOLÓGIA
<p>¿Cuál es la relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019?</p>	<p>General Determinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, y el grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019 2. Identificar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019.. 3. Identificar la autopercepción del grado de xerostomía medido a través del inventario (XI); en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019. 4. Identificar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del índice GOHAI, en adultos mayores del programa de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud de Churcampa, en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, según sexo. 	<p>VARIABLE 1 Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB)</p> <p>VARIABLE 2 Xerostomía</p> <p>COVARIABLE - Sexo</p>	<p>D1: Función física: D2: Función psicosocial D3: Función incomodidad</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sensación de boca seca •Dificultad de comer alimentos secos •Beber agua de noche •Sensación de boca seca al masticar alimentos •Necesidad de beber líquidos para tragar alimentos •Dificultad para tragar algunos alimentos •Sensación de sequedad de la piel de la cara •Usar dulces para aliviar la sensación de boca seca •Sensación de ojos secos •Sensación de labios secos •Sensación de nariz seca <p style="text-align: center;">Femenino Masculino</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Método El método general utilizado fue el método científico, según Hernandez (2010) (64). 2. Tipo y nivel.- Por su tipo de estudio corresponde a una investigación tipo básica (65). También de acuerdo a Hernandez (2010) (64), el presente trabajo de investigación es de nivel correlacional. 3. Diseño.- Este diseño de investigación es Correlacional. 4. Población.- pacientes adultos mayores registrados en la Estrategia de Atención Integral del adulto mayor del Centro de Salud Churcampa, que asistieron en los meses de Octubre y Noviembre del 2019, haciendo un total de 139 entre varones y mujeres. 5. Muestra.- aplicada la fórmula para poblaciones finitas, se obtuvo una muestra de 102 adultos mayores. 6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.- <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Técnicas La técnica fue la encuesta. 6.1 Instrumentos.- <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Salud Oral Geriátrico/ Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) - Inventario de Xerostomía/ Xerostomía Inventory (XI) 6.2 Técnicas de procesamiento de la investigación.- Análisis descriptivo: Luego de procesar y presentar los datos en tablas de doble entrada con sus respectivas figuras. Análisis correlacional: Se procedió a realizar el análisis de las variables Calidad de vida en relación a la salud bucal y xerostomía con la prueba de correlación de Rho de Spearman.