



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

TESIS

**EDENTULISMO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO
DE SALUD JULIO CÉSAR TELLO LURÍN 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

AUTORES:

Bach. MANRIQUE BRAVO MAIRA IBET

Bach. VILCAPOMA TAIPE PAMELA ROSBY

LIMA-PERÚ

2018

ASESOR DE TESIS

.....
Dra. Nancy Mercedes Capacyachi Otárola

JURADO EXAMINADOR

.....
Dra. Barreto Munive Marcela Rosalina
Presidente

.....
Dr. Villanueva Ponce Armando
Secretario

.....
Dr. Bringas Valderrama Carlos Alberto
Vocal

DEDICATORIA

Este trabajo realizado está dedicado
Principalmente a Dios y nuestras madres
Y familiares por su apoyo y amor infinito.

AGRADECIMIENTO

Principalmente agradecemos a nuestros docentes por las enseñanzas adquiridas y a nuestros asesores por culminar la tesis.

RESUMEN

El objeto de este estudio es determinar la relación del Edentulismo y la Calidad de Vida en adultos Mayores del programa pensión 65 del Centro de Salud Julio Cesar Tello Lurín 2018. la metodología empleada fue un estudio del tipo descriptivo, no experimental, transversal. Se tomó la muestra de 81 adultos mayores del programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio Cesar Tello. Se evaluó mediante el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), que consta de 12 ítems que abarca tres dimensiones: función física, Función Psicosocial y Dolor Incomodidad; así como el odontograma del MINSa. El estudio concluyó que el 92.6% tiene una mala percepción de la calidad de vida. También que el 45.58% de Adultos Mayores presenta Edentulismo Total. El 71.6% del género femenino tiene una mala calidad de vida.

Palabras Clave: Edentulismo, Calidad de Vida, GOHAI.

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the relationship of Edentulism and Quality of Life in older adults of pension program 65 of the Julio Cesar Tello Lurín Health Center 2018. The methodology used was a descriptive, non-experimental, cross-sectional study. A sample of 81 older adults was taken from the Pension 65 program of the Julio Cesar Tello Health Center. It was evaluated using the Geriatric Oral Health Index (GOHAI), which consists of 12 items covering three dimensions: physical function, Psychosocial Function and Pain Discomfort; as well as the MINSA odontogram. The study concluded that 92.6% have a poor perception of quality of life. Also that 45.58% of Older Adults present Total Edentulism. 71.6% of the female gender has a poor quality of life.

Keywords: Edentulism, Quality of Life, GOHAI.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| CARATULA..... | i |
| ASESOR DE TESIS..... | ii |
| JURADO EXAMINADOR..... | iii |
| DEDICATORIA..... | iv |
| AGRADECIMIENTO..... | v |
| RESUMEN..... | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| INDICE DE CONTENIDOS..... | viii |
| INDICE DE TABLAS..... | xi |
| INTRODUCCION..... | xii |
| I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 13 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 13 |
| 1.2 Formulación de problema..... | 15 |
| 1.2.1 Problema General..... | 15 |
| 1.2.2 Problemas Específicos..... | 15 |
| 1.3 Justificación del Estudio..... | 16 |
| 1.4 Objetivos de Investigación..... | 17 |
| 1.4.1 Objetivo General..... | 17 |
| 1.4.2 Objetivos Específicos..... | 17 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 18 |
| 2.1 Antecedentes de Investigación..... | 18 |
| 2.1.1 Antecedentes Nacionales..... | 18 |
| 2.1.2 Antecedentes Internacionales..... | 20 |
| 2.2 Bases Teóricas de las Variables..... | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.1 Edentulismo..... | 22 |
| 2.2.1.1 Epidemiología..... | 23 |
| 2.2.1.2 Edentulismo total..... | 24 |
| 2.2.1.3 Edentulismo Parcial..... | 25 |
| 2.2.1.4 Consecuencias Anatómicas del Edentulismo..... | 25 |
| 2.2.1.5 Adultos Mayores..... | 27 |
| 2.2.1.6 Clasificación de Arcos Dentarios..... | 28 |
| 2.2.1.7 Clasificación de Kennedy..... | 29 |
| 2.2.1.8 Reglas de Applegate..... | 30 |
| 2.2.2 Calidad de Vida..... | 31 |
| 2.2.2.1 Condición de Vida..... | 31 |
| 2.2.2.2 Satisfacción con la Vida..... | 32 |
| 2.2.2.3 Nivel Socioeconómico – Cultural..... | 33 |
| 2.2.2.4 Función Física..... | 35 |
| 2.2.2.5 Función Psicosocial..... | 36 |
| 2.2.2.6 Dolor e Incomodidad..... | 36 |
| 2.2.2.7 Instrumentos para medir Calidad de Vida | 37 |
| 2.2.2.8 Salud Oral y calidad de vida..... | 38 |
| 2.2.3 Calidad de Vida y Edentulismo..... | 40 |
| 2.3 Definición de Términos Básicos..... | 40 |
| III. MÉTODOS Y MATERIALES..... | 43 |
| 3.1 Hipótesis de la Investigación..... | 43 |
| 3.1.1 Hipótesis General..... | 43 |
| 3.1.2 Hipótesis Específicas..... | 43 |
| 3.2 Variables de Estudio..... | 43 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.1 Definición Conceptual..... | 43 |
| 3.2.2 Definición Operacional..... | 44 |
| 3.3 Tipo y Nivel de Investigación..... | 45 |
| 3.4 Diseño de Investigación..... | 45 |
| 3.5 Población y Muestra de Estudio..... | 45 |
| 3.5.1 Población..... | 45 |
| 3.5.2 Muestra..... | 45 |
| 3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos..... | 47 |
| 3.6.1 Técnicas de Recolección de Datos..... | 47 |
| 3.7 Métodos de Análisis de Datos..... | 47 |
| 3.8 Aspectos Éticos..... | 48 |
| IV. RESULTADOS..... | 49 |
| V. DISCUSION..... | 56 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 58 |
| VII. RECOMENDACIONES..... | 59 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 60 |
| ANEXOS..... | 65 |
| Anexo 1: Matriz de Consistencia..... | 65 |
| Anexo 2: Matriz de Operacionalización..... | 66 |
| Anexo 3: Instrumentos..... | 67 |
| Anexo 4: Validación de instrumentos..... | 69 |
| Anexo 5: Matriz de datos..... | 78 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Género..... | 46 |
| Tabla 2: Edad..... | 46 |
| Tabla 3: Relación del Edentulismo y Calidad de vida..... | 49 |
| Tabla 4: Frecuencia del Edentulismo Parcial, Mixto y Total..... | 49 |
| Tabla 5: Calidad de Vida utilizando Índice de GOHAI..... | 50 |
| Tabla 6: Distribución Porcentual de Índice de GOHAI según sexo..... | 50 |
| Tabla 7: Relación de Edentulismo y dimensiones de la calidad de vida..... | 51 |
| Tabla 8: Relación del Edentulismo y Función Física..... | 52 |
| Tabla 9: Relación del Edentulismo y Función Psicosocial..... | 53 |
| Tabla 10: Relación de Edentulismo y Dolor e Incomodidad..... | 54 |

INTRODUCCIÓN

La odontología tiene como uno de sus objetivos mantener los dientes en boca el mayor tiempo posible, sin embargo, por diferentes factores biológicos, ambientales y factores relacionados al paciente, no se puede controlar la pérdida de los dientes; siendo los adultos mayores la población más afectada. La pérdida de salud oral puede generar enfermedades a nivel estomatognático; como caries, enfermedad periodontal, y pérdida de piezas dentales. El edentulismo puede llevar a alteraciones en la calidad de vida en los adultos mayores. Actualmente los Adultos Mayores representan el 10% de la población del Perú, sin embargo, en el 2025 representara el 13% de la población de los habitantes.

En la calidad de vida relacionada con la salud es como el individuo se siente nivel social, psicológico y dolor como estos factores afectan su bienestar. Los indicadores de una buena o mala calidad de vida oral se buscaron en la década de los 70 para evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas orales. Uno de los instrumentos más empleados para medir la percepción de la calidad de vida relacionada la salud oral Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), creado por Atchison y Dolan, consta de 12 Ítems, que evalúa tres dimensiones: función física, psicología y de dolor. Este índice se utiliza por su validez y confiabilidad adecuada.

El siguiente estudio tiene busca determinar la relación del Edentulismo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio Cesar Tello Lurín 2018

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud la salud oral es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se define “Como la ausencia de dolor orofacial, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales así como otras enfermedades que limitan a la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, repercutiendo su bienestar psicosocial”. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Le Galés-Camus, Subdirectora General de la OMS para enfermedades No transmisibles y Salud Mental dijo: “En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse”. Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. (Organización Mundial de la Salud. 2004)

En los últimos tiempos la población de adultos mayores en el Perú viene aumentando debido a alteraciones en las tasas de natalidad, mortalidad y esperanza de vida.

Conforme avanza la edad se observan cambios físicos, emocionales y ambientales que conllevan a un cambio de estilo de vida. La pérdida de dientes desencadena limitaciones funcionales, sociales, psicológicas afectando a su vez la calidad de vida y salud general del individuo.

Como respuesta a este problema de investigación, el MINSA 2012, dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, lanzó el plan para la rehabilitación

bucal con prótesis removible en el adulto mayor el cual llamo “Vuelve a sonreír” que busca cerrar las brechas en el acceso a tratamientos rehabilitadores en pacientes en condición de pobreza y pobreza extrema (Ministerio de Salud, 2012). Es necesaria que el estado peruano interceda frente a estos grandes desafíos para la salud pública bucal. Por ello se debe evaluar el presupuesto que tiene se tiene destinado a la salud bucal y aumentar la cobertura de los tratamientos odontológicos.

Es entonces ¿El Edentulismo un factor importante para alterar la calidad de vida del Adulto Mayor en zonas rurales?

Existen pocos trabajos de investigación a nivel mundial. Hay poca información disponible sobre este tema de salud, así como escasos estudios en la población de Lurín, por lo que la presente investigación, es viable y factible, ya que se tiene acceso a la población de estudio.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación del Edentulismo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuál es la incidencia de Edentulismo Parcial, Total y total completa en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín 2018?

¿Cuál es el análisis de la Calidad de Vida utilizando el Índice de GOHAI en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín 2018?

¿Cuál es la relación del Edentulismo Parcial, Total y total completa con las dimensiones de la Calidad de Vida en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del centro de Salud Julio César Tello Lurín 2018?

1.3 Justificación del estudio

Teórica: Muchos de los adultos mayores en nuestro país se ven afectados por el edentulismo debido a que no tuvieron una adecuada higiene bucal ya sea por falta de conocimiento o por no darle la importancia debida al cuidado de sus piezas dentales, dicha patología afectara considerablemente en la autoestima, procesos digestivos afectando de esta manera su calidad de vida. La calidad de vida siempre será la aspiración de todos los hombres alcanzado el bienestar físico, emocional y psicológico.

Social / Práctica: Esta tesis propone desarrollar la relación entre Edentulismo y Calidad de Vida en el Centro de Salud Julio César Tello en el Programa Corazones Contentos de Pensión 65 Lurín 2018 por lo tanto, el presente trabajo busca dar solución a dichos trastornos físicos, mediante las charlas de higiene bucal, examen clínico bucal, concientización, examen psicológico teniendo como propósito evidenciar la calidad de vida del Programa Corazones Contentos en las que hay alta prevalencia de edentulismo lo que es un problema que se puede prevenir.

Metodológica: los recursos económicos y materiales para la elaboración de este proyecto, son recursos disponibles que nos ayudaran a la elaboración de este proyecto, los nuevos conocimientos estadísticos serán los resultados de una contribución del trabajo de edentulismo y calidad de vida para obtener estos resultados se trabajara con el instrumento GOHAI de evaluación de salud oral geriátrico/general. Una vez finalizado el estudio, los resultados serán presentados y entregados al Centro de Salud Julio César Tello Lurín.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación del Edentulismo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

Determinar la incidencia de Edentulismo Parcial, Total y total completa Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín 2018.

Analizar la calidad de vida utilizando el índice de GOHAI en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín- 2018.

Relacionar Edentulismo Parcial, Total y total completa con las Dimensiones de la Calidad de Vida en Adultos Mayores Programas pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín – 2018.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes nacionales

Gutiérrez Vargas. V. T (2015) refiere que el “Edentulismo y su necesidad de tratamiento protésico en adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao–Lima, 2014. Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, observacional. La población estuvo conformada por 1350 personas y la muestra fue de 168 adultos, quienes fueron evaluados mediante una ficha de recolección de datos, utilizando la estructurada de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. Resultados: Se determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). Conclusiones: La mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico.

Esta investigación presento una de las variables principales que es edentulismo.

Chicaiza (2013), “Realizó una investigación descriptiva empleo una población de estudio formada por 73 adultos mayores para determinar la salud bucal y su relación con la calidad de vida. Los Problemas orales encontrados en los adultos mayores son: masticación 95 % en mujeres y 90 % en hombres debido a ausencia de piezas dentales, en el 44 % en mujeres y 60 % en hombres.

En esta investigación se utilizó la misma muestra y la variable calidad de vida, siendo necesarias e importantes para la siguiente investigación que vamos a desarrollar.

Díaz y col (2012), “Estudiaron 120 adultos mayores para determinar la asociación de la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores a través del cuestionario GOHAI. El promedio de edad de los participantes fue de 68,3 años, en el diagnóstico de salud bucal, el 75% de los participantes presentaban menos de 19 dientes. Con respecto a las dimensiones evaluadas por GOHAI la función psicosocial es el que tiene mayor frecuencia. El 63,3% manifestó incomodidad al deglutir sus alimentos y, la molestia con mayor incidencia fue la sensibilidad a los alimentos calientes, fríos o dulces, en un 42,5%. La percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal, utilizando GOHAI, el 74,1% de los participantes refieren un alto impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida”.

En la siguiente investigación se empleó la variable calidad de vida, la misma muestra y el instrumento GOHAI, el cual vamos a emplear en la presente investigación.

Esquivel (2010), “Se Realizó un estudio con una población de 96 adultos mayores para determinar la relación entre la autopercepción de los problemas bucales y la evaluación clínica de un grupo de adultos mayores, empleando GOHAI. El 92.7% obtuvo valores por debajo del punto de corte establecido. Quienes tuvieron menor índice CPOD y mayor número de dientes presentes en la boca obtuvieron un puntaje del GOHAI significativamente mayor”.

Esta investigación utilizó el mismo instrumento y la misma muestra que vamos a utilizar en la presente investigación siendo de relevancia para nuestro estudio.

Awuapara (2010), “Se determinó la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta, se utilizó un cuestionario para medir la calidad de vida que consta de 8 dimensiones que son consideradas a su vez como variables de estudio; función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Se empleó una muestra de 249 adultos mayores. Se concluyó que aquellas personas que presentan dentición completa

Tienen una mejor calidad de vida”.

En esta investigación presento las dos variables principales que son Calidad de Vida y Edentulismo, así como la muestra que es Adultos mayores relevante porque son las mismas que se emplean en la siguiente investigación.

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Marques y col (2015), “Evaluaron la percepción del edentulismo y la salud oral en ancianos, la muestra estuvo conformada por 91 ancianos entre 60 a 95 años. Utilizaron el cuestionario de GOHAI, siendo la prevalencia del edentulismo en sujetos de edad avanzada, alta. La autopercepción de la salud oral según GOHAI se concluyó como mala por 80 ancianos, que corresponde a 87,9% de la muestra”.

En esta investigación se empleó la variable edentulismo y el mismo instrumento de medición GOHAI, los mismos que vamos a utilizar en la presente investigación.

Henriques y Col (2013), “Se estudió la prevalencia del edentulismo total y parcial así como el impacto que esta condición produce en la calidad de vida a través del examen clínico y a través del OHIP-14. En la muestra se observó que el 88,1% eran desdentados parciales; mayor prevalencia del sexo femenino con un 70,8. Los mayores problemas relatados por los individuos que perdieron sus dientes fueron de naturaleza funcional y social causando fuerte impacto en la calidad de vida, y aunque la prevalencia haya sido mayor para el edentulismo parcial, los impactos fueron mayores para los desdentados totales”.

En esta investigación se empleó la variable edentulismo, la cual es importante pues se va a utilizar en la siguiente investigación.

Moya y Col (2012), “Se estudió a 380 adultos mayores, el objetivo de este estudio fue conocer la situación de salud oral y calidad de vida del adulto mayor. Se midió la calidad de vida utilizando el cuestionario GOHAI. Un 76,6% percibe una mala su calidad de vida”.

Esta investigación es importante pues se empleó la misma muestra y el instrumento GOHAI.

De la Fuente y Col (2010), “Realizaron un estudio con 150 adultos mayores con edades los 60 y 85 años, en Ciudad de México. El objetivo fue estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores. Emplearon OHIP-14 y CPOD. Se concluyó que el estado bucodental influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta la realización de sus actividades cotidianas”.

Esta investigación es relevante ya que presento la misma población que es adultos mayores, la cual es importante para nuestra investigación.

Starr JM, Col (2008), “Realizo un estudio en Edimburgo de adultos mayores con edad de 70 años, se empleó una muestra de 201 participante. El 51.7% fueron edéntulos, se encontró factores de riesgo de edentulismo: edad, sexo, educación, clase social, distancia del dentista, y se relacionó escasamente con el deterioro de la actividad cognoscitiva”.

Esta investigación utilizo la variable edentulismo, la cual emplearemos en la siguiente investigación.

2.2 Bases Teóricas de las Variables

2.2.1 Edentulismo

El Edentulismo produce cambios en todas la estructuras que forman el aparato estomatognático. A pesar de ello, los más evidentes son a nivel óseo y de las encías. La pérdida ósea y consecuentemente gingival es muy grande en los primeros meses, menor hasta los 6 meses y continua lenta y progresivamente hasta los 2 años puede continuar hasta la perdida de toda la porción alveolar de los maxilares y de la mandíbula, permaneciendo solo e hueso basal.

Hay que distinguir entre el edentulismo parcial y el total, pero en cualquier caso es necesario efectuar la reposición protésico lo antes posible para que las pérdidas sean menores.

Las enfermedades periodontales, pueden llevar a la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos. El 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales. Lee J, Weyant R, (2004)

Al perderse un diente la cresta residual se beneficia del estímulo funcional que recibe, en consecuencia se produce una pérdida del volumen. Generalmente la pérdida dental es mayor en la mandíbula que en el maxilar, más pronunciadamente posterior que anterior. El impacto que esto puede conllevar en el paciente es claro. La sociedad percibe más la pérdida de dientes anteriores, generando un estigma social.

Diversos factores pueden desencadenar enfermedades en la cavidad bucal, las cuales conllevar que se inicie el proceso de pérdida dental y, aumentando el índice de edentulismo en la población. Neves F, Balbinot J (2009)

Efecto del Edentulismo

Diversos factores negativos que llevan a enfermedades y trastornos bucales las cuales ocasionan una incidencia de pérdida dental.

La nutrición entre las personas puede verse comprometida, pues la pérdida de dientes afecta al individuo en la capacidad de masticar eficazmente, afectando a su vez el proceso digestivo.

Generalmente el impacto psicológico se relaciona con la apariencia estética afectando la autoestima, personalidad y las relaciones sociales con otros individuos.

Hay un compromiso estético; ya que la falta de dientes afecta la dimensión vertical, y ocasiona flacidez de la piel del rostro, dando al individuo un aspecto envejecido.

2.2.1.1 Epidemiología

En el Perú el grupo poblacional de adultos mayores representan el 8.8% del total de la población nacional, según el último reporte INEI a diciembre de 2017, habiendo una diferencia positiva para la zona rural, donde la etapa de vida adulto mayor corresponde al 9% de la población rural total.

En cifras globales nacionales, el 36% de hogares, tiene como residente habitual a uno o más adultos mayores, así mismo sólo el 15.5% de hogares con adultos mayores son unipersonales.

El 62.2% de adultos mayores, son jefes de hogar. El 63.4% de adultos mayores, están casados, el 24.3% viudos(as) y el 12.3% solteros, divorciados o separados. Se calcula que los hogares donde hay por lo menos un adulto mayor y que presenta déficit calórico en el área rural son el 30.5% y en el área urbana

24.7%. De los hogares donde existen adultos mayores, los beneficiarios de programas sociales de alimentación de la zona rural son el 41.4% y el 15.7% pertenecen al área urbana.

El reporte técnico del INEI también muestra que el 77.5% de adultos mayores han reportado tener algún problema de salud. La encuesta nacional de hogares (ENAHÓ) reporta que en zonas urbanas el 81.7% de las mujeres adultas mayores, padecen algún problema de salud crónico, mientras que los varones, alcanzan el 70.8%.

2.2.1.2 Edentulismo Total

En la década de los 90 la Organización mundial de la salud (OMS) ha calificado el edentulismo total como una situación de invalidez. Actualmente se le considera un problema resuelto con resultados irrefutables. Pero siempre es posible mejorar resultados y evolucionar a través de las modificaciones biotecnológicas. Troiano M et al (2000)

En las encuestas nacionales del National Institute of Dental Research, la presencia de edentulismo completo de una sola arcada, que es 35 veces más frecuente en el maxilar, era escasa en el grupo de edad de 30 a 34 años de edad, pero aumento a la edad de 45 años hasta el 11% y luego comenzó a estabilizarse después de los 55 años en cerca de 15% de la población adulta. El edentulismo total se produce en el 10.5% de la población adulta. Cuenca E, Baca P (2005)

El MINSA se refiere al edentulismo total como la pérdida de todos los dientes deciduos y permanentes. Afectando la salud general y bucal del individuo y su percepción de la calidad de vida, así como la masticación y nutrición. Algunas evidencias sugieren que la salud oral, en particular el edentulismo total, puede afectar la alimentación.

La pérdida de todos los dientes, aun usando prótesis total, afecta la percepción de sabores, las preferencias y consumo de las comidas.

También constituye un problema para la salud mental, y corporal de la persona, pues altera la autoestima, generando cambios de humor.

2.2.1.3 Edentulismo Parcial

El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, que podría afectar negativamente la calidad de vida del paciente. Una encuesta en 1988-1991 halló que solo el 30% de estos pacientes tenían el total de 28 dientes. Las estadísticas acerca de edentulismo son similares en hombres que en mujeres. (Cuenca E, Baca P. 2005)

El edentulismo parcial puede ser tratado con prótesis fija, prótesis parcial removible o prótesis implanto soportada. En los últimos años el edentulismo ha mostrado una alta prevalencia en los países subdesarrollados y está disminuyendo en los países desarrollados según datos obtenidos por el National Center for Health Statistic. Mac Entee, A (1998)

2.2.1.4 Consecuencias Anatómicas del Edentulismo

a) Consecuencias sobre las estructuras óseas

Es necesario un diente para el desarrollo del hueso alveolar, y se requiere la estimulación de este hueso para mantener su densidad y volumen, cuando se pierde un diente, la falta de estimulación del hueso residual origina una disminución de las trabéculas y de la densidad ósea en dicha zona, con pérdida de la anchura externa y luego de la altura del volumen óseo.

La anchura del hueso disminuye en un 25% durante el primer año después de la pérdida dentaria, y un total de 4mm de altura durante este primer año posterior

a las extracciones realizadas para colocar una prótesis inmediata. Una prótesis removible no estimula ni mantiene el hueso, sino que acelera la pérdida ósea. (Mish C.- 2007) (Carr AB, - 2006)

b) Consecuencias sobre los tejidos blandos

A medida que el hueso pierde anchura, luego altura, a continuación, anchura y luego altura de nuevo, la encía insertada disminuye de forma gradual. Un fino tejido insertado recubre con frecuencia la mandíbula atrófica adelantada, o bien se carece totalmente de él. La encía es susceptible a abrasiones originadas por la prótesis que se apoyan en ella.

Además, la situación alta y poco favorable de las inserciones musculares y la hipermovilidad de los tejidos complica con frecuencia la situación. Patologías como la hipertensión, la diabetes, la anemia y los trastornos nutricionales tienen un efecto perjudicial sobre la vascularización y la calidad de los tejidos blandos que están bajo las prótesis removibles.

Estas alteraciones dan lugar a una disminución de la tensión de oxígeno en las células basales del epitelio. La pérdida de células superficiales se produce a la misma velocidad, pero enlentece la formación de células en la capa basal. Como resultado de ello, disminuye de forma gradual el espesor de los tejidos superficiales.

Por ello, se producen puntos dolorosos y prótesis removibles incómodas. La lengua del paciente con rebordes desdentados se agranda a menudo con el fin de acomodarse al incremento del espacio que anteriormente ocupaban los dientes. Al mismo tiempo, se utiliza la lengua para limitar los movimientos de las prótesis removibles, y adquiere un papel más activo en el proceso masticatorio. Como resultado de ello, disminuye la estabilidad de la prótesis removible. (Mish C.- 2007) (Carr AB, - 2006)

c) **Consecuencias estéticas**

Los cambios faciales que se producen de forma natural en relación con el proceso de envejecimiento pueden acelerarse y ser potenciados por la pérdida de los dientes; ya que disminuye la altura facial derivada del colapso de la dimensión vertical, hay pérdida del ángulo labio-mentoniano.

Una disminución de la dimensión vertical, la oclusión evoluciona hacia una maloclusión de una falsa clase III. Llevando a que el mentón rote hacia adelante y origina una apariencia progmática de la cara. Se producen también el adelgazamiento del bermellón labial, pérdida del tono muscular, profundización del surco nasolabial. Mish C. (2007) Carr AB (2006)

2.2.1.5 Adultos Mayores

El incremento de personas mayores respecto a la población total en la sociedad ha contribuido a que aumente la preocupación por la calidad de vida en las últimas décadas, respecto a este grupo de población, formado por personas adultas mayores.

El concepto de adultez no es unívoco, está sujeto a interpretaciones y valoraciones diversas. Los estudios realizados, al día de hoy, ponen de relieve que no se puede considerar la adultez como una única etapa, ni que esta pueda ser homogénea. Es preciso delimitar y caracterizar adecuadamente el inicio y proceso de esta etapa, y considerar periodos evolutivos más cortos dentro de la misma, intentando explicar el origen de los cambios relacionados con la edad, tal y como se realizan los estudios en ciclos anteriores. Es una tarea todavía pendiente, en la que está empeñada la psicología del desarrollo, en nuestros días. (Pérez - 2013)

En general, la etapa de la adultez se tiene a dividir en tres grandes periodos que suelen coincidir con las denominaciones de: adultez temprana, adultez media y adultez tardía.

La adultez tardía es un periodo que se inicia con la jubilación como transición evolutiva que identifica el comienzo de este nuevo periodo de los adultos mayores y se prolonga en el tiempo, debido al incremento de la esperanza de vida. Por esta razón creemos conveniente en dos sub-periodos: edad adulta tardía (desde la jubilación hasta los 70-75 años) y vejez (desde los 75-80 en adelante).

En general este colectivo goza de buena salud por lo que libre de obligaciones laborales y de crianza, es un grupo que participa en actividades de diversa índole, implicándose en tareas sociales y de voluntariado, así como en las recreativas y culturales. Debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer es importante conocer la calidad de vida en la que se desenvuelve esta etapa de adulto y mayor. Este conocimiento es de Interés en el área no solo de la salud sino también en la esfera de lo social, de lo económico y personal.

Un aspecto importante es la consideración de que no todas las personas envejecen del mismo modo, puesto que, su funcionamiento se halla ligado al comportamiento (acciones/omisiones; cuidado/descuido) y modo de vida en periodos anteriores, que tienen su incidencia clara en la vejez. El proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, por lo que es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere llegar a tener y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y el bienestar en el futuro en el futuro. (Pérez -2013)

2.2.1.6 Clasificación de los Arcos Parcialmente Desdentados

Diversas clasificaciones de los arcos dentarios desdentados han sido propuestas a través de los años, pues hay una necesidad del odontólogo de buscar un método que permita nombrar las diferentes situaciones de edentación parcial, facilitando la comunicación oral y escrita en lo relativo al diseño de la prótesis parcial removible. Un método de clasificación adecuada debe permitir lo siguiente:

- Una visualización inmediata del tipo de arco dentario que se está considerando.

- Una diferenciación entre la prótesis parcial removible dentosoportada y dentomucosoportada.
- Servir como guía para el tipo de diseño a utilizar.
- Ser universalmente aceptada.

El Dr. Edward Kennedy en 1925, propuso una clasificación práctica, la cual ha sido designada como la clasificación de Kennedy. Éste es un método sencillo, que cumple con los requisitos descritos anteriormente y sirve, además, nos sirve como una guía para establecer el diseño básico de la prótesis. (Rendón Y. 2004)
Luna GA. (2011)

2.2.1.7 Clasificación de Kennedy

A través de los años han propuestos diferentes sistemas para clasificar los arcos parcialmente desdentados, en respuesta a la necesidad del odontólogo por un método que permita nombrar las diferentes situaciones de dentición parcial y facilite la comunicación oral.

La clasificación de Kennedy facilita cada caso con la simple visión de modelo de trabajo. Siendo este un método sencillo y práctico. Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases principales, denominados I, II, III, IV. (Rendón Y. 2004)

- Clase I: áreas desdentadas bilaterales, posteriores a los dientes naturales.
- Clase II: área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes.
- Clase III: área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula.
- Clase IV: área edéntula bilateral (que atraviesa la línea media, anterior a los

dientes naturales remanentes. (Rendón Y. 2004)

Los profesionales que están familiarizados con las dentaduras parciales, pueden relacionar rápidamente el tipo de arcada con el diseño del tipo de arca que deben diseñar para construir la prótesis. Con esta clasificación se afrontan con lógica, los problemas que se plantea en los diagnósticos.

2.2.1.8 Reglas de Applegate

La clasificación de Kennedy es difícilmente aplicable en cada situación si no se siguen ciertas reglas. En 1954 Applegate aportó ocho reglas para la clasificación de Kennedy con el objetivo de considerar todas aquellas situaciones difíciles de definir. Las ocho reglas son las siguientes:

- Regla 1: la clasificación se debe establecer después de realizar las extracciones dentarias ya que podrían alterar la clasificación original.
- Regla 2: si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe considerar en la clasificación.
- Regla 3: un tercer molar, que se emplee como pilar, se debe tomar en cuenta en la clasificación.
- Regla 4: si pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener consideración en la clasificación. En caso de que el segundo molar antagonista está ausente y no va ser reemplazado.
- Regla 5: el área edéntula más posterior es la que determina la clasificación.
- Regla 6: las zonas edéntulas distintas de las que determinan la clasificación recibirán el nombre de zonas de modificación y son designados por su número.
- Regla 7: la extensión del espacio de modificación no se considera en la

clasificación, sino solamente el número de zonas edéntulas adicionales

- Regla 8: la clase IV no habrá zonas de modificaciones, si caso existiera una zona edéntula posterior esta sería la que determinara la clasificación. (Rendón Y. 2004)

2.2.2 Calidad de vida

Bienestar es un concepto que está asociada a calidad de vida, y ha sido propósito de una atención permanente en los temas de desarrollo social, economía y cultura. Busca un balance entre la cantidad de seres humanos, los recursos disponibles y la seguridad del medio ambiente. Los derechos del hombre cobran gran importancia en este ambiente y la sociedad a exigir una vida digna, con libertad, igualdad y felicidad.

Según la OMS, calidad de vida es la percepción que una persona tiene en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Es un concepto que abarca la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de autonomía, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

El individuo de 60 a 74 años es consideradas de edad avanzada; de 75 a 90, viejas o ancianas, y a las que sobrepasan los 90 se les llama grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará, de forma indistinta, “persona de la tercera edad”, (organización mundial de la salud 2004)

2.2.2.1 Condición de vida

La condición de vida, es la sumatoria de resultados de las condiciones de vida que son medibles en cada individuo. Estas mediciones que se les realiza a las personas corresponden a temas como la manera de vida, interacciones sociales, acciones funcionales u ocupación y salud física. Esto nos permite comparar a una persona con otra de manera objetiva, no obstante, se creyera que esto denota más

a una cantidad que calidad de vida (Hollanflsworth, 1988)

2.2.2.2 Satisfacción con la vida.

La persona elige su satisfacción personal, ya sea económicamente, política, salud, o en su entorno social. Algunos autores nos indican que este término es subjetivo en cada persona pues, satisfacción individual no es la misma en todos. Este término no es igual que las evaluaciones cognitivas y las evaluaciones afectivas. Shen & Lai (1998)

Es importante tener satisfacción personal ya que el individuo rinde de mejor manera en todos los ámbitos personales o de trabajo u otras actividades. Según Urzúa y Caqueo, El concepto de calidad de vida se utiliza cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Urzúa, A. y Caqueo, A., (2012)

En la década de los sesenta, cuando los científicos sociales inician indagaciones en calidad de vida recogiendo información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la calidad de vida individual. Rosero (2015)

El estudio de la Calidad de vida tiene como objetivo obtener resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida. Botero, B & Pico, M.E (2007)

La percepción de calidad de vida nos da un sinfín de significados multidimensional de las políticas sociales equivalentes a conseguir mejores condiciones de vida y un alto rendimiento de bienestar subjetivo, además envuelve la complacencia reunida de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades. Botero, B & Pico, M.E (2007)

Existen varias definiciones sobre calidad de vida; hallaron tres conceptualizaciones que retroalimentaron con una cuarta, de esta manera:

- a. Como la calidad de las condiciones de vida de una persona.
- b. La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
- c. La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- d. Por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”. Felce D, Perry J (1995)

2.2.2.3 Nivel Socioeconómico – Cultural

El nivel socioeconómico – cultural es una dimensión muy utilizada recientemente por numerosas investigaciones, debido a que engloba definiciones como: nivel social, nivel económico y nivel cultural; las cuales reflejan el momento y contexto en el que se desarrollan los individuos en un determinado lugar. El concepto de nivel social determina términos como la posición social de un individuo; cuya definición se determina básicamente por criterios económicos y sociales.

La clase social a la que pertenece un individuo determina oportunidades de vida en aspectos que no se limitan a la situación económica en sí misma, también a las maneras de comportarse, los gustos, el lenguaje, las opiniones e incluso las creencias éticas y religiosas. Así también el grupo ejerce sobre los individuos una presión con el fin de que cada individuo tenga un comportamiento conforme a las normas del grupo social al que pertenece. Buchelli C. (2010)

El nivel económico es una dimensión fundamental del estudio de las poblaciones y mercados, particularmente en contextos donde el ingreso determina comportamientos y escenarios de consumo diversos. Según el INEI se toman diversos criterios para la determinación socioeconómica:

- Tipo de área, tipo de vivienda, condición de ocupación de la vivienda, material de construcción predominante en las paredes, material de construcción predominante en los pisos, abastecimiento de agua, servicios higiénicos, tendencia de la vivienda, la vivienda tiene alumbrado eléctrico, vivienda por número de hogar, equipamiento del hogar, N° de habitaciones o piezas que tiene la vivienda, energía más usada para cocina, miembros del hogar, características del hogar, miembros mayores y menores de edad, género y edad de los miembros del hogar, número de personas de ese hogar que vienen de otro país, tipo de hogar según su composición, educación de los miembros del hogar, educación del jefe del hogar, tipo de ocupación de los miembros del hogar, miembros con trabajo permanente y eventual, miembros que contribuyen económicamente y miembros que trabajan y no contribuyen, principal fuente de ingreso, ingreso familiar mensual, gastos compartidos entre miembros del hogar, tendencia de ahorros. Buchelli C2(010)
- Respecto al nivel cultural se puede afirmar que la cultura es una construcción teórica a partir del comportamiento de los individuos de un grupo. Por tanto, el conocimiento de la cultura va a provenir de la observación de los miembros de ese grupo que se va a poder concretar en patrones específicos de comportamiento. Cada individuo tiene su guía de comportamiento: su cultura personal.
- Mucha de esa cultura personal está formada por patrones de comportamiento que comparte con su grupo social. En referencia al nivel cultural, el INEI considera los siguientes indicadores: Idioma o lengua con el que aprendió a hablar, que sabe leer y escribir, último año de estudios que aprobó, actualmente asiste a algún colegio, instituto o universidad, nivel de educación, ocupación, tipo de trabajador dependiente (público/privado).

- Remuneración adicional del trabajador dependiente, ocupación principal, pertenencia a instituciones, afiliación a seguros y previsión, consumo de medios de comunicación y deportes que practica. Buchelli C.(2010)

2.2.2.4 Función Física

Los dientes son la parte más importante de la boca, ya que son Los mecanismos que el individuo utiliza para poder masticar y triturar una variedad de alimentos nutritivos.

Muchas veces estos son descuidados por diferentes motivos, ya que es posible que el individuo realice la masticación con la misma efectividad que cuando se tenían la arcada de los dientes completos en boca.

La función masticatoria se disminuye y así ocasiona que los alimentos cambien de manera drástica y no puedan ser digeridos con normalidad. Esto nos da a entender que la población desdentada deja de comer alimentos como carnes, vegetales, y frutas muy duros, siendo de prioridad los alimentos procesados y que tiene mayor facilidad para el consumo. Awuapara (2010)

Las personas edentulas complemetan su nutrición con vitaminas minerales y proteínas debido a la falta de nutrientes en su alimentación, esta es la única manera mejora su alimentación, pero igual presentan alto riesgo de desnutrición a diferencia de las personas dentadas que no tienes ningún negativa para su alimentación.

Varios trabajos de estudio de la rama odontológica recogen datos sobre la dieta establecida en cada sujeto, y llego a la conclusión de que las personas dentadas tienen un consumo mayor de vitamina C, vitamina E, calcio, proteínas, fibra, hierro, tiamina, riboflavina, niacina, ácido pantoténico e intrínseco.

Es por eso se considera a esta última como grupo de riesgo para sufrir

diferentes enfermedades crónicas por las mismas deficiencias nutricionales que poseen. Esquivel R. (2010)

2.2.2. 5 Función Psicosocial

Se encontró en diferentes estudios que la presencia total de piezas dentarias en boca tiene un gran aporte social y cultural en el ser humano, por lo que las personas que los han perdido dientes parcial o totalmente, por diferentes razones, dejan de interactuar con su entorno por la falta de dientes y vergüenza, con el fin de evadir una situación penosa cuando la otra persona descubra las alteraciones orales adquiridas.

Esto nos indica que hay un alto porcentaje de individuos que sienten incomodidad por la deficiencia de su salud oral frente a la población. Se puede decir que el edentulismo va a limitar las interacciones sociales y culturales en el entorno, por lo que provoca sentimientos inevitables como la autoestima baja y angustia por el mal estado de salud oral que tuviese. Esquivel R. (2010)

2.2.2.6 Dolor e Incomodidad

El dolor no discrimina por razas o civilizaciones y prueba de ello es que se pueden ver referencias en las tablas de arcilla de Babilonia. Bonica (1990)

- Ante las afecciones y presencia de caries en algunos dientes es necesario tener en cuenta:
- Facultad de comer sin molestias
- Uso de medicamentos para aliviar el dolor en boca
- Encías con sensibilidad

2.2.2.7 Instrumentos para medir Calidad de Vida

En el panorama internacional de salud, se observa a través del comportamiento de algunos de sus indicadores en la última década del siglo XX, muestra en los primeros lugares, a algunas enfermedades crónicas degenerativas, el resurgimiento de otras que se encontraban controladas, y la aparición de nuevas.

El mejoramiento de los hábitos alimentarios, el desarrollo de la sanidad pública y el perfil demográfico mundial, entre otros, han influido en las transformaciones del cuadro epidemiológico.

Karnofsky en la década de 1940, aplico un índice para valorar la capacidad funcional de los enfermos. No es hasta la década de 1970 en la que se desarrollan un grupo de instrumentos destinados a medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que tenían como objetivo la percepción del individuo de su propio estado de salud y no únicamente el tiempo de supervivencia.

Medir la CVRS y obtener resultados para cada estado de salud que se genera como resultado de una intervención sanitaria, resulta imprescindible en las evaluaciones económicas, específicamente en las de costo-utilidad, para contribuir a la toma de decisiones, entre posibles alternativas, en el momento de distribución de los recursos en el sector de la salud. Uno de los cuestionarios más utilizados para medir la percepción de la calidad de vida en salud oral son los siguientes:

2.2.2.8 Salud Oral y calidad de vida

| Pre-1997 | Post-1997 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Social Impacts of Dental Disease • Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) • Oral Health Impact Profile (OHIP) • Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) • Oral Health-Related Quality of Life Measure • Oral Health Quality of Life Inventory • Rand Dental Questions | <ul style="list-style-type: none"> • OHQoL-UK • Child Oral Health Quality of Life Questionnaire (COHQoL) • Child OIDP • OHRQOL for Dental Hygiene • Orthognathic QOL Questionnaire • Surgical Orthodontic Outcome Questionnaire (SOOQ) |

En el concepto de salud oral está asociada a calidad de vida que incorpora principalmente la sensación del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. Según Botero y col (2010)

El concepto de CVRS es multidimensional, se encuentra relacionado con el bienestar social y se subordina a la satisfacción de las necesidades humanas; libertades, modo de vida, trabajo, servicios sociales, sanitarios, cultura y condiciones ecológicas, entre otros.

Es claro que calidad de vida se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como económicamente, también en el sentido que le atribuye a su vida. Azañedo)2016)

La OMS nos dice en su propósito como “añadir vida a los años”. El término de Calidad de vida está relacionado con la salud en cómo se supera la propia salud o enfermedad. Esta definición de calidad de vida es muy importante en la práctica odontológica actual, y preventiva. La mayoría de las enfermedades orales tienen un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.

Este concepto se inició en EE.UU. hace unos 30 años, con una investigación clínica de la medición del «estado funcional» y otra la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental.

Como seres sociales nuestra salud depende de un intercambio interpersonal favorable en términos de recompensas materiales o emocionales y de aprobación cognoscitiva. Por eso, la perspectiva sociológica de la calidad de vida nos recuerda que la persona individual no es el objetivo exclusivo de la medicina.

La investigación de la CVRS y su práctica son consideradas como un tipo particular de innovación médica. Ahora bien, si la parte buena de la investigación de la calidad de vida es su creciente reconocimiento, su disponibilidad de fondos y sus impresionantes logros en términos de optimización de los cuidados de los pacientes, su parte mala es la carencia de creatividad y sus bajos niveles de razonamiento teórico e innovación metodológica.

Existen diferentes desconexiones entre el discurso filosófico de la CVRS, los estudios sociológicos de la vida de los enfermos y los aspectos técnicos psicométricos de la medición.

2.2.3 Edentulismo y Calidad de Vida

De una manera u otra el edentulismo llega a afectar la calidad de vida de los adultos mayores ya sea para bien o para mal. Ya que los dientes sufren un sinnúmero de alteraciones que van a afectar a la larga la interacción social de las personas con su entorno porque distorsionan en el proceso de comunicación, como hablar y pronunciar correctamente, tragar o comer; así también la imagen estética, y el déficit al disfrutar de los alimentos. Jiménez FJ. (2008)

Esto va a llevar a que la presencia de factores biológicos y conductuales estén implicados en la relación entre la inadecuada nutrición y la ausencia de peso, por un lado, y por otro lado una mala salud bucal.

2.3 Definición de Términos Básicos

Edentulismo:

Es una patología que conlleva a la pérdida de los dientes definitivos en una persona adulta. Tiene distintos grados de afección: parcial y total. Este problema no afecta sola a las personas de edad avanzada, como es común pensar. Hay diversas causas que hacen que la franja de edad a la que puede afectar sea muy amplia. Desde una mala higiene bucal o un accidente hasta una enfermedad son algunas de las razones por las que se puede padecer tanto en hombres como en mujeres.

Calidad de vida:

Se refiere a un conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social. La calidad de vida va a comprender tanto factores subjetivos como objetivos.

Salud Oral:

La salud bucal afecta a todos los aspectos de nuestras vidas, pero con frecuencia se da por sentado. La boca es un reflejo de la salud de su cuerpo. Puede mostrar signos de deficiencias nutricionales o infección. Las enfermedades sistémicas, las que afectan al cuerpo entero, podrían ponerse de manifiesto debido a lesiones en

la boca u otros problemas bucales. Una valoración que evoluciona a través de las diversas etapas de la vida, y de la forma en la que uno enfrenta los obstáculos que se presentan

Este proceso se empieza a dar a partir de aproximadamente los 5 o 6 años de vida, cuando empezamos a formarnos una idea en nosotros mismos de cómo nos ven nuestros pares y los mayores que nos rodean (padres, maestros). Sin embargo, como todo proceso, por definición no es un fenómeno estático que se aprende o fija y ya está no hay forma de modificarlo; todo lo contrario, se puede cambiar y mejorar gracias a las devoluciones, que incluyen críticas constructivas, que nos vienen de aquellos que forman parte de nuestro entorno más cercano y de los que hablábamos más arriba justamente, como también partes fundamentales en la construcción de la autoestima.

Odontograma:

Es documento médico legal una odontograma es un esquema de las arcas dentarias, diseñadas de manera gráfica, anatómica y geométrica, en el cual aparecen todas las piezas dentales del paciente. Este diagrama forma parte de su historia clínica puesto que reúne toda la información referente a la boca del paciente, como las características anatómicas de los dientes y otras particularidades o modificaciones

GOHAI:

Índice de evaluación de salud oral geriátrico/general fue diseñado para detectar necesidades de atención bucodental en población geriátrica y está caracterizado por alta sensibilidad y facilidad de aplicación, lo que permite una atención oportuna.

Adultos mayores:

Los adultos mayores van a comprender a partir de una edad igual o mayor a 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años en países subdesarrollados. Se podría definir a un adulto mayor si ha alcanzado ciertos parámetros desde un punto de vista biológico, social y psicológico.

Autoestima:

Es la valoración que cada uno de los seres humanos tenemos sobre nosotros mismos, lo que somos, en lo que nos convertimos, como consecuencia de una mezcla de factores físicos, emocionales y sentimentales a los que nos enfrentamos a lo largo de la vida y que fueron moldeando nuestra personalidad, esto, en cuanto a la definición más formal que podemos dar y desestructurándonos un poco podemos decir que autoestima es el amor que nos dispensamos a nosotros mismo.

Nivel socioeconómico-Cultural:

Son las experiencias sociales, económicas y culturales y las realidades que ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida de las personas.

Prevalencia:

Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Dolor:

Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.

III. MÉTODOS Y MATERIALES

3.1 Hipótesis de la Investigación

3.1.1 Hipótesis General

No Existe relación significativa entre Edentulismo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín-2018.

3.1.2. Hipótesis Específicas

Existen mayores incidencias de Edentulismo Parcial, Total y Total completa en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín- 2018.

Existe mala Calidad de Vida utilizando el Índice de GOHAI en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín- 2018.

Existe Relación significativa entre Edentulismo Parcial, Total y Total Completa con las dimensiones psicosocial y dolor de la Calidad de Vida en Adultos Mayores del Programa pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurin-2018.

3.2 Variables de Estudio

3.2.1 Definición Conceptual

Calidad de vida:

Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. Autor: La OMS (1994).

Edentulismo:

Es la pérdida completa de todos los dientes, tiene un impacto significativo en un individuo. Se ha observado que conlleva a limitaciones funcionales, psicológico, sociales, y afecta la calidad de vida y la salud general de un individuo. La población mundial está envejeciendo, y se espera que la velocidad de envejecimiento en los países de medianos y bajos ingresos sea igual que en los países de altos ingresos. Autor: Managerwebidm (2015).

3.2.2. Definición Operacional

| VARIABLE PRINCIPAL | CONCEPTO | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA | VALOR |
|---|--|---|---|--|----------------------|
| CALIDAD DE VIDA | Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar del individuo | Función física | Disminución o cambio del tipo de comida por | Ordinal | Buena (57-80 puntos) |
| | | | falta de dientes o dentadura | | |
| | | | Tragar cómodamente | | |
| | | | Impedimento de hablar por falta de dientes o | | |
| | | Dentadura | Regular (51-56 puntos) | | |
| | | Problema de eficiencia en la masticación | Mala (50 puntos o menos) | | |
| | | Evita contacto con personas por la falta de | | | |
| | | dientes o dentadura | | | |
| | | Satisfacción por el estado de su boca o | | | |
| | | Dentadura | | | |
| | | Preocupación por el cuidado de su boca o | | | |
| | | Dentadura | | | |
| | | Nerviosismo por su falta de dientes o dentadura | | | |
| | | Incomodidad al comer frente a personas por su | | | |
| falta de dientes o dentadura | | | | | |
| Capacidad de comer sin molestias | | | | | |
| Uso medicamentos para aliviar dolor en boca | | | | | |
| Sensibilidad en encías | | | | | |
| EDENTULISMO | Es una patología que conlleva a la pérdida de los dientes definitivos en una persona adulta. | Parcial | | Pérdida de una o más piezas dentales, mas no en su totalidad | Nominal |
| | | Total | | | |
| | | Total Completa | Pérdida en su totalidad de las piezas dentales. | | |

3.3 Tipo y nivel de la investigación

Tipo de investigación Básica, pues tiene como objetivo mejorar el conocimiento. FAO/IAEA (2008).

Nivel Investigación Descriptiva – correlacional: “Busca especificar las propiedades, característica y perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Hernández, et al (2003 p.115).

3.4 Diseño de la investigación

Se planteó un estudio de diseño No experimental, de corte transversal, porque no se manipulará la variable, solo se observará y se examinará la relación entre el Edentulismo y la calidad de vida en adultos mayores del programa pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín- Lima. Hernández, et al (2003 p.187).

3.5 Población y muestra de estudio

3.5.1 Población

Para el presente estudio está constituida por 81 Adultos Mayores del Programa Pensión 65 de la localidad de Julio César Tello – Lurín 2018.

3.5.2 Muestra

La muestra por la relevancia y significancia será intencional y estará conformada por 81 personas adultas mayores del programa pensión 65 que acuden al Centro de Salud Julio César Tello. Por ser una muestra Intencionada más bien constituye un grupo de estudio y no se argumentará sobre su representatividad de la población.

Tabla 1. Género

| | | Incidencia | Porcentaje |
|--------|-----------|------------|------------|
| Válido | Femenino | 61 | 75,3 |
| | Masculino | 20 | 24,7 |
| | Total | 81 | 100,0 |

Tabla 1, se muestra en la figura, que en la investigación del programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín, la mayoría que la conformaron son del género femenino, siendo estos representados por un 75,31% del total (61 personas), mientras que el 24,69% (20 personas) del género masculino, siendo en proporción apenas la tercera parte del número de mujeres

Tabla 2. Edad

| | | Incidencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 57 - 67 | 28 | 34,6 | 34,6 | 34,6 |
| | 68 - 78 | 32 | 39,5 | 39,5 | 74,1 |
| | 79 - 88 | 21 | 25,9 | 25,9 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 2, se muestra en la figura, que en la investigación del programa Pensión 65 del centro de salud Julio César Tello Lurín, la mayoría que la conformaron tienen edades entre 68 y 78 años de edad, siendo estos representados por un 39,51% del total (32 personas), seguido con similar proporción de aquellos con edades de entre 57 y 67 años de edad (34,57%), mientras que la minoría tienen edades de entre 79 y 88 años de edad (25.93% del total)

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas de recolección de datos

- Técnica observación
- Técnica psicométrica
- Entrevista

3.7 Métodos de análisis de datos

Para el desarrollo de la presente investigación los métodos de análisis de datos serán conforme al siguiente procedimiento:

- Se utilizará la base de datos y aplicara el programa estadístico SPSS 23, para poder validar, procesar, codificar y hacer la tabulación correspondiente, para poder describir las variables de estudio.
- Los resultados serán presentados en tablas de doble entrada donde se consignaran las variables de estudio, utilizando los criterios establecidos por la Estadística Descriptiva.
- Para la estimación perimétrica, la distribución muestral y determinar el análisis estadístico de las variables de estudio, se utilizara el Coeficiente de Correlación de Pearson, el cual si es positivo la correlación es directa y si es negativo es inversa. Si los valores son cercanos a 1 indican mayor correlación.
- Si los datos que se obtienen siguen la curva de distribución normal se utilizaran Pruebas Paramétricas como la “t de Student” y el ANOVA ONEWAY, si no siguen la curva de distribución normal se usaran las. pruebas no paramétricas como la “U de Mann-Withney y la prueba de Kruskall-Wallis.

3.8 Aspectos éticos

Dentro de los aspectos éticos se considera:

- Previa encuesta se firmó el consentimiento informado
- La información obtenida se manejó de manera confidencial y se utilizará solo para los fines de investigación
- La participación en la encuesta de GOHAI fue voluntaria.
- No se modificaron los resultados obtenidos.
- Se dio un buen trato y se tuvo la paciencia para tratar con los pacientes de la tercera edad
- Se utilizó el odontograma del Minsa.
- Para la toma se odontograma se utilizó las medidas de bioseguridad correspondientes (guantes, mascarilla), por cada paciente.

IV. RESULTADOS

Tabla 3. Relación del Edentulismo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín 2018.

| | | | Mala | Regular | |
|-------------|----------------------------|-------------------------|--------|---------|--------|
| Edentulismo | Edentulismo parcial | Recuento | 20 | 0 | 20 |
| | | % dentro de Edentulismo | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| | Edentulismo total | Recuento | 23 | 1 | 24 |
| | | % dentro de Edentulismo | 95,8% | 4,2% | 100,0% |
| | Edentulismo total completa | Recuento | 32 | 5 | 37 |
| | | % dentro de Edentulismo | 86,5% | 13,5% | 100,0% |
| Total | Recuento | | 75 | 6 | 81 |
| | % dentro de Edentulismo | | 92,6% | 7,4% | 100,0% |

La tabla 3 muestra que no hay asociación significativa entre el Edentulismo y la Calidad de vida en Adultos del programa pensión 65 del Centro de Salud Julio C. Tello, pues se tiene un $P\text{-valor}=0.137 > 0.05$.

Tabla 4. Frecuencia de Edentulismo Parcial, Total y Total Completa

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Edentulismo parcial | 20 | 24,7 |
| Edentulismo total | 24 | 29,6 |
| Edentulismo total completa | 37 | 45,7 |
| Total | 81 | 100,0 |

De la tabla 4 se observa que la mayoría de los pacientes presenta Edentulismo Total Completa , siendo estos representados por aproximadamente la mitad del total (45.58% de pacientes), luego en menor pero similar proporción se encuentran Edentulismo Total y Parcial, con 29.63% y 24.69% respectivamente.

Tabla 5. Calidad de Vida utilizando índice GOHAI

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Mala | 75 | 92,6 | 92,6 | 92,6 |
| | Regular | 6 | 7,4 | 7,4 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

En la Tabla 5 se muestra en la figura, que en la investigación del programa Pensión 65 del centro de salud julio c. Tello Lurín, la mayoría que de los adultos tienen una calidad de vida mala, siendo estos representados por un 92,59% del total (75 personas), seguido de aquellos con calidad de vida regular siendo estos apenas 7.41% (6 adultos).

Tabla 6. Distribución porcentual de Índice GOHAI según sexo

| | | Calidad de vida | | | |
|--------|-----------|--------------------|-------|---------|--------|
| | | | Mala | Regular | Total |
| Género | Femenino | Recuento | 58 | 3 | 61 |
| | | % dentro de Género | 95,1% | 4,9% | 100,0% |
| | Masculino | Recuento | 17 | 3 | 20 |
| | | % dentro de Género | 85,0% | 15,0% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 75 | 6 | 81 |
| | | % dentro de Género | 92,6% | 7,4% | 100,0% |

En la tabla 6 se observa que, en el grupo de pacientes mujeres, el 95.1% (58 personas) tiene una mala calidad de vida, mientras que solo el 4.9% tiene regular (3 personas). Por otra parte, también se observa que, en el grupo de pacientes

varones, el 85% (17 personas) tiene una mala calidad de vida, mientras que solo el 15% tiene regular (3 personas). Es decir, la proporción de mala calidad de vida es mayor en pacientes mujeres.

Tabla 7. Relación de Edentulismo y Dimensiones de Calidad de Vida

| Edentulismo | Función | media |
|----------------------------|---------------------|--------|
| Edentulismo Parcial | Función física | 2,9 |
| | Función Dolor | 3,2833 |
| | Función Psicosocial | 3,14 |
| Edentulismo total | Función Física | 3 |
| | Función Dolor | 3,7917 |
| | Función Psicosocial | 3,1083 |
| Edentulismo Total completa | Función Física | 3,2297 |
| | Función Dolor | 3,6306 |
| | Función Psicosocial | 3,5568 |

De la tabla 7 Hay Relación significativa entre Edentulismo y las dimensiones psicosocial y dolor la calidad de vida; se observa que en los diferentes tipos de edentulismo en los pacientes, el promedio de los puntajes más próximo a la calificación de “siempre” se obtuvo en la función física. Siendo el promedio mínimo el que corresponde a Edentulismo parcial en la Función física.

Tabla 8. Relacionar Edentulismo y Función Física en Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín-2018

| | | % dentro de | | | | |
|-------------|----------------------------|-------------------------|---------|-------|--------|--------|
| | | 12,3% | 44,4% | 43,2% | 100,0% | |
| | | Edentulismo | | | | |
| | | Funcion_fisica | | | | |
| | | Mala | Regular | Buena | Total | |
| Edentulismo | Edentulismo | Recuento | 3 | 9 | 8 | 20 |
| o | parcial | % dentro de Edentulismo | 15,0% | 45,0% | 40,0% | 100,0% |
| | Edentulismo total | Recuento | 4 | 10 | 10 | 24 |
| | | % dentro de Edentulismo | 16,7% | 41,7% | 41,7% | 100,0% |
| | Edentulismo total completa | Recuento | 3 | 17 | 17 | 37 |
| | | % dentro de Edentulismo | 8,1% | 45,9% | 45,9% | 100,0% |
| | Total | Recuento | 10 | 36 | 35 | 81 |

En la tabla 8, se observa que, en el grupo de Edentulismo parcial, total y total completa, la mayoría tiene una función física de regular y buena. En el gráfico se observa que, en aquellos con mala calidad de vida, la mayoría tiene una función física regular. Mientras que en aquellos con regular calidad de vida sobresalen aquellos con función física buena.

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,202 ^a | 4 | ,878 |
| Razón de verosimilitud | 1,234 | 4 | ,872 |
| Asociación lineal por lineal | ,566 | 1 | ,452 |
| N de casos válidos | 81 | | |

Interpretación: se observa de la tabla de chi cuadrado que no hay asociación significativa entre el edentulismo de las personas y la función Física en Adultos Mayores del programa pensión 65 del Centro de Salud Julio C. Tello, pues se tiene un P-valor=0.878>0.05, es decir el edentulismo en los Adultos no está asociada con su Función física.

Tabla 9. Relacionar Edentulismo y Función Psicosocial en Adultos Mayores del programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín-2018.

| | | | Función psicosocial | | | |
|----------------------|-------------------|----------------------|---------------------|---------|-------|--------|
| | | | Mala | Regular | Buena | Total |
| Edentulismo parcial | Edentulismo | Recuento | 2 | 14 | 4 | 20 |
| | | % dentro Edentulismo | de10,0% | 70,0% | 20,0% | 100,0% |
| Edentulismo total | Edentulismo | Recuento | 6 | 13 | 5 | 24 |
| | | % dentro Edentulismo | de25,0% | 54,2% | 20,8% | 100,0% |
| Edentulismo completa | Edentulismo total | Recuento | 4 | 14 | 19 | 37 |
| | | % dentro Edentulismo | de10,8% | 37,8% | 51,4% | 100,0% |
| Total | Edentulismo total | Recuento | 12 | 41 | 28 | 81 |
| | | % dentro Edentulismo | de14,8% | 50,6% | 34,6% | 100,0% |

En la tabla 9, se observa que, en el grupo de Edentulismo parcial, total la mayoría tienen una función psicosocial regular. En el gráfico se observa que, en aquellos con mala calidad de vida, la mayoría tiene una función psicosocial regular. Mientras que en aquellos con regular calidad de vida sobresalen aquellos con función psicosocial buena.

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 10,684 ^a | 4 | ,030 |
| Razón de verosimilitud | 10,476 | 4 | ,033 |
| Asociación lineal por lineal | 3,778 | 1 | ,052 |
| N de casos válidos | 81 | | |

Interpretación: se observa de la tabla de chi cuadrado que hay asociación significativa entre el edentulismo de las personas y la función psicosocial en Adultos Mayores del programa pensión 65 del Centro de Salud Julio C. Tello, pues se tiene un P-valor=0.030<0.05, es decir El edentulismo en los Adultos está asociada con su Función psicosocial.

Tabla 10. Relacionar Edentulismo y Dolor en Adultos Mayores del programa Pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín-2018.

| | | Dolor | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|-------|--------|--------|
| | | Mala | Regular | Buena | Total | |
| Edentulismo | Edentulismo parcial | Recuento | 3 | 8 | 9 | 20 |
| | | % dentro de Edentulismo | 15,0% | 40,0% | 45,0% | 100,0% |
| | Edentulismo total | Recuento | 0 | 8 | 16 | 24 |
| | | % dentro de Edentulismo | 0,0% | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| Edentulismo total completo | Recuento | 0 | 18 | 19 | 37 | |
| | % dentro de Edentulismo | 0,0% | 48,6% | 51,4% | 100,0% | |
| Total | Recuento | 3 | 34 | 44 | 81 | |
| | % dentro de Edentulismo | 3,7% | 42,0% | 54,3% | 100,0% | |

En la tabla 10; se observa que, en el grupo de Edentulismo Parcial, Total y Total Completa, la mayoría tiene en la dimensión dolor bueno. En el gráfico se observa que, en aquellos con mala calidad de vida, la mayoría tiene una función dolor regular. Mientras que en aquellos con regular calidad de vida sobresalen aquellos con Dimensión Dolor buena.

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 11,042 ^a | 4 | ,026 |
| Razón de verosimilitud | 10,273 | 4 | ,036 |
| Asociación lineal por lineal | 1,102 | 1 | ,294 |
| N de casos válidos | 81 | | |

Interpretación: se observa de la tabla de chi cuadrado que hay asociación significativa entre el Edentulismo de las personas y Dolor en Adultos del programa pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello, pues se tiene un P-valor=0.026<0.05, es decir El edentulismo en los Adultos está asociada con su Dolor.

V. DISCUSIÓN

La salud oral es mala a nivel mundial. El edentulismo, que es la pérdida de dientes; viene ser una de la causa que genera una mala salud oral. Aun cuando se tiene prótesis dental ya sea parcial o total esto suele generar molestias como dolor a nivel de mucosas que están en contacto, dificultad al masticar, y trastornos en la autoestima.

Diferentes factores ambientales, enfermedad periodontal, falta de conocimiento del cuidado oral generan la pérdida de dientes.

La calidad de vida viene a ser la percepción del individuo hacia su entorno, se refiere a una sensación que se tiene subjetivamente de bienestar físico, psicológicos y de ambiente.

El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre Edentulismo y Calidad de Vida en adultos mayores del programa pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello Lurín 2018, de una muestra de 81 adultos mayores, elegida de forma no aleatoria por conveniencia. En la siguiente investigación se utilizó el cuestionario de GOHAI (Índice de Higiene Oral Geriátrico), que consta de 12 ítems, que luego se catalogara como Buena” (57-60 puntos), “Regular” (51-56 puntos), “Mala” (50 puntos o menos).

La distribución del grupo según características demográficas refiere que el 75.31% del total de personas son de género femenino y el 24.69% masculino. Dentro de grupo etario el 39.51% del total tienen edades entre 68 y 78 años de edad. Estos datos coinciden con los resultados del INEI donde refiere que el 51.92% de la población de género femenino y el 48.08% es de género masculino.

En cuanto a la relación del edentulismo y calidad de vida no hay asociación significativa debido a la poca población. El 92.59% de adultos mayores tiene una calidad de vida mala. Díaz y col encontraron el impacto negativo sobre la calidad

de vida. Además, Moya et al percibe un 76.6% de mala calidad de vida. En Madrid, Bellamy et al el 66% de su muestra tenían una calidad de vida mala.

Respecto a la frecuencia de Edentulismo parcial, mixto o total, siendo el Edentulismo total el mayor representado con un 45.58% (37 adultos mayores). En Ecuador, Vanegas et al sostiene que el Edentulismo parcial es el tipo de pérdida dental más frecuente (75 %).

Por otro lado, la calidad de vida es mala en su gran mayoría en el género femenino con un 71.60%. En Perú, Del Castillo refiere, que el 65.3% de mujeres, tiene una a percepción baja de calidad de vida.

En aquellos con calidad de vida mala, la función física, psicosocial y dolor regular. Henriques et al con relación al impacto de calidad de vida con las dimensiones de OHIP-14 los mayores porcentajes relatados por los individuos fueron: dolor físico 67.8%, incomodo psicológico 56.9%, 61.9% limitación psicosocial. En Perú, Alvarez et al, indica que la calidad de vida se ve afectada e sus tres dominios físico, psicológico y dolor e incomodidad.

En la presente investigación se confirma el impacto que tiene el edentulismo en la percepción de la calidad de vida. Los resultados deben de tomarse como base para nuevas investigaciones de relación entre edentulismo y calidad de vida en adultos mayores, utilizando el instrumento GOHAI.

VI. CONCLUSIONES

El propósito de este estudio es encontrar la relación de Calidad de Vida y Edentulismo donde no se hayo asociación debido a la poca población del programa pensión 65 del Centro de Salud Julio César Tello 2018.

En los estudios realizados se determinó que la frecuencia de Edentulismo ya sea Parcial, Total y Total Completa es un factor de riesgo para una percepción mala de la calidad de vida.

El utilizar el índice de GOHAI constituye en instrumento de fácil utilización, por lo cual se pudo analizar que en el programa de adultos mayores la calidad de vida es mala.

También en el estudio realizado se observó que el Edentulismo Parcial, Total y Total Completa tienen relación con respecto a las dimensiones psicosocial y dolor de calidad de vida.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda que se continúe fomentando este tipo de proyectos pero con más población Adulto Mayor.

Concientizar a los familiares de Adultos mayores sobre la importancia con respecto a los cuidados odontológicos que se deben tener para esta etapa.

Implementar medidas de Salud Oral a nivel de Ministerio de Salud y sus redes que abarque cuidados prostodónticos.

También se recomienda ayuda psicológica para superar la percepción de los adultos mayores en cuanto a su estado de edentulismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Esquivel R. (2010). *Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI*. Revista ADM; 47(3): 127-32.

Awuapara N. (2013). *Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, provincia de Celendín, departamento de Cajamarca*. Univ. Peruana Cayetano Heredia.

Chicaiza M. (2013). *La calidad de vida y su relación con la salud oral de los adultos mayores en el Hogar de ancianos de Riobamba*. Universidad Nacional de Chimborazo.

Díaz Vásquez, Silvia Soledad. (1988). *Estimación del riesgo de pérdida dentaria por enfermedad periodontal según factores específicos*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tesis de bachiller en Estomatología.

Henriques J, Soares G, Hordonho P. (2013). *Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños*. Acta Odontológica Venezolana; 51(3).

Starr JM, Hall RJ, Macintyre S, Deary IJ, Whalley LJ. (2008). *Predictors and correlates of edentulism in the healthy old people in Edinburgh (HOPE) study*. Gerodontology.

De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes MC, Zelocuatecatl A. (2010). *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental*. Univ Odontol; 29(63): 83-9

Marques J, Sales L, Sampieri A. (2015). *Edentulismo e autopercepção em saúde bucal em idosos de um município do nordeste brasileiro*. Rev Pesq Saúde; 16(3): 144-148.

Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. (2012). *Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores*. Rev. Estomatol. Herediana; oct-dic 22(4):197-202.

OMS. (2012). *Salud bucodental*.

OMS. (2004, Feb 4). *La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales*.

Instituto de Diagnostico Maxilofacial (2015). *Edentulismo y Calidad de Vida entre Adultos Mayores*.

MINSA (2012). *Plan de intervención para la salud oral con Prótesis Removible del adulto mayor*.

Lee J, Weyant R, Corby P, Kritchevsky S, Harris T, Rooks R, Rubin S, Newman A. (2004). *Edentulism and nutritional status in a biracial sample of wellfunctioning, community-dwilling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study*. Am J Clin Nutr; 79:295-302.

Capuñay J, Alvarado F, Pinedo V. (1996). *Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Rev. Med. Hered; 7:172-7.

Shamrany M. (2008). *Is depression associated with edentulism in Canadian adults?* (Tesis Magistral). Toronto (Canadá): Departamento de Odontología, Universidad de Toronto.

Neves F, Balbinot J, Rosario M, Aparecido J. (2009). *Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians*. Community Dent Oral Epidemiol; 37:231-40.

Díaz P. (2009). *Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. (Tesis de Pregrado)*. Lima (Perú): Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Suzuki K, Nomura T, Sakurai M, Naoki S, Yamanaka S, Matsukubo T. (2005). *Relationship between Number of Present Teeth and Nutritional Intake in Institutionalized Eldery*. Bull Tokyo Dent Coll; 46(4):135-143.

Hernández R, Calderón R, Fernández J, Cueto A. (2006). *Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada*. RCOE; 11(2):181-91.

Tuesca R. (2005). *La calidad de vida, su importancia y cómo medirla*. Salud Uninorte Barranquilla; 21:76-86

Sánchez GS, Cedillo JT, Reyes MH, De la Fuente HJ, Solórzano SF, García PC. (2007). *“Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales.”* Salud Publica Mex; 49:173-181

Esquivel HRI, Jiménez FJ. *“El efecto de los dientes perdidos en un grupo de adultos mayores.”* Rev Odontología Actual 2008;5(58):48-52

Esquivel HRI, Jiménez FJ. (2009). *Perception of functionality of the oral cavity to feeding in elder adults*. Revista ADM; 65(1).

Gutiérrez Vargas. V.T (2015). *“Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal, Revista Estomatológica Herediana*.

Azañedo Vilchez. (2016). *Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Perú*.

Ministerio de salud. (2015). *Resolución Ministerial*.

Rendón Y. (2004). *Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño*. España: Editorial Medica panamericana.

Mac Entee MI. (1985). *The prevalence of edentulism and diseases related to dentures. A literature*. J Oral Rehabil; 12: 195-207.

Troiano M et al (2000). *Alternativas Terapéuticas en el Desdentado Parcial y Total Inferior*". Buenos Aires 1235. Rosario Argentina.

Perez Serrano Gloria et al. (2013). *Calidad de vida en personas adultas mayores*. España. Editorial uned juan del rosal, 14. Madrid.

Matiz C. (2016). *Odontología Geriátrica. D.R.* Editorial El Manual Moderno. Colombia.

Cuenca E, Baca P. (2005). *Odontología Preventiva y Comunitaria: principios métodos y aplicaciones*. 3ª ed. Barcelona: Masson.

Carl E. Misch (2007). *Prótesis Dental sobre Implantes*. España. Editorial Elsevier.

Alvarez E., Martinez T. (2017). *Calidad de Vida en el Edentulismo Total*. Recuperado:

Degradandi V., Betancourt M., Fabruccini A., Fuentes F. (2017). *Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis removibles totales* Recuperado: <http://www.scielo.org.pe>

Díaz S, Arrieta K, Ramos K. (2012). *Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores*. REV CLÍN MED FAM; 5 (1): 9-169.

Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. (2012). *Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores*. Rev. Estomatol. Herediana; oct-dic 22(4):197-202.

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

| TÍTULO | DEFINICIÓN DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS | CLASIFICACIÓN DE VARIABLES | METODOLOGÍA | POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO | INSTRUMENTOS |
|--|--|--|--|--|---|---|--|
| Edentulismo y calidad de vida en adultos mayores del programa corazones contentos pensión 65 de Lurín 2018 | ¿Cuál es la relación del edentulismo y calidad de vida en pacientes adultos mayores del Programa Corazones Contentos de Julio C. Tello-Lurín 2018? | Determinar la relación del edentulismo y calidad de vida en pacientes adultos mayores del Programa Corazones Contentos pensión 65 Julio C. Tello-Lurín 2018. | La relación de edentulismo y calidad de vida es mala en pacientes adultos mayores del programa corazones contentos pensión 65 Lurín 2018 | <p>Variable 1 Calidad de vida</p> <p>Variable 2 Edentulismo</p> <p>Variables intervinientes</p> <p>Sexo Lugar edad</p> | Tipo de Estudio es correlacional y el diseño del estudio es No experimental | Pacientes de ambos sexos del programa corazones contentos pensión 65 Lurín 2018 | <p>EDENTULISMO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA CORAZONES CONTENTOS PENSION 65 DE LURIN 2018</p> <p>EDAD:</p> <p>SEXO:</p> <p>OCUPACION:</p> <p>INDICE ORAL EN GERIATRIA O GOHAI</p> <p>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) (14). 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 (36). “Buena” (57-60 puntos) “Regular” (51-56 puntos) “Mala” (50 puntos o menos)</p> |

ANEXO 2. Matriz de Operacionalización

| VARIABLE PRINCIPAL | CONCEPTO | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | VALOR |
|--------------------|--|---------------------|--|---------|--|
| CALIDAD DE VIDA | Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar del individuo | Función física | Disminución o cambio del tipo de comida por falta de dientes o dentadura Tragar cómodamente Impedimento de hablar por falta de dientes o Dentadura Problema de eficiencia en la masticación | Ordinal | Buena (57-60 puntos) Regular (51-56 puntos) |
| | | Función Psicosocial | Evita contacto con personas por la falta de dientes o dentadura Satisfacción por el estado de su boca o Dentadura Preocupación por el cuidado de su boca o Dentadura Nerviosismo por su falta de dientes o dentadura Incomodidad al comer frente a personas por su falta de dientes o dentadura Capacidad de comer sin molestias Uso medicamentos para aliviar dolor en boca Sensibilidad en encías | | Mala (50 puntos o menos) |
| EDENTULI SMO | Es una patología que conlleva a la pérdida de los dientes definitivos en una persona adulta. | Parcial | Perdida de una o más piezas dentales. | Nominal | Odontograma |
| | | Total | Pérdida en su totalidad de las piezas dentales en una arcada | | |
| | | Total Completa | Perdida en su totalidad de piezas dentales en ambas arcadas | | |

ANEXO 3: Instrumentos

DETERMINAR LA RELACIÓN DEL EDENTULISMO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO DE SALUD JULIO C. TELLO LURÍN 2018

FECHA DE RECOLECCION DE DATOS: EDAD: ()

SEXO: ()

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

PROCEDENCIA: _____

INDICE DE SALUD ORAL EN GERIATRIA O GOHAI

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) (14). 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 (36).

| Con que frecuencia en los últimos 3 meses | Siempre | A menudo | A veces | Rara Vez | Nunca |
|---|---------|----------|---------|----------|-------|
| 1. ¿Ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura? | | | | | |
| 2. ¿Ha tenido problemas al masticar comida como carne o manzanas? | | | | | |
| 3. ¿Ha tragado o deglute los alimentos confortablemente? | | | | | |
| 4. ¿Sus dientes o dentadura le impiden para hablar bien? | | | | | |
| 5. ¿Ha podido comer las cosas sin alguna molestia? | | | | | |
| 6. ¿Limita sus contactos con otras personas por culpa de las condiciones de sus dientes? | | | | | |
| 7. ¿Se siente contento o feliz con el aspecto de sus dientes o de su dentadura? | | | | | |
| 8. ¿usa medicamentos para aliviar el dolor o molestias relativas a su boca? | | | | | |
| 9. ¿Se ha preocupado o le inquietan los cuidados con sus dientes, encías o dentaduras? | | | | | |
| 10. ¿Se ha sentido nervioso por problemas con sus dientes, encías o dentaduras? | | | | | |
| 11. ¿Sintió inconformidad al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes? | | | | | |
| 12. ¿Ha tenido dolor o sensibilidad en sus dientes o encías al contacto con el calor, frío o dulce? | | | | | |

"Buena" (57-60 puntos) "Regular" (51-56 puntos) "Mala" (50 puntos o menos)

ODONTOGRAMA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|----|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 54 53 52 51 | | | | | 61 62 63 64 65 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 85 84 83 82 81 | | | | | 71 72 73 74 75 | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESPECIFICACIONES: _____

ANEXO 4: validación de Instrumentos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita):
Manrique Bravo Maira Ibet ; Vilcapoma taipe Pamela Rosby

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de TALLER DE TESIS II, DE LA CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA, promoción 2018, aula 003, requiero validar los instrumentos con los cuales debo recoger la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA.

El título o nombre del proyecto de investigación es: EDENTULISMO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSION 65 DEL CENTRO DE SALUD JULIO C. TELLO LURIN 2018, y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos, recurro y apelo a su connotada experiencia a efecto que se sirva aprobar el instrumento aludido.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables, dimensiones indicadores.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Operacionalización de las variables.

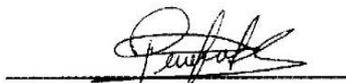
Expresándole mi sentimiento de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Bach. MAIRA IBET MANRIQUE BRAVO
D.N.I: 72209433



Firma

Bach. PAMELA ROSBY VILCAPOMA TAIPE
D.N.I. 46133008

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLE 1:

Calidad de vida:

La OMS (1994) ,define la "calidad de vida" como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

Dimensiones de la variable 1:

Dimensión 1:

- **FISICA**

(Awuapara, 2010). La función masticatoria disminuye Originando que los alimentos cambien de una manera violenta. La evidencia nos da a comprender que la población edéntula evita comidas tales como frutas, vegetales y carnes, siendo sus alimentos de elección las comidas procesadas, ya que tiene mayor facilidad para consumirlas.

Indicadores

- **Comer**

Según ABC: La acción de comer es quizás la más importante que cualquier ser vivo pueda realizar ya que implica alimentarse o recibir diferentes tipos de nutrientes que se convierten en energía para seguir viviendo. El acto de comer es natural en cualquiera de los mundos de los seres vivos aunque debemos señalar que el ser humano es el único que ha logrado racionalizarlo y hacer de él más que una simple acción orgánica. Comer es, para el ser humano, también una oportunidad para sentir placer, para disfrutar con seres queridos, para probar sensaciones nuevas y diferentes cada vez.

- **Hablar**

(Crystal y Davy ,1975) habían apuntado en esta línea de continuidad en el habla como sinónimo de fluidez cuando establecieron una clasificación en la que incluían algunos elementos que permitían que el hablante mantuviese un discurso continuo, a saber, las conjunciones, las palabras y frases de conexión y la conectividad prosódica. En relación a la conectividad prosódica, recogieron diversos elementos que también formaban parte de ese discurso continuo, como el volumen, el tono, la velocidad, el ritmo y la pausa. Según estos autores no hay fluidez cuando se interrumpe la continuidad, cuando se usan secuencialmente distintos tonos y melodías y, por último, cuando hay una pronunciación incorrecta en tanto que interrumpe la fluidez rítmica de la proposición.

- **Deglutir**

Marchensan refiere que la deglución es una acción motora automática, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. El objetivo de la deglución es el transporte del bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio. La deglución es una actividad neuromuscular compleja, que puede ser iniciada conscientemente, durando de 3 a 8 segundos.

Dimensión 2:

- **PSICOSOCIAL**

(Caglayan et al., 2009). La percepción del paciente resulta importante cuando se evalúa la necesidad de tratamiento, planificación y la espera de un resultado clínico, en el consultorio odontológico. Actualmente, existe un creciente reconocimiento de que la salud oral tiene un impacto en la vida social y psicológica del individuo. Por tanto, es importante determinar las causas por las cuales los pacientes tienden a buscar tratamiento y en qué medida esto afecta su calidad de vida

Indicadores

- **Preocupación o inquietud**

(Locke, 2011) El hombre, como agente, es libre si tiene el poder de hacer efectiva su voluntad. Sin embargo, el hombre no es libre con respecto a su voluntad, es decir que no es libre de preferir la existencia. Si la libertad consiste en poder hacer efectivo lo que la voluntad manda, el problema ontológico de la determinación de la voluntad deviene un problema ético de la mayor importancia. La respuesta de Locke es clara: «Y a esto respondo, el motivo para continuar en el mismo estado o acción, es sólo la satisfacción presente en él; el motivo para cambiar, es siempre alguna inquietud».

- **Insatisfacción con la apariencia**

(Raich R.M., 2000) La imagen corporal representa la manera en que un individuo se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. No es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de la vida, teniendo una mayor relevancia durante la infancia y adolescencia.

- **Autoconciencia**

Rogers (1951) considera que el yo llega a ser un concepto formado desde el material bruto de los perceptos, a través del pensamiento reflexivo (el

autoconcepto "; puede conceptuarse como una configuración organizada de percepciones del yo".

Dimensión 3:

- **DOLOR**

(Bonica, 1990), el dolor no discrimina por razas o civilizaciones y prueba de ellos es que se pueden ver referencias en las tablas de arcilla de babilonia.

VARIABLE 2:

- **EDENTULISMO**

Según Alan B. Carr (2006), el edentulismo es la pérdida total o parcial de las piezas dentales, y la etiología puede ser adquirida o congénita. Los pacientes con edentulismo total se manifiestan por síndromes congénitos muy complicados y en general, esto no es factible con la vida. En los pacientes edentulos adquiridos, se da a lo largo de la vida y la perdida dental presenta varias causas, por lo que el edentulismo adquirido es más común, y está relacionado a enfermedad periodontal, traumatismos y caries.

Dimensiones

- **Total**

(OMS, 1990), En la década de los 90 la Organización mundial de la salud (OMS) ha calificado el edentulismo total como una situación de invalidez.

- **Parcial**

(Cuenca E, Baca P. 2005).El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, que podría afectar negativamente la calidad de vida del paciente.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:
Calidad de vida y Edentulismo.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

Corpancho Carhuaz Jean Carlo

DNI: 433.759.66

Especialidad del validador: Odontólogo

12 de 12 del 2018

- ¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**MINISTERIO DE SALUD
DIRIS LIMA SUR**

Jean Carlo
JEAN CARLO CORPANCHO CARHUÁZ
CIRUJANO DENTISTA COP. 23458
GERENTE DEL CS CLAS JULIO C. TELLO

Firma del Validador

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:
Calidad de vida y Edentulismo.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

Cruz Telada Yrenes Eugenio

DNI: 09976516

Especialidad del validador: Psicología de la Salud

Lima 20 de 12 del 2018

¹Partinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Dr. L. Eugenio Cruz Telada
PSICOLOGO
CPsP. 2819

Firma del Validador

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"



Lima, 11 de diciembre de 2018

Señores.

CENTRO DE SALUD JULIO CESAR TELLO LURIN

Presente.-

Atención: Dr. Jean Carlo Corpancho Carhuaz

Me es muy grato dirigirme a usted a nombre de la Universidad Privada TELESUP, para solicitarle su consentimiento para que nuestras alumnas bachilleres VILCAPOMA TAIPE PAMELA ROSBY y MANRIQUE BRAVO MAIRA IBET, de la Escuela Profesional de ODONTOLOGIA pueda recabar información y aplicar sus instrumentos en su prestigiosa Institución.

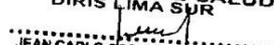
Su consentimiento permitirá que nuestras alumnas bachilleres pueda culminar su tesis y sustentarla con éxito, lo cual redundaría en beneficio tanto para él como para su Institución. En espera de su respuesta positiva, quedamos de usted.

Seguro de merecer su gentil atención aprovecho la oportunidad para expresarle a usted mi más alta consideración y estima personal.

Atentamente,




DR. ANAXIMANDRO PERALES SANCHEZ
Vicerrectorado Académico
Universidad Privada Telesup

MINISTERIO DE SALUD
DIRIS LIMA SUR

JEAN CARLO CORPANCCHO CARHUAZ
CIRUJANO
GPEP
13456
JULIO C. TELLO

UPT-CC-18-0069

CENTRO DE SALUD JULIO C. TELLO CLAS

Lima 12 de diciembre del 2018

Señores.

UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

Presente

Atención: Dr. Anaximandro Perales Sánchez
Vicerrector Académico

De nuestra mayor consideración.

Centro de Salud Julio C. Tello CLAS Lurín DISA – DIRESA II LIMA SUR RED Villa el Salvador – Lurín- Pachacamac – Pucusana ubicación Av. las acacias Mz. b1 Lote 12 Sector 01 Julio C. Tello representado por el gerente Dr. Jean Carlo Corpancho Carhuaz con DNI: 43375966, expreso lo siguiente.

Damos consentimiento para que las srts. Pamela Rosby Vilcapoma Taipe, identificado con DNI: 46133008 y Maira Ibet Manrique Bravo, identificado con DNI: 72209433 puedan obtener información de nuestro centro de salud para el desarrollo de su tesis.

Atentamente:

MINISTERIO DE SALUD
DIRIS LIMA SUR
.....
JEAN CARLO CORPANCHO CARHUÁZ
CIRUJANO DENTISTA COP 2801
GERENTE DEL CS

ANEXO 5: Matriz de Datos

| N° edad | genero | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | calidad | de vida |
|---------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|---------|---------|
| 1 | 65 | 1 | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3 | 1 | 5 | 5 | 2 | 1 | 37 |
| 2 | 69 | 2 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 1 | 3 | 40 |
| 3 | 66 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 5 | 5 | 3 | 44 |
| 4 | 79 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 37 |
| 5 | 71 | 1 | 5 | 3 | 3 | 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 2 | 3 | 45 |
| 6 | 63 | 1 | 2 | 3 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 2 | 1 | 4 | 5 | 5 | 1 | 35 |
| 7 | 86 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 5 | 2 | 19 |
| 8 | 65 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 29 |
| 9 | 72 | 2 | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 42 |
| 10 | 84 | 2 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 | 36 |
| 11 | 88 | 2 | 5 | 5 | 5 | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 55 |
| 12 | 64 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 2 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 1 | 40 |
| 13 | 63 | 1 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 48 |
| 14 | 88 | 1 | 5 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 2 | 5 | 2 | 1 | 5 | 5 | 2 | 43 |
| 15 | 85 | 2 | 1 | 1 | 5 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 | 3 | 38 |
| 16 | 73 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 2 | 42 |
| 17 | 65 | 1 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 48 |
| 18 | 72 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 4 | 2 | 1 | 5 | 3 | 35 |
| 19 | 65 | 1 | 5 | 4 | 1 | 5 | 1 | 5 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 | 43 |
| 20 | 65 | 2 | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 5 | 1 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 46 |
| 21 | 65 | 1 | 5 | 5 | 3 | 5 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 41 |
| 22 | 63 | 1 | 2 | 3 | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 37 |
| 23 | 83 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 39 |
| 24 | 67 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 5 | 2 | 35 |
| 25 | 73 | 1 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 1 | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 39 |
| 26 | 57 | 1 | 5 | 1 | 5 | 3 | 1 | 1 | 4 | 5 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 33 |
| 27 | 80 | 2 | 4 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 49 |
| 28 | 76 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 1 | 43 |
| 29 | 70 | 1 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 2 | 39 |
| 30 | 77 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 2 | 43 |
| 31 | 84 | 1 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 34 |
| 32 | 86 | 2 | 1 | 3 | 1 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 2 | 3 | 40 |
| 33 | 64 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 | 1 | 41 |
| 34 | 67 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 43 |
| 35 | 78 | 1 | 5 | 3 | 1 | 5 | 3 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 5 | 1 | 43 |
| 36 | 63 | 1 | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 | 3 | 1 | 1 | 3 | 37 |
| 37 | 65 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 2 | 4 | 5 | 2 | 4 | 2 | 5 | 3 | 41 |
| 38 | 72 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 36 |
| 39 | 57 | 1 | 5 | 3 | 1 | 5 | 4 | 5 | 3 | 2 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 44 |
| 40 | 66 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 2 | 39 |
| 41 | 83 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 33 |
| 42 | 68 | 1 | 4 | 3 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 2 | 5 | 1 | 38 |
| 43 | 71 | 1 | 5 | 5 | 1 | 4 | 1 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 47 |
| 44 | 77 | 1 | 5 | 3 | 1 | 5 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 1 | 44 |
| 45 | 80 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 38 |
| 46 | 75 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 42 |
| 47 | 79 | 2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 52 |
| 48 | 68 | 1 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 1 | 5 | 2 | 4 | 5 | 1 | 1 | 40 |
| 49 | 74 | 1 | 5 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 4 | 1 | 5 | 5 | 1 | 38 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|
| 50 | 71 | 2 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 2 | 39 | 11 | 7 | 21 |
| 51 | 85 | 1 | 5 | 4 | 3 | 1 | 5 | 3 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2 | 46 | 13 | 15 | 18 |
| 52 | 82 | 1 | 5 | 1 | 5 | 2 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 40 | 13 | 15 | 12 |
| 53 | 63 | 1 | 5 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 41 | 13 | 11 | 17 |
| 54 | 83 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 2 | 35 | 10 | 12 | 13 |
| 55 | 82 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 39 | 11 | 13 | 15 |
| 56 | 74 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 2 | 39 | 8 | 14 | 17 |
| 57 | 66 | 1 | 5 | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 2 | 5 | 2 | 46 | 15 | 13 | 18 |
| 58 | 58 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 33 | 11 | 10 | 12 |
| 59 | 70 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 32 | 10 | 8 | 14 |
| 60 | 67 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 5 | 3 | 5 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 34 | 11 | 9 | 14 |
| 61 | 83 | 1 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 52 | 18 | 14 | 20 |
| 62 | 78 | 2 | 4 | 5 | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 47 | 14 | 11 | 22 |
| 63 | 73 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 3 | 1 | 42 | 16 | 9 | 17 |
| 64 | 67 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 1 | 32 | 4 | 15 | 13 |
| 65 | 80 | 1 | 4 | 5 | 4 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 50 | 18 | 11 | 21 |
| 66 | 70 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 1 | 2 | 3 | 35 | 9 | 10 | 16 |
| 67 | 68 | 1 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 40 | 16 | 10 | 14 |
| 68 | 67 | 1 | 3 | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 33 | 11 | 8 | 14 |
| 69 | 67 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 18 | 6 | 3 | 9 |
| 70 | 72 | 2 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 2 | 54 | 19 | 13 | 22 |
| 71 | 81 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 35 | 9 | 9 | 17 |
| 72 | 63 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 5 | 2 | 28 | 9 | 8 | 11 |
| 73 | 75 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 17 | 6 | 4 | 7 |
| 74 | 68 | 1 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 5 | 3 | 52 | 19 | 13 | 20 |
| 75 | 74 | 1 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 54 | 18 | 14 | 22 |
| 76 | 86 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 32 | 9 | 9 | 14 |
| 77 | 65 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 41 | 12 | 10 | 19 |
| 78 | 68 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 37 | 9 | 12 | 16 |
| 79 | 69 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 43 | 12 | 11 | 20 |
| 80 | 72 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 38 | 10 | 10 | 18 |
| 81 | 68 | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 42 | 12 | 10 | 20 |