



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A
LA SALUD BUCAL EN ADULTOS
MAYORES CONCURRENTES AL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE
SAN ISIDRO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA

DIEGO ALONSO KURT ESPINOZA
ESPINOZA

LIMA - PERÚ
2017

JURADO EXAMINADOR DE LA TESIS

Dr. Abraham Meneses Presidente

Mg. Cesar del Castillo Vocal

Mg. Carlos Espinoza Secretario

ASESOR

Mg.Esp. Carmen Rosa García Rupaya

DEDICATORIA

A Dios,

Gracias por todo mi señor.

A mi madre **Ana Luzmila Espinoza Sánchez,**

Agradezco su constante apoyo y estímulo incondicional pasando por encima de las dificultades. Mi eterno agradecimiento y reconocimiento.

A mi abuelo **Max Espinoza Aguilar,**

Quien me ha acompañado, apoyado y tratado con mucho amor y cariño.

A mis hermanos **Daniel Alonso kim Espinoza y Ana patricia Espinoza**

Quienes, incondicionalmente estuvieron conmigo durante mi trayectoria.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. **Carmen Rosa García Rupaya**, por su orientación e incentivo en la realización de este trabajo de investigación, así como también su confianza en mi potencial.

A mis colegas de la Maestría en Estomatología, por su compañía y amistad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN.....	
ABSTRACT.....	
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
2.1. Planteamiento del problema.....	5
2.2. Justificación.....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	7
4. OBJETIVOS.....	17
4.1. Objetivo general.....	17
4.2. Objetivos específicos.....	17
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
5.1. Diseño del estudio.....	18
5.2. Población y muestra.....	18
5.3.1. Criterios de inclusión.....	18
5.3.2. Criterios de exclusión.....	19
5.3.3. Operacionalización de Variables.....	20
5.4. Método, Técnica y Procedimiento.....	22
5.5. Consideraciones éticas.....	23
5.6. Plan de Análisis.....	23
6. RESULTADOS.....	25
7. DISCUSIÓN.....	32
8. CONCLUSIONES.....	37
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	45

RESUMEN

Objetivo: determinar la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor del distrito de San Isidro, durante el 2017.

Material y Métodos: estudio descriptivo transversal, cuya población fueron 1800 adultos mayores. La muestra fueron 184 adultos mayores. El instrumento utilizado para medir la calidad de vida en relación a la salud bucal fue el OHIP-14sp, cuya validez de contenido se realizó mediante un grupo de jueces. Con el programa estadístico SPSS versión 21.0, se calcularon las medidas de resumen, y tablas de contingencia, aplicando la Prueba Exacta de Fisher, y la Razón de Prevalencias. En todos los contrastes se utilizó un nivel de significancia de 0.05. **Resultados:** la calidad de vida fue mala en el 9.8% de adultos, buena en el 23.4%, y excelente en el 66.8%. Las mujeres (71%) tuvieron mejor calidad de vida que los hombres (58%), y a menor edad mejor calidad de vida. Salvo un 7.1% de adultos, la mayoría podían realizar sus actividades diarias. El impacto negativo de la salud bucal en la calidad de vida fue que el 61.4% de adultos tuvo un impacto negativo (Malestar Psicológico), seguido de la dimensión Limitación Funcional con un impacto negativo en el 49.5%. En la dimensión Minusvalía sólo el 16.9% de adultos tuvo un impacto negativo. **Conclusiones:** El OHIP-14sp identificó como excelente o regular calidad de vida en relación a la salud bucal al 90% de adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro.

Palabras clave: OHIP, calidad de vida, salud bucal

ABSTRACT

Objective: to determine the quality of life in relation to oral health in older adults at the Center for Elderly of San Isidro district during 2017. **Material and Methods:** it was a cross-sectional descriptive study, whose population was 1800 older adults. A sample size of 184 adults was taken. The instrument used to measure the quality of life in relation to oral health was the OHIP-14sp, whose validity of content was carried out by a group of judges. With the statistical program SPSS version 21.0, the summary measures and contingency tables were calculated, applying the Fisher's Exact Test and the Prevalence Ratio. In all contrasts, a significance level of 0.05 was used. Results: quality of life was poor in 9.8% of adults, good in 23.4%, and excellent in 66.8%. Women (71%) had a better quality of life than men (58%), and at a younger age better quality of life. With the exception of 7.1% of adults, most were able to carry out their daily activities. The negative impact of oral health on quality of life was that 61.4% of adults had a negative impact in the Psychological Upset, followed by the Functional Limitation dimension with a negative impact of 49.5%. In the Disability dimension, only 16.9% of adults had a negative impact. **Conclusions:** The OHIP-14sp identified an excellent or regular quality of life in relation to oral health in 90% of older adults attending the Center for the Elderly of San Isidro.

Keywords: OHIP, quality of life, oral health

1. INTRODUCCIÓN

La salud bucal es parte de la salud general y es esencial para la calidad de vida. Todos los individuos deben tener una condición de salud bucal que les permitan hablar, masticar, reconocer el sabor de la comida, sonreír, vivir libre de dolor y malestar, y relacionarse con los demás sin restricción.(1)

Enfermedades orales como la caries dental y la enfermedad periodontal tienen una alta prevalencia y sus consecuencias no son sólo físicas, sino que también son económicas, sociales y psicológicas. Ellas afectan seriamente la calidad de vida en un gran número de personas y puede afectar varios aspectos de la vida.(2)

Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población de 60 a más años, no solo en las naciones desarrolladas, donde el porcentaje alcanza del 15% al 20%, sino también en las naciones latinoamericanas, donde el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido y por darse en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas, en esta perspectiva, los países de América Latina deberán atender las demandas de una población adulta mayor que tiene un tamaño bastante cercano al de los países desarrollados, pero deberá hacerlo con recursos mucho menores.(3)

En el Perú el ritmo de crecimiento de adultos mayores, se viene incrementando desde hace una década, en el 2005 esa población representaba el 7,55% y para el 2025 se calcula en el 13,27%. Esto significa que en los próximos 20 años la población de adultos mayores llegará a duplicarse. En las zonas urbanas reside cerca de 73% de la población adulta mayor y el 27% en las zonas rurales. Una característica de la población adulta mayor es que, con el transcurso del tiempo, el porcentaje de mujeres adultas está creciendo frente a una disminución de los adultos varones.(4)

Este envejecimiento representa para la sociedad una preocupación especial en la prestación de los servicios de salud necesarios para garantizar su bienestar. El

envejecimiento hay que verlo como parte del desarrollo de las naciones, las causas fundamentales de este incremento están dadas, entre otras, por las migraciones, descenso de natalidad y el mejoramiento de la atención médica; por tanto, el envejecimiento debe analizarse a través de su contexto sociocultural y por su influencia en la calidad de vida.(3,5)

La calidad de vida es un concepto eminentemente humano, que ha sido aproximada a la satisfacción existencial, asumiendo una síntesis de elementos culturales que una sociedad determinada considera como estándar de confort y bienestar.(6)

Los cirujanos dentistas deben conocer las condiciones más comúnmente asociadas a la Tercera edad, sin tal formación profesional se estaría atentando contra uno de los principios éticos de la salud, el cual es brindar la mejor atención a todo paciente. La odontología actual pasa por ciertos desafíos, y un problema antiguo de la odontología se refiere a la visión de la cavidad oral como aislada del resto del cuerpo, lo que lleva al no reconocimiento de la salud oral como componente importante de la salud general del individuo. Tal visión precisa ser renovada y entendida por los pacientes y profesionales de todo el equipo multidisciplinario, más cuando los estudios arrojan que el 50% de enfermedades del adulto mayor se deben a factores nutricionales, donde la falta de dientes es una de las causas de la pobre alimentación que estos tienen.(7-9)

En el Perú no se conocen estudios con un abordaje cuantitativo que hayan evaluado la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores. El objetivo de este estudio se orienta a conocer la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor, que se encuentra ubicado en el Departamento de Lima, distrito de San Isidro.

2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Planteamiento del problema.

El envejecimiento de la población se ha convertido en uno de los mayores desafíos de la salud pública contemporánea, debido a que las enfermedades en esta etapa de vida presentan mayor gravedad. Agregándose a las condiciones de mala salud otros factores, tales como la reducción de ingresos y el estrechamiento de la red de relaciones sociales, que también pueden afectar negativamente la calidad de vida de las personas de edad.

En el Perú, pocos estudios han evaluado la calidad de vida en relación a salud bucal y menos en centros del adulto mayor, localizado en el departamento de Lima, distrito de San Isidro. La pregunta de investigación sería:

¿Cuál es la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro?

2.2. Justificación del estudio

Este estudio tiene relevancia teórica porque aporta un conocimiento no existente en salud pública en el Perú, pues los problemas debido a una mala salud bucal siguen siendo un importante problema mundial que deteriora la calidad de vida, en especial de países en vías de desarrollo ya que son causa de enfermedades estomacales o del páncreas de carácter agudas, crónicas y en ocasiones mortales (10), por ello se deben tomar medidas que contribuyan al éxito de las políticas de salud bucal a nivel de estado, con especial énfasis en adultos mayores.

Relevancia social, porque los adultos mayores son un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad de su salud bucal que influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la

función masticatoria y fono articular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.

Relevancia metodológica, porque siendo un estudio de tipo transversal y descriptivo; se determinaron las limitaciones y problemas de la calidad de vida en relación a la salud bucal, en cada una de sus dimensiones como son la limitación funcional, el dolor físico, las molestias psicológicas, la incapacidad física, etc., permitiendo una investigación rápida y completa.

La relevancia práctica fue el conocer la calidad de vida en relación a la salud bucal en los adultos mayores, porque al describir y analizar el impacto en la calidad de vida con relación a la salud bucal permitirá al odontólogo, en su consulta ambulatoria, incrementar sus conocimientos para brindar una mejor atención a este grupo de pacientes, esperando que por medio de este trabajo se evidencien resultados claros y prácticos que coadyuven al diagnóstico rápido, oportuno y sostenible, mejorando así la calidad de vida de este grupo de pacientes.

El desarrollo de este trabajo permitió evidenciar que el enfoque moderno de la atención odontológica, muestra la creciente necesidad que los profesionales de la salud aborden el concepto de calidad de vida relacionada con salud bucal, lo que incentiva a la evaluación, detección, control y seguimiento de los problemas bucales como estrategia para disminuir las alteraciones psicosociales y los efectos negativos en la calidad de vida de la población adulta mayor quien se ha convertido en un grupo con gran peso demográfico.

3. MARCO TEÓRICO

Adultos Mayores

En adultos mayores el envejecimiento es un proceso complejo e inherente a todas las estructuras y funciones del organismo, produce una progresiva disminución de la capacidad funcional, a la vez el tiempo afecta todos los órganos y tejidos, aunque su participación y la importancia varían en cada sujeto. Durante la senectud, los cambios se producen en personas diferentes, que son influenciados por factores genéticos y de estilo de vida.(11)

A nivel mundial la esperanza de vida se ve en el resultado exitoso de avances en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, así como la menor exposición a factores de riesgo, aumentando así la expectativa de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud, pero esto no puede llevarse a cabo si la calidad de vida de los adultos mayores no cumple con los principios mínimos para llevar una vida apropiada.(12)

En Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la esperanza de vida de la población peruana aumentó en 15 años, en las últimas cuatro décadas, es decir, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad del año 2015, los peruanos vivirán, en promedio, 74,6 años (72,0 años los hombres y 77,3 las mujeres). Y se informó que este indicador depende de las condiciones predominantes de mortalidad cuya incidencia aumenta o disminuye el riesgo de morir (13).

La Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1991, adoptó una resolución a favor de las personas de edad, donde se les brinda programas de salud, entre los que se recomienda que los adultos mayores cuenten con independencia sobre cómo y dónde vivir, que participen activamente en la sociedad, que reciban cuidados de sus familiares y la comunidad; teniendo acceso a recursos educativos, culturales y recreativos para obtener su autorrealización y vivir con dignidad.(14)

La Organización Panamericana de la Salud (15) menciona que en los adultos mayores el envejecimiento conlleva problemas de salud, que se reflejan en declinaciones en el estado funcional de la persona. Si no son tratados estos problemas de salud que condicionan el deterioro funcional pueden producir incapacidad como es la inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual, y ponen al adulto mayor en riesgo de iatrogenia. Una forma de evaluar la salud de los adultos mayores es a través de la evaluación funcional que provee información sobre la posible declinación o mejoría en el estado de salud, permitiendo al personal de salud intervenir de forma apropiada. Los componentes de la funcionalidad son los siguientes:

1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)
Bañarse, Vestirse, Usar el inodoro, Movilizarse (entrar y salir de la cama), Continencia, y Alimentarse.
2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
Uso de transporte, Ir de compras, Uso del teléfono, Control de fármacos, y Capacidad para realizar las tareas domésticas, y
3. Marcha y equilibrio.

Para evaluar las ABVD, se tienen indicadores, instrumentos o escalas como el índice de Katz (16) que es uno de los más evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones, que permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.

Las AIVD son evaluadas con la escala de Lawton (17), útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional del adulto mayor quienes viven en sus domicilios. Al aplicar esta escala se recomienda que se considere los riesgos de haber perdido su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se

evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades. Así como el índice de Katz ABVD, la escala de Lawton se enfoca sobre el grado de independencia que tiene el paciente, su nivel funcional, además esta escala es capaz de detectar el deterioro funcional más tempranamente que el índice de Katz ABVD (15).

Respecto al tercer componente, el movimiento (marcha y equilibrio) es esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo. El instrumento adecuada para evaluar este componente es la Escala de Tinetti modificada (18).

Calidad de Vida

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.(19-21)

Entre los factores materiales están los recursos que uno tiene como son los ingresos disponibles, la posición en el mercado de trabajo, la salud, el nivel de educación, etc. Los factores ambientales son las características del lugar de residencia que pueden influir en la calidad de vida, por ejemplo la presencia y acceso a servicios básicos, grado de seguridad y criminalidad, transporte, acceso a la tecnología que hacen la vida más simple, así como las características del hogar que también son relevantes en determinar la calidad de vida (Anexo 8) (22). Los factores de relacionamiento se refieren a las relaciones familiares, amicales y sociales como son las organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol

social después del retiro de la actividad económica, todo ello son factores que pueden afectar la calidad de vida en el adulto mayor. La calidad de vida debe considerar tanto la perspectiva de los individuos como también la perspectiva social, debido a que la calidad de vida y del bienestar del adulto mayor dependen parcial o totalmente de las políticas existentes.(14)

La información obtenida sobre calidad de vida es útil para hacer recomendaciones prácticas orientadas a la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, siendo esto una respuesta a las inquietudes de los responsables de las políticas públicas en cuanto a la prolongación de la independencia en la vejez, la provisión de medios a las personas mayores para que mantengan un papel activo en la sociedad y la promoción eficaz del bienestar de las generaciones futuras.(22)

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud, en este sentido la calidad de vida no debe extrapolarse de un paciente a otro.(21,23)

Calidad de Vida y Salud bucal

En Latinoamérica, los adultos mayores de 60 años tienen una deficiencia en la salud bucal porque visitan con menor frecuencia al dentista, no por la edad, sino por la aparición de enfermedades crónicas mal controladas y una higiene bucal deficiente.(24)

La caries dental presenta un grave problema en la salud bucal para los adultos mayores ya que más de la mitad, que aun teniendo dientes naturales están expuestos a niveles elevados de microorganismo relacionados con la caries y la enfermedad periodontal, en virtud de la disminución de la protección que proporciona el flujo salival disminuido por los efectos secundarios de algunos medicamentos en esta población. Por consiguiente, la salud bucal influye en la calidad de vida de los adultos mayores.(24,25)

La salud constituye el aspecto más relevante de la calidad de vida a medida que la persona avanza en años, por lo que es conveniente mantener la independencia y vivir en un entorno social estable. La salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores puede mejorar con la evaluación oportuna y la prevención. Se aprecia que las personas que no acuden al servicio odontológico, aludiendo diversos motivos como la falta de dinero, origina por ejemplo que sus prótesis no les ajusten y en consecuencia prefieran retirar sus dentaduras al ingerir alimentos para poder comer sin molestias, situación indicativa de la poca importancia que le atribuyen a la salud bucal.(26)

Los problemas más comunes de salud bucal en adultos mayores además de caries y enfermedad periodontal, que afectan a más de 50% de los adultos mayores, es el cáncer oral cuya prevalencia es 1.5% y que pasa desapercibido por falta de visitas preventivas al dentista, otra es la xerostomía con una prevalencia entre 6% y 72% dependiendo de la población, que favorece la proliferación de la flora, así como la presencia de otras enfermedades sistémicas con síntomas en cavidad bucal, entre ellas diabetes, artritis, Alzheimer e hipertensión.(26, 27)

Es importante atender y educar a los adultos mayores sobre la necesidad de visitar regularmente al dentista para asegurar que su salud oral se mantenga en buenas condiciones y poder prevenir enfermedades, ya que un diagnóstico temprano puede mejorar su calidad de vida.(26,28) Se ha propuesto que la percepción de la salud bucal guarda relación con la calidad de vida y con la salud en general.(26,29)

De la Fuente-Hernández y col (30) mediante los resultados obtenidos en su investigación confirman la existencia del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores, sobre todo en el sexo femenino. Las dimensiones registradas con mayor impacto son malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, lo cual refiere implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas, sin embargo otras categorías con menor impacto fueron

incapacidad social y minusvalía, y cabe señalar que las personas con estas dos últimas características difícilmente acuden a los centros a solicitar el servicio odontológico, por lo que no se puede concluir que estas dimensiones no se presentan en los adultos mayores, pues están reflejadas en las capacidades fisiológicas bucodentales, que se manifiestan al momento de establecer una comunicación con su entorno social.

La necesidad social en los adultos es un aspecto importante en el trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud, médicos de práctica general, especialistas, geriatras y cirujanos dentistas, quienes tienen la responsabilidad de realizar exámenes estomatológicos de rutina, dirigidos a detectar problemas bucodentales en el adulto mayor. Del mismo modo, deben canalizarlos a las áreas correspondientes, como prácticas de prevención, intervención temprana y rehabilitación de las diversas condiciones físicas y subjetivas que se puedan ver afectadas. Con ello se logrará un envejecimiento digno y saludable.(30)

Se ha dicho que la calidad de vida relacionada a la salud bucal es el impacto de las alteraciones bucales en aspectos de la vida diaria que son importantes para las personas. Estos impactos tienen la magnitud suficiente en severidad, frecuencia o duración, como para afectar la percepción del individuo de su vida general; tal es el caso de las personas que dejan de asistir a reuniones debido a que usan prótesis mal ajustadas que se mueven al hablar o que se llegan a caer mientras comen; o las personas que deben modificar los alimentos que consumen por problemas al masticar; o los casos en los que el dolor dental no permite que las personas se desempeñen de manera óptima o que no les permita concentrarse.(31)

Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio, este enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente, sin embargo, así como la anamnesis y la exploración física rara vez

proporcionan datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida en relación a salud del paciente. Por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar. Los resultados de esos cuestionarios junto con los que se obtienen de la historia clínica y del examen físico proporcionan información cuantificable y completa, facilitando así establecer el diagnóstico, la elección del tratamiento para luego monitorizar la salud del sujeto.(32)

Indicador de calidad vida en adultos mayores

Valorar la calidad de vida según el estado bucodental requiere de conocimientos porque se ve influenciada por la personalidad propia, así como por el entorno donde se vive y se desarrolla cada persona, por tal motivo se recomiendan instrumentos que permitan evaluarla dentro de un enfoque metodológico para identificar este impacto lo más objetivamente posible. Por consiguiente algunos de los componentes de calidad de vida no pueden ser observados de forma directa, es por eso que se han desarrollado diversos cuestionarios divididos en dimensiones representadas por grupos de preguntas que valoran la percepción psicosocial personal de cada individuo como herramientas de estimación adicional al tradicional enfoque de las evaluaciones físicas.(33)

Existen varios instrumentos para medir la calidad de vida en relación a la salud bucal, ya que desde la Segunda Guerra Mundial se tenía el concepto de una relación entre la función oral y el sentirse bien, es pues que la importancia de esta relación en el área odontológica ha tomado fuerza en las últimas décadas, creándose escalas de medición para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Con estos instrumentos se obtienen datos que servirán para estimar el impacto social y funcional de los problemas bucales, y que además sirven de referencia para las medidas clínicas objetivas y poder así evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos. (32)

Los instrumentos utilizados son el Dental Impact on Daily Living DIDL creado por Leao y Sheiham (1996), conformado por 36 preguntas, y evalúa problemas psicosociales que se reflejan en la calidad de vida del adulto mayor en relación a

su salud bucal. Tiene cinco dimensiones y son las siguientes: 1) Comodidad asociada a salud gingival y la ausencia de empaquetamiento alimenticio, etc. .2) la apariencia física, 3) Dolor, 4) la conformidad al lograr habilidad de integrarse en actividades diarias y sociales, y 5) las restricciones alimentarias como la dificultad para comer y masticar.

El Oral Impacts on Daily Performance OIDP fue creado por Adulyanon, Sheiham (1997), y es mucho más completo por los detalles que tiene, ya que este instrumento está compuesto de 17 preguntas, donde la última de ellas se desglosa en una serie de ítems u opciones de respuesta. Aquí no se miden los síntomas sino que se evalúa las funciones diarias como comer, hablar claramente, realizar la higiene oral, sonreír, interacción social y el aprovechamiento con el contacto de otras personas.

En la población de adultos mayores los más empleados han sido el GOHAI y el OHIP-14.(30,32) Respecto del OHIP, Slade y Spencer (30,34) desarrollaron en Australia, en 1994, un cuestionario integrado por 49 preguntas, denominado OHIP-49. Debido a las limitaciones de su uso por su extensión, Slade (30,35) validó un formato resumido con 14 preguntas (OHIP-14), conformado, al igual que el anterior, por siete dimensiones denominadas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas. Las respuestas se cuantifican en la escala Likert con valores de 0 a 4, donde 0 representa el valor más bajo y el 4 es el más alto. (30,36)

López y Baelum (37) concluyeron en su investigación que la versión en español del perfil de impacto de salud oral (OHIP sp), tiene una adecuada consistencia y validez, habiéndose probado su traducción (inglés-español-inglés) en base a una población de 9,133 sujetos. Cabe señalar que se hizo una validez de apariencia y de contenido para conocer la claridad y entendimiento de las preguntas.

Duque-Duque et al (38) realizó un estudio transversal con adultos mayores que consultaron servicios de salud en una Institución Prestadora de Servicios (IPS), en

Medellín, donde aplicaron el instrumento OHIP-14 además de una encuesta con información sociodemográfica, salud general y bucal. En el plan de análisis se hizo una descripción del OHIP-14 general y según diferentes variables sociodemográficas y de salud y se calcularon las Razones de Prevalencia. Respecto al OHIP. Las respuestas al instrumento se concentraron en las opciones nunca o casi nunca, ocupando porcentajes superiores al 70%. La mayor prevalencia se presentó en mujeres, mayores de 75 años, de bajo nivel educativo y estratos socioeconómicos bajos. La conclusión: fue que en la mayoría de la población encuestada su condición bucal no ejercía una influencia negativa en su calidad de vida, sin embargo al analizar en profundidad se encontraron desigualdades según factores sociodemográficos.

Los indicadores de calidad de vida respecto a la salud bucal se han venido empleando para evaluar los resultados del tratamiento odontológico. El instrumento denominado Perfil de Impacto en la Salud Oral (Oral Health Impact Profile-OHIP) se basa en la medición (conformidad-disconformidad) de los trastornos bucales. Ugalde (39), en su estudio lo aplicó a pacientes de la Clínica de ULACIT (Univ. Latinoamericana de Ciencia y Tecnología), y de esta manera tuvo indicadores de la satisfacción producida por la intervención odontológica. Los resultados mostraron que en general los pacientes de sexo femenino mostraron mayor satisfacción en su tratamiento oral que los pacientes varones, en especial en las dimensiones dolor físico, molestias psicológicas e incapacidad psicológica. La conclusión del trabajo fue que el OHIP-14 es un instrumento confiable para la medición de las repercusiones sociales de los trastornos orales, y tiene beneficios potenciales para la toma de decisiones y la investigación clínica, sin embargo, se debe considerar que el OHIP-14 sólo evalúa los efectos negativos de la salud oral.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal es relativamente nuevo debido a que considera la propia percepción del individuo con respecto a su salud. Esta autopercepción es uno de los factores a ser considerados junto con el examen clínico odontológico. En una revisión de la literatura (40), se planteó el objetivo de hallar evidencia científica sobre el impacto negativo que tienen en la

calidad de vida las diversas patologías orales y los diversos factores socio-demográficos, a través de estudios que utilizaron el cuestionario Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14). Esta revisión tuvo lugar durante los años 2009 al 2013, y la conclusión fue que dicho instrumento es válido para el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del paciente, el cual ha servido como guía en el conocimiento de la auto-percepción del paciente acerca de su salud en su vida diaria, pudiendo de esta manera prever la adherencia del mismo. La versión en nuestro idioma castellano, OHIP-14_{SP}, ha demostrado ser un instrumento preciso, válido y confiable en la evaluación de la salud bucal y en consecuencia de la calidad de vida en la población adulta en países como España, Chile, y México, utilizado actualmente tanto en estudios transversales como longitudinales.

La calidad de vida viene a ser el objetivo final básico de la salud pública. Los diversos estudios reportan su relación con el estado de salud, de allí viene el concepto de Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS), que específicamente se reporta como las alteraciones en diferentes sistemas y órganos del cuerpo como son la boca, es decir, el impacto de la salud bucal en la calidad de vida, concepto que ha sido estudiado principalmente en adultos mayores. En una revisión sistemática (41) se identificaron las principales afecciones bucales y las repercusiones en la calidad de vida por cada etapa del ciclo vital individual. Se halló que en las primeras etapas de la vida la caries dental corresponde a la enfermedad bucal que más impacta sobre la Calidad de vida, siendo las limitaciones funcionales (comer, dormir y hablar) las más comprometidas. Tanto en adolescentes como en adultos mayores los problemas bucodentales y sus efectos en la estética dento-facial generan alteraciones psicosociales, por ejemplo, la depresión, la ansiedad y el aislamiento. La conclusión de esta revisión es que las diferentes afecciones bucales impactan en la calidad de vida pero ese impacto es diferente a distintas etapas de la vida ya que depende de las percepciones y prioridades propias de cada etapa. Este resultado refleja un gran avance en la salud pública, pues permite mejorar la toma de decisiones a nivel de tratamientos odontológicos desde una perspectiva psicosocial de la enfermedad.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General:

Determinar la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro.

4.2. Objetivo Específicos:

1. Identificar el impacto en la calidad de vida en relación a la salud bucal en su dimensión Limitación Funcional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad y sexo.
2. Identificar el impacto en la calidad de vida en relación a la salud bucal en su dimensión Dolor Físico en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad y sexo.
3. Identificar el impacto en la calidad de vida en relación a la salud bucal en su dimensión Molestias Sicológicas en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad y sexo.
4. Identificar el impacto en la calidad de vida en relación a la salud bucal en su dimensión Incapacidad Física en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad y sexo.
5. Identificar el impacto en la calidad de vida en relación a la salud bucal en su dimensión Incapacidad Sicológica en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad y sexo.
6. Identificar el impacto en la calidad de vida en relación a la salud bucal en su dimensión Incapacidad Social en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad y sexo.
7. Identificar el impacto en la calidad de vida en relación a la salud bucal en su dimensión Minusvalía en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad y sexo.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Diseño del Estudio

Este trabajo es un estudio descriptivo de corte transversal (42), debido a que los datos se recolectaron a futuro por única vez en el tiempo.

5.2. Población

La población para este estudio estuvo constituida por 1800 adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor, que se encuentran ubicados en el departamento de Lima, distrito de San Isidro, durante el año 2013.

5.3 Muestra

La proporción de adultos mayores con impacto positivo en la calidad de vida en relación a la salud bucal, necesario para el cálculo del tamaño de muestra, se determinó aplicando una prueba piloto compuesta por 46 adultos mayores y que represento el 25% de la muestra final de (Slusanschi O, et al), pertenecientes al Centro Adulto Mayor de San Isidro (Anexo 9). Para hallar el tamaño de muestra (n) se utilizó la fórmula de estimación de una proporción para poblaciones finitas (N=1800), donde el nivel de confianza fue al 95% (z=1.96), con una precisión de 6% (d=0.06) y una proporción del impacto estimado obtenida de la prueba piloto igual a 74% (p=0.74), lo que da como resultado un tamaño mínimo de muestra de 184 adultos mayores:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)N}{(N-1)d^2 + Z^2 p(1-p)} = \frac{1.96^2 (0.74)(0.26)1800}{(1799)0.06^2 + 1.96^2 (0.74)(0.26)} = 184$$

5.3.1 Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de edades comprendidas entre los 60 años a mas.
- Autovalentes concurrentes al centro del adulto mayor en San Isidro.
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio, firmando la hoja de consentimiento informado.

5.3.2. Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con dificultad en el habla.
- Adultos mayores con impedimento para escuchar el cuestionario.
- Adultos mayores que no sepan leer.
- Adultos mayores que no deseen participar en la encuesta

5.3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
CALIDAD DE VIDA	La calidad de vida es el bienestar social general del individuo, influenciado no sólo por elementos de la economía y el empleo sino también del ambiente físico, la salud física y mental	Limitación Funcional	Componente de la calidad de vida referido a la capacidad para realizar funciones físicas.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 1 ITEM 2	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Ocasionalmente 3= Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Dolor Físico	Componente de la calidad de vida referido a la existencia de dolor físico.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 3 ITEM 4	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Ocasionalmente 3= Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Molestias Psicológicas	Componente de la calidad de vida referido al estado mental desagradable.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 5 ITEM 6	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Ocasionalmente 3= Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Incapacidad Física	Componente de la calidad de vida referido a la pérdida parcial o total de la capacidad innata.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 7 ITEM 8	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Ocasionalmente 3= Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Incapacidad Psicológica	Componente de la calidad de	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca

			vida referido a la disminución o anulación de su capacidad laboral.		ITEM 9 ITEM 10		2= Ocasionalmente 3= Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
--	--	--	---	--	-------------------	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
CALIDAD DE VIDA	La calidad de vida es el bienestar social general del individuo, influenciado no sólo por elementos de la economía y el empleo sino también del ambiente físico, la salud física y mental	Incapacidad Social	Componente de la calidad de vida que refiere incapacidad social.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 11 ITEM 12	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Ocasionalmente 3= Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
		Minusvalía	Componente de la calidad de vida que refiere una situación que impide el desarrollo de una acción.	V. Cualitativa	Cuestionario OHIP 14 ITEM 13 ITEM 14	Ordinal	0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Ocasionalmente 3= Frecuentemente 4= Muy Frecuentemente
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento	No Aplicable	Diferencia entre fecha de evaluación y fecha de nacimiento	V. Cualitativa	Fecha de nacimiento	Ordinal	60 a 65 años 66 a 70 años 71 a 75 años 76 a 80 años 81 a más años
SEXO	Características físicas externas del sujeto	No Aplicable	Datos de la encuesta	V. Cualitativa	Datos de la encuesta	Nominal Dicotómica	Masculino, Femenino

Método: Encuesta

Técnica: Aplicación del cuestionario OHIP-14 sp

5.4 Instrumento de Medición

Para el estudio se verificó la consistencia interna del OHIP-14sp previa adaptación mediante una Prueba Piloto. La validez de contenido se realizó mediante un grupo de jueces, para conocer la claridad y entendimiento de las preguntas (Anexo 7) (30)

Prueba Piloto. En 46 adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro, se hallaron los siguientes resultados: la validez de contenido se determinó con el método del Ítem-Test, aplicando correlaciones de Spearman por la naturaleza ordinal de la variable, tipo Likert, y mostró que todos los ítems obtuvieron una correlación significativa ($p < 0.05$) ayudando a que los resultados sean válidos, además si estos ítems se eliminaban de la escala la consistencia interna disminuía. Solamente el ítem 1 no tuvo una correlación significativa, pero debido a que si lo descartábamos apenas mejoraba la consistencia interna en un 1%, por tal motivo se optó por dejarlo en la escala (Anexo 7). El coeficiente de confiabilidad, Alpha de Crombach, que mide la consistencia interna dio un valor de 88%, demostrado una alta consistencia interna. El OHIP-14 es un indicador fiable y válido de la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes a centro del adulto mayor de San Isidro (Anexo 7). De este modo, luego de la Prueba Piloto se tuvo el OHIP-14sp(LIMA)

Se solicitó autorización al encargado del Centro del Adulto Mayor en San Isidro. La reunión con los adultos mayores se llevó a cabo en el patio central del recinto, en grupos de 3 a 5 donde se explicó a todos la finalidad del estudio, y se les explicó el cuestionario del Perfil de Impacto de Salud Oral OHIP-14 sp(LIMA).

Se utilizó el método de encuesta y se realizó la recolección de datos con la técnica del cuestionario del Perfil de Impacto de Salud Oral OHIP-14 sp(LIMA), durante los meses de Febrero a Diciembre del 2013. El cuestionario o escala OHIP-14 fue respondido por cada participante en forma individual tomándole en promedio de 10 a 15 minutos para responder las 14 preguntas. Los adultos mayores encuestados estuvieron debidamente informados sobre el proyecto de investigación, después de lo cual firmaron en forma individual el consentimiento informado. Se les garantizo resguardar la identidad de los participantes y su confidencialidad.. (Anexo 2)

Como beneficio del estudio se les obsequio un kit de salud bucal a los adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor en San Isidro. (Anexo 6)

5.5. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con el código SIDISI 60881 el 5 de febrero del 2013. (Anexo 3)

5.6. Plan de Análisis

Para realizar el análisis de los datos registrados, se elaboró una base de datos en Excel para su depuración, y luego se procedió a realizar el procesamiento de los mismos mediante el paquete estadístico SPSS versión 21.0, donde se calculó la estadística de resumen presentada en tablas de frecuencias y porcentajes, y la estadística inferencial en tablas de contingencia, aplicando la Prueba Exacta de Fisher, y la Razón de Prevalencias. En todos los contrastes se utilizó un nivel de significancia de 0.05.

Esta razón de prevalencias (PR) se obtuvo por el método simple de Poisson con la siguiente fórmula (Schiaffino, 43):

$$PR = \frac{OR}{(1+p1*[OR - 1])}, IC95\%: OR^{(1 \pm \frac{1.96}{z})}$$

Donde p1 es la prevalencia de la enfermedad en el grupo de referencia (no expuestos), z es el coeficiente de regresión dividido por su error estándar, y OR es el odds ratio del grupo expuesto respecto al grupo no expuesto. La prevalencia es el porcentaje de personas que presentaron alguna limitación o incapacidad ya sea física, social o psicológica según la escala OHIP-14, es decir, la prevalencia del impacto negativo.

Para determinar las categorías de Excelente, Regular y Mala calidad de vida, primero se dicotomizaron (0/1) las respuestas considerando si no presentó (0=nunca) o presentó (1=con alguna frecuencia) problemas relacionados a la salud bucal, seguidamente se sumaron estas respuestas de los 14 ítems del cuestionario OHIP-14, y se determinó las 3 categorías tomando como puntos de corte los percentiles 33 y 67, señalado por Batista (44), de modo que:

de 0 a 4 puntos = Excelente calidad de vida

de 5 a 9 = Regular calidad de vida

de 10 a 14 = Mala calidad de vida

En base a esta clasificación se consideró que hubo un impacto positivo de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor si obtuvo de 0 a 4 puntos, en caso contrario tuvo un impacto negativo (5 a 14 puntos).

6. RESULTADOS

La muestra estuvo integrada por un total de 184 adultos mayores, de los cuales el 70% fueron mujeres con una edad promedio de 74 años (± 7.2), y el 30% fueron hombres con una edad promedio de 77 años (± 7), en un rango de edad entre 60 a 92 años de edad en total.

En término general en todas las dimensiones y preguntas las mayores respuestas se concentran en las opciones nunca o casi nunca, ocupando porcentajes superiores al 65% aproximadamente. Esto se refleja en la Figura 1, donde 123 (66.8%) adultos presentaron una excelente calidad de vida en relación a su salud bucal, 43 (23.4%) tuvieron una regular calidad de vida, y sólo 18 (9.8%) tuvieron una mala calidad de vida.

Este resultado varía un poco cuando se considera el sexo y la edad de los adultos, pues en la Tabla 1 se observa que las mujeres presentaron una excelente calidad de vida más (71%) que los hombres (58%), y con respecto a los grupos de edad los mayores de 75 años son los que más presentaron una mala calidad de vida, de 16% (75 a 80 años) y 12% (81 a más). Claramente se observa que a medida que aumenta la edad disminuye la calidad de vida relacionada a la salud bucal.

La Tabla 2 presenta las respuestas afirmativas al Cuestionario OHIP-14, que han sido ordenadas de mayor a menor según su frecuencia, y resalta que los 6 primeros ítems sean de las 3 primeras dimensiones, es decir de la Limitación Funcional, del Dolor Físico, y del Malestar Psicológico. El 58.7% de adultos manifestaron que le preocupan los problemas bucales, y cerca del 40% sintió que el sabor de los alimentos había variado (41.3%), o que presentaron problemas al comer (38.6%). Salvo un 7.1% de adultos, casi la mayoría de ellos fueron capaces de realizar sus actividades diarias (ítem 14). Cabe señalar que estas respuestas afirmativas a los ítems fueron porque sucedieron ocasionalmente o con frecuencia.

El impacto negativo o alto impacto que tiene la salud bucal en la calidad de vida se muestra en la Tabla 3, y la dimensión donde se presentó la mayor frecuencia de problemas fue en Malestar Psicológico, ya que en el 61.4% de adultos tuvo un impacto negativo, seguido de la dimensión Limitación Funcional con un impacto negativo en el 49.5% de adultos. Lo que menos dio problemas fue la dimensión Minusvalía ya que sólo en el 16.9% de adultos tuvo un impacto negativo.

Las 3 dimensiones donde las diferencias entre ambos sexos fueron más visibles, y donde los hombres mostraron mayores problemas que las mujeres fueron: Malestar psicológico, Incapacidad social, e Incapacidad física, pero sólo en la dimensión Incapacidad Social esta diferencia fue significativa al nivel $p=0.058$, es decir que el 33% de hombres sintieron incapacidad social frente a un 19% de mujeres. Además el malestar psicológico fue más frecuente en ambos sexos.

En la Tabla 4 se observa el impacto negativo según sexo, en las 7 dimensiones estudiadas, y en tres de ellas, aunque las diferencias no fueron significativas ($p>0.05$), las mujeres presentaron mayor impacto negativo que los hombres.

Con respecto a la edad del adulto, la Figura 2 muestra que el impacto negativo de la salud bucal se da principalmente en los adultos de 76 a 80 años y en mayores de 80 años, en especial en dolor físico y en incapacidad física, habiendo diferencias significativas entre los grupos etarios ($p<0.05$) en estas tres dimensiones. También se observa que el malestar psicológico fue lo más frecuente independientemente de la edad alcanzando niveles de 79% (adultos de 76 a 80 años) y 69% (de 71 a 75 años).

La Tabla 5 presenta las razones de prevalencia (RP) considerando la edad de los adultos, estas RP no son una diferencia entre dos grupos sino un cociente de las prevalencias de cada grupo, en este caso tenemos dos grupos según edad: los de 60 a 75 años, y los de 76 a 92 años, es decir, RP es el cociente del porcentaje de problemas entre los mayores de 75 años respecto al porcentaje entre los menores de 76 años, y se

observa que en las dimensiones dolor físico e incapacidad física estas RP fueron significativas, esto es, en el grupo de 76 a 92 años fue más frecuente el dolor físico, en un 67% más ($p=0.002$) con respecto al grupo de 60 a 75 años; y en adultos de 76 a 92 fue más frecuente la incapacidad física en un 90% más, casi el doble en relación a los adultos más jóvenes. En las otras dimensiones las RP no fueron significativas, indicando que los problemas sucedieron con la misma frecuencia tanto en las mayores de 75 como en los menores de 76 años.

En la Tabla 6, se muestran las RP respecto al sexo, es decir, la prevalencia de las limitaciones o incapacidades en el grupo de hombres con respecto a la prevalencia de dichas limitaciones en el grupo de mujeres (de acuerdo a la fórmula de la sección 5.6 Plan de Análisis). Solamente en la dimensión Incapacidad Social los hombres presentaron una mayor proporción de problemas que las mujeres, en 1.69 veces más, es decir, 69% más limitaciones en la calidad de vida ($p=0.048$).

Tabla 1. Calidad de Vida en Relación a la Salud Bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad y sexo

	Calidad de Vida						Total	
	Excelente		Regular		Mala			
Sexo								
Femenino	91	71%	27	21%	11	9%	129	100%
Masculino	32	58%	16	29%	7	13%	55	100%
Edad								
60 a 65	13	76%	4	24%	0	0%	17	100%
66 a 70	30	73%	8	20%	3	7%	41	100%
71 a 75	28	72%	8	21%	3	8%	39	100%
76 a 80	18	47%	14	37%	6	16%	38	100%
81 a mas	34	69%	9	18%	6	12%	49	100%

Figura 1. Resultado de la Calidad de Vida en Relación a la Salud Bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro

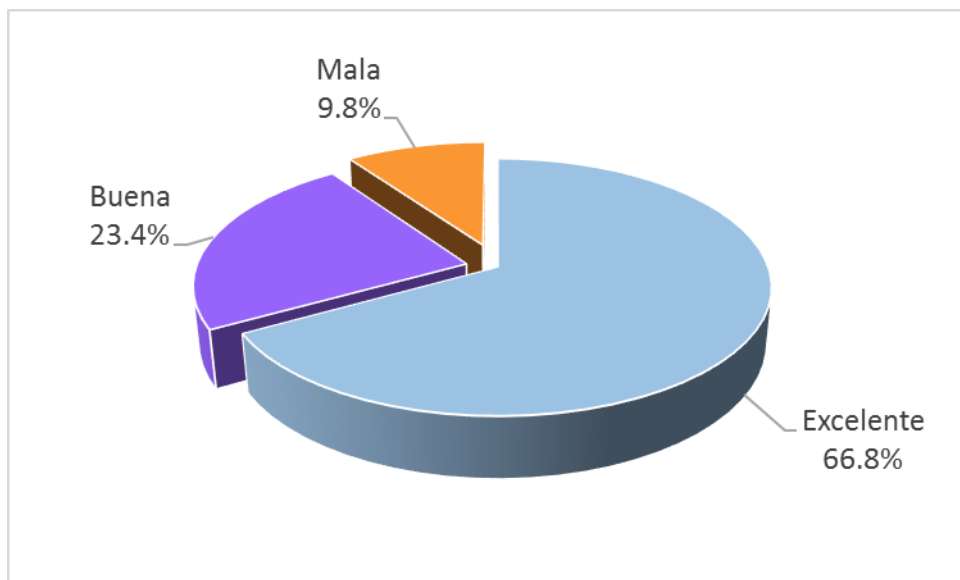


Tabla 2. Respuestas afirmativas al Cuestionario OHIP-14, sobre la Calidad de Vida en Relación a la Salud Bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro

Ítems	Sí	
01. Tuvo dificultad para pronunciar palabras	50	27.2%
02. Sintió que el sabor de los alimentos había variado	76	41.3%
03. Sintió dolor en la boca	59	32.1%
04. Presentó molestias al comer	71	38.6%
05. Me preocupan los problemas en mi boca	108	58.7%
06. He sentido estrés debido a problemas con mi boca	52	28.3%
07. Cambié los alimentos por problemas en mi boca	41	22.3%
08. Interrumpí los alimentos por problemas en mi boca	42	22.8%
09. Tuve dificultad al descansar por problemas en mi boca	30	16.3%
10. Sentí vergüenza por problemas con mi boca	45	24.5%
11. Estuve irritado por problemas de mi boca	34	18.5%
12. No realicé actividades diarias por problemas en mi boca	25	13.6%
13. La vida ha sido menos agradable por problemas de mi boca	27	14.7%
14. Fui incapaz de realizar actividades por problemas de mi boca	13	7.1%

Tabla 3. Dimensiones de la Calidad de Vida en Relación a la Salud Bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro

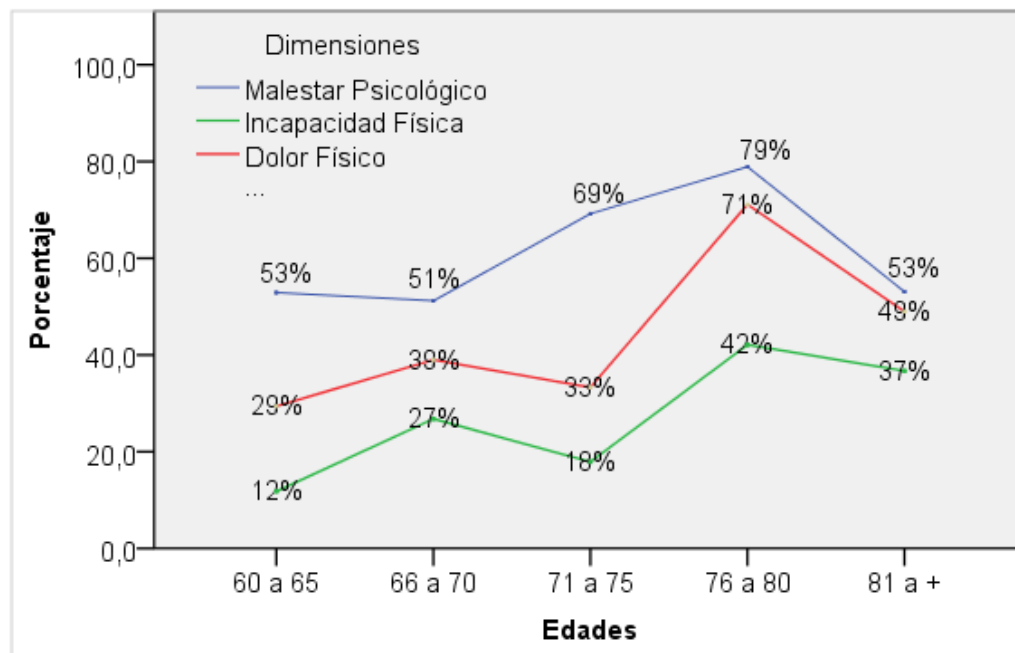
	Impacto positivo		Impacto negativo	
	n	%	n	%
Limitación Funcional	93	50.5	91	49.5
Dolor Físico	99	53.8	85	46.2
Malestar Psicológico	71	38.6	113	61.4
Incapacidad Física	130	70.7	54	29.4
Incapacidad Psicológica	126	68.5	58	31.5
Incapacidad Social	141	76.6	43	23.4
Minusvalía	153	83.2	31	16.9
En General	166	90.2	18	9.8

Tabla 4. Impacto Negativo en Relación a la Salud Bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro según Sexo

	Femenino	Masculino	Total	p*
Limitación Funcional	50,4%	47,3%	100%	0,749
Dolor Físico	45,0%	49,1%	100%	0,631
Malestar Psicológico	58,9%	67,3%	100%	0,323
Incapacidad Física	26,4%	52,7%	100%	0,216
Incapacidad Psicológica	31,8%	30,9%	100%	1,000
Incapacidad Social	19,4%	32,7%	100%	0,058
Minusvalía	17,8%	14,5%	100%	0,671

*Se ha aplicado la Prueba Exacta de Fisher, a un nivel de significancia de $\alpha=0.05$

Figura 2. Impacto negativo de la Salud Bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según Edad*



*No se muestran las otras 4 dimensiones por no haber diferencias significativas con la edad en cada grupo etario.

Tabla 5. Razón de prevalencias (RP) del impacto negativo de la Salud Bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según edad

	RP*	IC95%		p
Limitación Funcional	1,24	0,93	1,67	0,144
Dolor Físico	1,67	1,21	2,31	0,002
Malestar Psicológico	1,10	0,87	1,38	0,436
Incapacidad Física	1,90	1,18	3,04	0,008
Incapacidad Psicológica	1,11	0,73	1,71	0,617
Incapacidad Social	1,41	0,83	2,39	0,205
Minusvalía	0,92	0,48	1,75	0,796
General	2,23	0,87	5,70	0,094

* Se ha aplicado la Prueba Razón de prevalencias (RP) de Poisson con la fórmula de Schiaffino (43), considerando una RP significativa si $p < 0.05$

Tabla 6. Razón de prevalencias (RP) del impacto negativo de la Salud Bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro, según sexo

	RP*	IC95%		p
Limitación Funcional	0,94	0,68	1,30	0,703
Dolor Físico	1,09	0,78	1,52	0,603
Malestar Psicológico	1,14	0,90	1,44	0,268
Incapacidad Física	1,38	0,88	2,17	0,165
Incapacidad Psicológica	0,97	0,61	1,56	0,908
Incapacidad Social	1,69	1,01	2,84	0,048
Minusvalía	0,82	0,39	1,71	0,591
General	1,49	0,61	3,66	0,381

* Se ha aplicado la Prueba Razón de prevalencias (RP) de Poisson con la fórmula de Schiaffino (43), considerando una RP significativa si $p < 0.05$

7. DISCUSIÓN

Los resultados generales de esta investigación muestran que en la mayoría de la población encuestada, la salud bucal no ejerció una influencia negativa en su calidad de vida, dado que las respuestas tendían hacia valores de nunca y casi nunca y las prevalencias de mala calidad en salud bucal tomaron valores bajos, lo que indicó una menor severidad.

Se encontraron diferencias significativas y desigualdades entre hombres y mujeres, en algunas dimensiones, que pueden ser explicadas desde una perspectiva de género ya que la percepción sobre el impacto negativo en la calidad de vida derivado de problemas bucales, ocurren dentro de contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos.(45,46,47)

En este estudio el impacto negativo fue reportado con más frecuencia en hombres que en mujeres, pero solamente en la dimensión de Incapacidad Social, aunque la severidad de este impacto fuera menor en términos generales. Por generaciones las mujeres han vivido en un rol cultural que ha exigido de ellas la responsabilidad del cuidado familiar, lo que a su vez ha incentivado el autocuidado.(45,46,47) Por esta razón, podrían estar más atentas a su salud bucal, sienten más necesidad de consultar ante cualquier alteración evitando su avance, y al mismo tiempo manifiestan percibir algún problema bucal con mayor frecuencia, lo que llevaría a comprender por qué a pesar de que se encuentran en mejores condiciones respecto a los hombres, éstas se ven tan afectadas como los hombres a nivel psíquico, e incluso pueden llegar a somatizar este sentimiento en su salud general, manifestando secuelas como incapacidad física.

Un estudio realizado en población adulta mayor, muestra como las mujeres reportan mayores niveles de preocupación, dolor y otros síntomas bucales cuando se aplican encuestas subjetivas de salud oral (48), datos que concuerdan parcialmente con

nuestros resultados, ya que en las dimensiones Limitación funcional, Incapacidad Psicológica, y en Minusvalía, las mujeres tuvieron mayor impacto negativo que los hombres pero no significativo, esto nos llevaría a la necesidad de realizar otros estudios para verificar esta tendencia.

Por otro lado, los hombres parecen preocuparse menos por el impacto negativo que pueda generar su estado bucal en su calidad de vida, al llegar al punto que cuando se reporta, su condición puede ser tan avanzada, que se relaciona frecuentemente con alteraciones en la dimensión Incapacidad social, por lo que se hace más significativo. Al parecer este hecho está influenciado por el estilo de vida y el papel que ha desempeñado históricamente el hombre, el cual se ha preocupado más por el sustento de su hogar, que por su propio cuidado.

La edad y el género determinan la utilización de los servicios de salud bucal y por lo tanto las diferencias encontradas en este estudio en el impacto negativo en la calidad de vida de la salud bucal. Por ejemplo, un estudio realizado en Canadá (49), reportó como el uso de servicios dentales es mucho mayor en mujeres, mientras que los hombres y las personas de mayor edad van al odontólogo para solucionar problemas de dolor.

A diferencia de otros estudios llevado a cabo en poblaciones de adultos de escasos recursos (50), en este estudio la población de adultos mayores se escogió gracias al Fondo de las Naciones Unidas, durante el año 2013, que indica que San Isidro es el distrito de Lima con mayor proporción de adultos mayores con respecto a los demás distritos, entonces es por ese motivo que fueron elegidos y no por los determinantes sociales, económicos o educativos.

Un estudio realizado en México (51) en el 2010 , reportó que las personas que perciben necesitar atención estomatológica son las que presentan problemas bucodentales que afectan a su calidad de vida, con estos datos es posible confirmar

que quienes presentan un peor estado bucal, con la inherente necesidad de atención odontológica, reportan un mayor impacto negativo en la calidad de vida derivado de los problemas bucales; en esta investigación se encontró que los adultos del Centro del Adulto Mayor de San Isidro tienen regular (23.4%) y excelente (66.8%) calidad de vida, y por tal razón no perciben necesitar atención estomatológica .

Entre las fortalezas de este trabajo se puede mencionar que éste se constituye como uno de los pioneros en la ciudad de Lima, que articula estas variables en la población adulta mayor, así, las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud bucal evaluadas ofrecieron nueva información acerca de las características de la población estudiada; se realizó capacitaciones por parte del investigador referente al manejo multidisciplinario del paciente geriátrico de ambos sexos, y esto ayudó a la recolección cuidadosa de la información para brindar mayor validez a los resultados a diferencia del trabajo de investigación de Duque y col (38) que previo al inicio del trabajo de campo realizaron una prueba piloto con 10 adultos, para la revisión de la comprensión lingüística, el tiempo de realización y la consistencia interna del cuestionario.

Se debe establecer una cultura de autocuidado en la población desde edades tempranas, respaldada por el profesional, buscando estrategias para empoderar a la comunidad y ayudar en la prevención de las enfermedades, es una medida que ya se está planteando en México (51) y Colombia (38), debe constituir la prioridad de la atención en salud, lo que permitirá que se logre alcanzar la vejez en condiciones dignas; esto trae consigo la necesidad de evaluar la validez y efectividad de los servicios de salud ofrecidos actualmente, los cuales deben permitir alcanzar la tercera edad con todos los dientes o por lo menos con los que queden en buen estado. Se sabe que la necesidad de tratamiento odontológico en las personas adultas mayores es alta y a pesar de esto, la oferta de servicios sigue siendo menor o el costo para buscar la atención que se necesita dificulta el acceso a la misma, lo que implica un importante reto en la formulación de políticas públicas dirigidas a atender las necesidades de esta

población y a ofrecer una atención suficiente, con calidad y que dé respuesta a las necesidades reales para mejorar las condiciones de salud bucal.

De la misma manera, de acuerdo con las metas del milenio propuestas por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (52), se han trazado metas específicas para mejorar la salud bucal de los adultos mayores: primero, reducir en 25% la frecuencia actual de pérdida dentaria; segundo, lograr que más de 50% de la población mayor de 60 años conserve un mínimo de 20 dientes funcionales, esto debe aplicarse en todo el Perú, para que así la población tenga una buena calidad de vida en relación a la salud bucal como se determinó en el presente estudio.

Respecto a la edad, los resultados se deben de tomar con precaución, debido a que la edad está fuertemente relacionado con el nivel de dependencia, tenga o no el adulto mayor una buena salud bucal, es decir se debe de considerar que todo adulto mayor pasa por tres niveles de dependencia, según el índice de Katz, y son los siguientes: leve, cuando la persona no necesita ayuda pero sí supervisión; moderada, cuando la persona requiere asistencia para alguna de las actividades de la vida diaria; y severa, o postración permanente, si el adulto mayor requiere apoyo y supervisión total (53); entonces queda por profundizar si en las dimensiones dolor físico e incapacidad física los adultos de 76 a 92 años tuvieron mayores problemas de salud, que los menores de 76 años, debido a una mala salud bucal o debido a su nivel de dependencia.

Por último, el OHIP-14sp^(LIMA) es capaz de discriminar entre grupos y de determinar los niveles de calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto de San Isidro, además de tener una alta confiabilidad y de presentarse como eficiente y de fácil aplicación.

Por lo anterior, se recomienda realizar más estudios sobre el tema en diversas poblaciones vulnerables del Perú, utilizando el instrumento OHIP-14 sp^(LIMA) y empleando más variables relacionadas a la salud bucal considerando el nivel de dependencia del adulto, de esta forma se contará con una base conceptual más densa

en esta línea de investigación, con el fin de comprender los factores asociados con la salud bucal de las personas mayores en diferentes estratos sociales y así poder crear programas que se dediquen a darles una mejor calidad de vida. Las investigaciones que pretenden demostrar la relación entre los conceptos salud bucal y calidad de vida cada vez son más frecuentes, sin embargo es claro que queda una puerta abierta para nuevos investigadores que pretendan detallar aún más esta relación o estudiarla en diferentes contextos.

8. CONCLUSIONES

El OHIP-14 sp^(LIMA) identificó como excelente o regular calidad de vida en relación a la salud bucal en el 90% de adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro. Los adultos de 76 a 92 años presentaron menor calidad de vida que los adultos de 60 a 75 años en la dimensión dolor físico.

Las conclusiones de los objetivos específicos fueron las siguientes:

1. En la dimensión Limitación Funcional, la mitad de los adultos mayores presentaron un impacto negativo, es decir, sintieron que el sabor de los alimentos había variado o que tuvieron dificultad al hablar. No hubo diferencias entre hombres y mujeres, ni tampoco entre grupos etarios.
2. En Dolor Físico, la mitad de los adultos mayores presentaron un impacto negativo, presentando molestias al comer o dolor en la boca. En esta dimensión no hubo diferencias entre hombres y mujeres.
3. En la dimensión Molestias Psicológicas, fue donde se encontró el mayor impacto negativo que en las otras dimensiones, siendo los varones los más afectados por los problemas bucales o por el estrés debido a estos problemas, siendo más frecuente en el grupo de 76 a 80 años.
4. En la dimensión Incapacidad Física no hubo diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo los mayores de 75 años tuvieron mayor prevalencia de incapacidad física que los menores de 75 años.
5. En la dimensión Incapacidad Psicológica no hubo diferencias entre hombres y mujeres, y el impacto negativo en general fue moderado ya que afectó a menos de la tercera parte de los adultos.

6. En Incapacidad Social, los hombres tuvieron significativamente mayor impacto negativo que las mujeres, es decir, estuvieron irritados o no pudieron realizar sus actividades diarias debido a los problemas bucales.
7. En la dimensión Minusvalía es donde apenas hubo un impacto negativo, no habiendo diferencias entre hombres y mujeres, ni tampoco entre grupos etarios.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003:continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 Supl 1:3-23.
2. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988;5(1):3-18.
3. MIMDES. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2000-2006. Perú. 2003.
4. OMS/OPS. Ministerio de Salud. Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Desarrollando Respuesta Integradas de Sistemas de Cuidados de Salud para una Población en Rápido Envejecimiento-INTRA II,2004.
5. Villa M, Rivadeneira L. El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. Serie de Seminarios y Conferencias N° 2. CEPAL/CELADE.2000.
6. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necesario. *Cienc Saude Colet* 2000; 5(1):7-18.
7. Dolan TA. Research issues related to optimal oral health outcomes. *Med Care* 1995;33(11suppl):106-22.
8. Pennacchiotti G. Factores que influyen en el uso de prótesis removibles en Adultos Mayores recién rehabilitados [Tesis de grado].2006; Santiago de Chile.
9. Marín D. Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*. 2002; Jul-Sep(3).
10. MINSA. Cuidado bucal previene futuros problemas estomacales. Perú 2016. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18793>

11. Alencar NA, Bezerra JCP, Dantas EHM. Evaluation of the levels of physical activity, functional autonomy and quality of life of elderly women members of the family health program. *Fit Perf J.* 2009 Sep-Oct;8(5):315-21.
12. Jiménez FJ, Esquivel HRI, Martínez VN. Oral health perception, quality of life and well-being in elderly. *Rev ADM* 2006; 63 (5)
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Esperanza de Vida en la población peruana. Nota de prensa. Nov. 2015. Disponible en URL:
<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/>
14. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas DPI/1261. Condiciones de salud de los adultos mayores. *Salud Pública de México* 1996; 38(6): 533-546.
15. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). Evaluación Funcional del Adulto Mayor. Disponible en URL:
<http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/02Modulos/Modulo3.pdf>
16. Katz S, Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 2010, 185(12):914-919
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*,1969; 9(3), 179-186.
18. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med.* 1986 Mar;80(3):429-34.
19. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-840.

20. Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-629
21. Velarde E, Avila-Figueroa C. Methods for quality of life assessment. *Salud Publica Mex* 2002;44:349-361.
22. Palomba, R. Redes de Apoyo Social de las personas mayores en América Latina. y el Caribe. CEPAL - SERIE Seminarios y conferencias Nro.30. Pág. 64. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población, Cooperazione Italiana, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Santiago de Chile, 2003.
23. Nelson EC, Beriwick DM. The measurement of health status in clinical practice. *Med Care* 1989;27(Suppl):77- 90
24. Sánchez-Garcia, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, Garcia-Peña C. State of dentition and its impact on the capacity of elders to perform daily activities. *Salud Pública Mex* 2007;49:173-181.
25. Närhi TO, Kurki N, Ainamo A. *J Dent Res*. Saliva, salivary micro-organisms, and oral health in the home-dwelling old elderly--a five-year longitudinal study. 1999 Oct;78(10):1640-6.
26. Esquivel R, Jiménez J, González-Celis AL, Gazano A. Efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *Revista adm* 2006;63(2): 62-68.
27. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerontology* 1994; 11(2): 108-14.
28. Hollister WC, Weintraub JA. The association of oral status with systemic health, quality of life and economic productivity. *J Dent Educ* 1993; 57(12): 901-12.
29. Chen M, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43(8):1213-22.

30. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol.* 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92.
31. Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(6):401-411.
32. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Dental Chile.* 2005; 96(2): 28-35.
33. Cabrera-Coria A. La utilización de indicadores sociales en la medición del impacto en las enfermedades bucales [tesis de licenciatura]. México: Univ. UNAM; 1999.
34. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.*1994 Mar; 11(1): 3-11.
35. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.*1997 Aug; 25(4): 284-90.
36. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health.* 1998 Mar; 5(1): 3-18.
37. López R, Baelum V. Spanish version of the oral health impact profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health.* 2006; 6:11-23.
38. Duque-Duque VE, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, Agudelo-Suárez AA. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Rev. CES Odont.* 2013; 26(1) 10-23.
39. Ugalde E. Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica Univ. Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo. *Rev electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT,* 2014; 7(2)

40. Díaz-Reissner CV, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat.* 2017, 11(1):31-39.
41. Porto I, Díaz S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. *Acta Odontológica Colombiana Julio - Diciembre 2017*; 7(2): 49-64
42. Rojas CM. Manual de Redacción científica electrónico, 2012. [citado 23 oct 2012] Disponible en URL:
<http://mrojas.perulactea.com/2012/10/23/manual-de-redaccion-cientifica-electronico-3ra-edicion-2012/>
43. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín, MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. *Gac Sanit* 2003;17(1):70-4
44. Batista M, Perianes L, Hilgert J, Hugo F, Sousa M. The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz Oral Res* 2014; 28(1):1-6
45. García M. Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud. Granada: Serie Monografías Escuela Andaluza Salud Pública; 2010.
46. Borrell C, Artazcoz L. Inequalities gender on health: challenges for the future. *Rev Esp Salud Pública.* 2008; 82(3), 245-9. 31.
47. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med.* 1996; 51:294-6.
48. Locker D. Effects of non-response on estimates derived from an oral health survey of older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 108-13.
49. MacEntee M, Stolar E and Glick N. Influence of age and gender on oral health and related behaviour in an independent elderly population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 234-9.

50. Tickle M, Craven R, Worthington HV. A comparison of the subjective oral health status of older adults from deprived and affluent communities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25 (3): 217–22.
51. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 27(5):321–9.
52. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 138ª sesión del comité ejecutivo. Washington: OPS-OMS; 2006 [citado 21 oct 2010]. Disponible en URL: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138.r17-s.pdf>.
53. Oñate M. Efecto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, Comuna de Hualpén [tesis de maestría]. Chile, Univ. A Bello; 2015.
54. Slusanschi O, Moraru R, Garneata L, Mircescu G, Cuculescu M, Preoteasa E. Validation of a Romanian version of the short form of the oral health impact profile (OHIP-14) for use in an urban adult population. *Oral Health Prev Dent.* 2013;11(3):235-42

Anexo 1

Cuestionario OHIP-14 sp(LIMA)

Pregunta	Nunca	Casi Nunca	Ocasion almente	Frecuenteme nte	Muy Frecuentemente
Limitación Funcional					
1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?					
2. ¿Siente que el sabor de los alimentos ha variado?					
Dolor Físico					
3. ¿Ha sentido dolor en su boca?					
4. ¿Ha presentado molestia al comer?					
Malestar Psicológico					
5. ¿Le preocupan los problemas de su boca?					
6. ¿Se ha sentido estresado debido a problemas con su boca?					
Incapacidad Física					
7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos debido a problemas en su boca?					
8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos debido a problemas con su boca?					
Incapacidad Psicológica					
9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar debido a problemas en su boca?					
10. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?					
Incapacidad Social					
11. ¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?					
12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias debido a problemas en su boca?					
Minusvalía					
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable debido a problemas con su boca?					
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias debido a problemas en su boca?					

Anexo 5

INICIO DE EMPATÍA HACIA LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE SAN ISIDRO



Anexo 6

FOTOS DE LOS ADULTOS MAYORES



Adultos mayores en pleno desarrollo del cuestionario OHIP-14sp(Lima)



Adultos mayores en pleno desarrollo del cuestionario OHIP-14sp(Lima)

Anexo 7

FOTOS DE LOS ADULTOS MAYORES



Adultos mayores en pleno desarrollo del cuestionario OHIP-14sp(Lima)



Adultos mayores en pleno desarrollo del cuestionario OHIP-14sp(Lima)

FOTOS DE LOS ADULTOS MAYORES



Adultos mayores recibiendo su kit de salud bucal.



Adultos mayores recibiendo su kit de salud bucal.

Anexo 7

Validez y Consistencia Interna del Instrumento OHIP-14

Para calcular la consistencia interna o el grado de confiabilidad de la escala OHIP, aplicaremos el Alpha de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_T^2} \right] 100\% ,$$

donde

S_i^2 = es la varianza del ítem i

S_T^2 = es la varianza de los valores totales de la escala

K = es el número total de ítems

y se obtiene un $\alpha = 88\%$, es decir, es una escala con una alta confiabilidad. La tabla siguiente muestra la validez de cada ítem:

Ítems		rho	Alpha*
1	¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?	0,071	89%
2	¿Siente que el sabor de los alimentos ha variado?	0,335	89%
3	¿Ha sentido dolor en su boca?	0,824	86%
4	¿Ha presentado molestia al comer?	0,617	87%
5	¿Le preocupa los problemas de su boca	0,631	88%
6	¿Se sentido estresado debido a problemas con su boca?	0,755	86%
7	¿Ha tenido que cambiar sus alimentos debido... ?	0,600	87%
8	Ha tenido que interrumpir sus alimentos... ?	0,634	87%
9	Ha encontrado dificultad para descansar... ?	0,590	87%
10	Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?	0,669	87%
11	Ha estado irritable debido a problemas con su boca?	0,661	86%
12	Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias... ?	0,646	87%
13	Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable... ?	0,605	87%
14	Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias... ?	0,540	87%

Solamente el ítem 1 tuvo una baja correlación (rho de Spearman) con el total de la escala (método del ítem-test), sin embargo si se eliminase de la escala, la confiabilidad (Alpha*) apenas subiría 1%, por lo tanto optamos por no retirarlo de la escala. Todos los demás ítems resultaron significativos, ya que tuvieron correlaciones significativas (rho>0.300).

Anexo 8

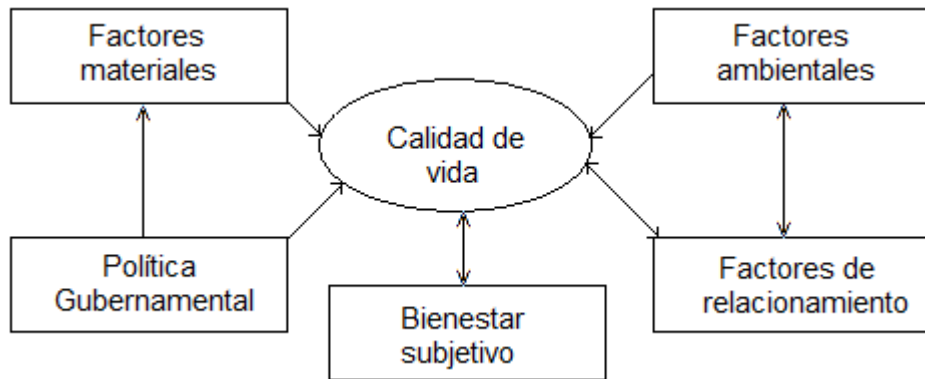


Diagrama 1. Factores de la Calidad de Vida

Anexo 9

Para el cálculo de la proporción (p) de adultos mayores con un impacto positivo (buena o excelente calidad de vida) en relación a la salud bucal, necesario para el cálculo del tamaño de muestra, hemos aplicado la escala OHIP-14 a un grupo de 46 adultos mayores del Centro Adulto Mayor de San Isidro, cuyas respuestas fueron:

sexo	edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	OHIP	Impacto
F	84	2	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	7	Positivo
F	82	0	3	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	Positivo
F	73	1	2	1	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	11	Positivo
F	81	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Positivo
F	63	2	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	Positivo
F	72	2	1	1	2	3	2	2	0	1	0	2	0	0	0	16	Positivo
F	60	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Positivo
F	60	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Positivo
F	68	2	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	8	Positivo
F	68	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	6	Positivo
F	70	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Positivo
F	73	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Positivo
F	84	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	Positivo
F	82	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	Positivo
F	67	0	2	1	1	2	0	0	2	0	2	0	0	2	0	12	Positivo
F	72	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	Positivo
F	72	1	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Positivo
F	80	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	9	Positivo
F	78	1	1	0	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	8	Positivo
F	81	1	1	0	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	8	Positivo
F	88	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	7	Positivo
F	77	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	Positivo
F	76	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	Positivo
M	76	0	3	2	1	3	1	0	0	1	2	0	0	2	0	15	Positivo
M	79	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	9	Positivo
M	78	1	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	9	Positivo
M	82	2	0	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Positivo
M	66	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Positivo
M	82	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	Positivo
M	70	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	7	Positivo
M	80	1	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	Positivo
M	84	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Positivo
M	75	1	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	Positivo
M	84	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	8	Positivo

F	83	2	3	2	4	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	26	Negativo
F	78	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	22	Negativo
F	70	2	1	2	2	3	1	0	1	1	2	0	0	1	0	16	Negativo
F	81	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	13	Negativo
F	76	0	2	2	0	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	23	Negativo
F	79	1	1	2	1	2	0	1	1	1	1	0	0	1	0	12	Negativo
F	74	0	2	2	1	2	2	1	1	0	3	2	1	1	2	20	Negativo
F	80	1	1	0	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	11	Negativo
M	76	4	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	32	Negativo
M	86	3	0	2	1	3	1	1	2	2	2	1	1	0	0	19	Negativo
M	84	0	2	1	1	2	2	1	1	1	0	1	1	1	0	14	Negativo
M	81	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	11	Negativo

Por lo que la proporción de adultos con impacto positivo fue de $p=34/46=0.74$ ó 74%.

Nota:

Diferentes autores (Slusanschi O) que han validado el OHIP-14 toman para la prueba piloto entre un 5% y 10% del tamaño de muestra establecido previamente, nosotros hemos tomado un 25% de la muestra de 184 adultos, datos que fueron agregados a la muestra final por no haber cambios en el cuestionario.