



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

ESCUELA DE POSGRADO

Tesis

Salud bucal y calidad de vida en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor,
Huancayo 2024

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Salud Pública

Presentado por:

Autora: Mendoza Contreras, Claudia Patricia


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7462-5164>

Asesor: Dr. Diaz del Olmo Morey, Fernando Luis

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6534-8129>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 13/05/2025

Yo, **Mendoza Contreras Claudia Patricia**, Egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“Salud bucal y calidad de vida en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024”**. Asesorada por el docente: **Dr. Fernando Luis Diaz del Olmo Morey**, Con DNI: **10267979** Con ORCID: **000-0001-6534-8129** , tiene un índice de similitud de 15 % con el código oid:14912:431100143, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el Turnitin de la universidad.
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Claudia Patricia Mendoza Contreras
 DNI: 44617086



.....
 Firma asesor
 Fernando Luis Diaz del Olmo Morey
 DNI: 10267979

Lima, 13 de Mayo de 2025

DEDICATORIA

A Dios por derramar sus bendiciones, a mi asesor y profesores por sus enseñanzas y a mi familia por el apoyo y soporte emocional.

AGRADECIMIENTOS

A la responsable del Centro del Adulto Mayor Huancayo Essalud,
Lic. Rosario Alania por las facilidades y apoyo durante el desarrollo
de la investigación.

A los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Huancayo por su
disposición tiempo y apoyo durante la aplicación del instrumento.

A los asesores y profesores del programa de maestría de la
Universidad Norbert Wiener.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN	x
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema:	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1. Problema general	5
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica.....	6
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Limitaciones de la investigación	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.1.1. Antecedentes Internacionales	9
2.1.2. Antecedentes Nacionales	12
2.2. Bases teóricas.....	17
2.2.1. La salud bucal	17
2.2.2. Calidad de vida.....	29
2.3. Formulación de Hipótesis	50
2.3.1. Hipótesis general.....	50
2.3.2. Hipótesis específicas.....	50

3. METODOLOGÍA.....	52
3.1. Método de investigación	52
3.2. Enfoque de investigación	52
3.4. Diseño de la investigación.....	53
3.5. Población, muestra y muestreo	53
3.6. Variables y operacionalización.....	56
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	58
3.7.1. Técnica	58
3.7.2. Descripción de los instrumentos	59
3.7.3. Validación	62
3.7.4. Confiabilidad.....	63
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	65
3.9. Aspectos éticos	66
4 PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	68
4.1. Resultados.....	68
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	68
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	86
4.1.3. Discusión de resultados	91
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	95
5.1. Conclusiones	95
5.2. Recomendaciones	97
BIBLIOGRAFÍA.....	98
ANEXOS	106
Anexo 1: Matriz de consistencia	107
Anexo 2: Instrumento EMSBAMNI.....	108
Anexo 3: Instrumento EMCVAMNI.....	109
Anexo 4: Formato de consentimiento informado.....	111

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz operacional de las variables Salud Bucal y Calidad de Vida	56
Tabla 2 Ficha técnica instrumento Salud Bucal	59
Tabla 3 Ficha técnica instrumento variable Calidad de Vida	61
Tabla 4 Resultado de la validación de contenido por juicio de expertos	62
Tabla 5 Rangos de Confiabilidad para la validez del instrumento.	63
Tabla 6 Coeficiente alfa de Cronbach <i>alfa de Cronbach de las variables</i>	64
Tabla 7 Distribución de la muestra según la edad	68
Tabla 8 Distribución de la muestra según el estado civil	70
Tabla 9 Distribución de la muestra según el género	71
Tabla 10 Distribución de la muestra según el grado de instrucción	72
Tabla 11 Distribución de la muestra según enfermedad crónica	73
Tabla 12 Resultados de la variable salud bucal	74
Tabla 13 Resultados de la dimensión alimentación	74
Tabla 14 Resultados de la dimensión higiene bucal	76
Tabla 15 Resultados de la dimensión enfermedades y patologías	77
Tabla 16 Resultados de la dimensión estado dental	78
Tabla 17 Resultado de la variable calidad de vida	79
Tabla 18 Resultados de la dimensión física	80
Tabla 19 Resultados de la dimensión emocional y de salud mental	81
Tabla 20 Resultados de la dimensión social	82
Tabla 21 Resultados de la dimensión espiritual	83
Tabla 22 Resultados de la dimensión entorno y condiciones de vida	84
Tabla 23 Resultados de la dimensión independencia y autonomía	85
Tabla 24 Resultados del análisis de correlación de las variables salud bucal y calidad de vida	86
Tabla 25 Resultados del análisis de correlación de la dimensión alimentación y calidad de vida	88
Tabla 26 Resultados del análisis de correlación de la dimensión higiene y la calidad de vida	89
Tabla 27 Resultados del análisis de correlación de la dimensión enfermedades calidad de vida	90
Tabla 28 Resultados del análisis de correlación de la dimensión estado dental y calidad de vida	91
Tabla 29 Matriz de consistencia	107

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la muestra según la edad	69
Figura 2 Distribución de la muestra según el estado civil	70
Figura 3 Distribución de la muestra según el género	71
Figura 4 Distribución de la muestra según el grado de instrucción	72
Figura 5 Distribución de la muestra según enfermedad crónica	73
Figura 6 Resultados de la variable salud bucaln	74
Figura 7 Resultados de la dimensión alimentación	75
Figura 8 Resultados de la dimensión higiene bucal	76
Figura 9 Resultados de la dimensión enfermedades y patologías	77
Figura 10 Resultados de la dimensión estado dental	78
Figura 11 Resultado de la variable calidad de vida	79
Figura 12 Resultados de la dimensión física	80
Figura 13 Resultados de la dimensión física	81
Figura 14 Resultados de la dimensión social	82
Figura 15 Resultados de la dimensión espiritual	83
Figura 16 Resultados de la dimensión entorno y condiciones de vida	84
Figura 17 Resultados de la dimensión independencia y autonomía	85

RESUMEN

Objetivo: verificar la existencia de relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Huancayo, 2024. **Materiales y método:** el estudio es de diseño no experimental, de corte transversal, de enfoque cuantitativo y de nivel relacional, utilizó el método hipotético deductivo y el método estadístico, elaborándose dos instrumentos la EMSBAMNI1 (Escala de medición de la salud bucal para adultos mayores no institucionalizados) y la escala EMCVAMNI1 (Escala de medición de la calidad de vida para adultos mayores no institucionalizados), que fueron administrado a 167 adultos mayores de la referida institución (33 varones y 134 mujeres, de edades entre 60 y 85 años), el muestreo fue no probabilístico, utilizando la técnica de selección por conveniencia y el tipo de muestreo por conglomerados: para análisis inferencial, a través del paquete estadístico SPSS (versión 26), se utilizó el estadístico de correlación de Spearman, debido a que una de las variables (salud bucal) no demostró normalidad. **Resultado:** halló un p valor de 0,101 para la hipótesis general, mientras que para la hipótesis específica 1, se halló un p valor de 0.088, para la hipótesis específica 2, se halló un p valor de 0,277, para la hipótesis específica 3, el p valor fue de 0,715, para la hipótesis específica 4 se obtuvo un p valor de 0,181, **Conclusión:** se concluye que no existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida del adulto mayor del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo.

Palabras Clave: adulto mayor, salud bucal, calidad de vida

ABSTRACT

Objective: to verify the existence of a relationship between oral health and the quality of life of older people at the Huancayo Senior Center, 2024. **Materials and method:** the study has a non-experimental, cross-sectional design, with a quantitative approach and relational level, used the hypothetical deductive method and the statistical method, developing two instruments, the EMSBAMNI1 (Oral health measurement scale for non-institutionalized older people) and the EMCVAMNI1 scale (Scale of measurement of quality of life for non-institutionalized older people), which were administered to 167 older adults from the aforementioned institution (33 men and 134 women, aged between 60 and 85 years), the sampling was non-probabilistic, using the selection by convenience and the type of cluster sampling: for inferential analysis, through the SPSS statistical package (version 26), the Spearman correlation statistic was used, because one of the variables (health buccal) did not demonstrate normality. **Result:** found a p value of 0.101 for the general hypothesis, while for specific hypothesis 1, a p value of 0.088 was found, for specific hypothesis 2, a p value of 0.277 was found, for specific hypothesis 3, the p value was 0.715, for specific hypothesis 4 a p value of 0.181 was obtained.. **Conclusion:** it is concluded that there is no relationship between oral health and the quality of life of the elderly at the Essalud Huancayo Senior Adult Center.

Keywords: older adult, oral health, quality of life

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación titulado “Salud Bucal y Calidad de Vida del Adulto Mayor del CAM Huancayo 2024”, realizado para optar el título de Maestro en Salud Pública, buscó verificar que no existe relación entre las variables Salud Bucal y Calidad de Vida; es decir una hipótesis negativa. Las investigaciones suelen verificar el impacto de la mala salud bucal en etapas de vida anteriores a la del adulto mayor, mas no la salud bucal propiamente dicha del adulto mayor, mientras que las que si la verifican, lo hacen en adultos mayores institucionalizados, lográndose con ello la replicación de trabajos que buscan forzar una verificación de dicha relación en adultos mayores no institucionalizados, no entendiendo que son grupos distintos que tienen diferente calidad de vida.

El capítulo I, abarca el protocolo de investigación, iniciando con la descripción y formulación del problema, planteamiento de objetivos la justificación y la delimitación de la investigación.

El Capítulo II, comprende los antecedentes de investigaciones nacionales e internacionales, además de las teorías relacionadas a las variables de estudio, que nos permitieron dimensionarlas, finalmente el capítulo contiene la formulación de las hipótesis.

El Capítulo III, detalla la metodología empleada, el método, enfoque y el diseño de la investigación; el capítulo también abarca la muestra y muestreo realizados y lo relacionado al instrumento de recolección de datos y su validación respectiva.

El Capítulo IV considera la presentación de resultados, a partir del reporte del análisis descriptivo e inferencial realizado.

La investigación concluye con el capítulo V, el cual plantea las conclusiones a las que se llegó con la investigación y las recomendaciones que buscaran aliviar o atenuar el problema identificado.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema:

La Organización Mundial de la Salud (1) en su informe mundial sobre el estado de la salud bucodental, estimó que las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo, y que 3 de cada 4 de estas personas proceden de países de ingresos medios, siendo el adulto mayor el más afectado en problemas como cáncer bucal que lo afecta de diferente forma según las circunstancias socioeconómicas, otra condición es el edentulismo (pérdida total de piezas dentales), que afecta al 23% de personas mayores de 60 años.

En Latinoamérica, estudios como el de León et al.(2) quienes señalan que el 97,5 % de los adultos mayores de 60 años, ha perdido dientes y de ellos el 70,1 % usa prótesis, total o parcial, mientras que el 95% presentaba dolor, problemas para masticar, dificultades en el habla y apariencia entre otros, sin embargo, el estudio reconoce que los datos sobre adultos mayores son limitados ya que es una población no tomada en cuenta y que debido al crecimiento poblacional, se va haciendo cada vez más importante; en el Perú, por ejemplo, el año 1950 el crecimiento era de 5,7% , mientras que el 2021 fue de 13,0% según (3).

Existe por tanto una preocupación creciente por el trauma que suele significar el impacto de la salud bucal en el adulto mayor y las consecuencias que puede traer en aspectos como su autoestima y relaciones sociales; en el afán por abordar el problema,

investigaciones como las de (10,,12,14,15,17,18,19,23) han asumido erróneamente como punto de partida, que existe una relación directa entre salud bucal y calidad de vida en los adultos mayores, esto se debe a la mecanización de las investigaciones, que buscan relacionar variables por relacionar, verificando relaciones que otros ya han verificado o han intentado verificar, sin haber analizado la situación adecuadamente, por ejemplo las investigaciones (14,15,20, 23), han utilizado al Índice OHIP, índice que mide precisamente el impacto de la salud oral y no el estado actual de su salud oral, sin embargo, sus resultados afirman una relación entre la salud bucal en sí misma, y la calidad de vida. Existen también otras investigaciones como las de (19,20) que no han verificado relación entre las variables en mención.

Y es que la salud bucal deficiente en sí misma no se relaciona directamente con la calidad de vida del adulto mayor, son las consecuencias o efectos de esa mala salud bucal, como problemas para masticar, dolor, pérdida de piezas dentales, etc., los que realmente impactan negativamente en la calidad de vida, es decir, es el impacto por no haber tenido una adecuada salud en etapas anteriores, lo que realmente podría afectar la calidad de vida del adulto mayor, teorías como la de Acumulación de Déficit desarrollada por el geriatra Kenneth Rockwood y mencionada por Rojas (4) sostienen que los sistemas en el cuerpo acumulan deficiencias a lo largo de la vida, que luego repercuten en el envejecimiento.

En la salud bucal, lo más relevante son las limitaciones funcionales, el dolor y las dificultades alimentarias que derivan de una mala salud bucal, y que sí pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida del adulto mayor, si es que no existe un tratamiento adecuado, sin embargo eso afecta a los ancianos de condición económica baja y a los institucionalizados (que viven en albergues), que en el Perú suelen ser de pobreza extrema y abandono, pues no tienen los recursos para un tratamiento y para una

alimentación adecuada a sus necesidades, que les permita sobrellevar esta situación. Teniendo en cuenta que la calidad de vida puede ser relativa, Celeiro (5) refiere que la calidad de vida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se percibe de forma diferente, siendo mejor percibida por los que no están institucionalizados.

En el caso del adulto mayor no institucionalizado que asiste al Centro del Adulto Mayor Huancayo Essalud, conocido como CAM Huancayo, la salud bucal no representa una amenaza puesto que dicho adulto mayor cuenta con los recursos para sobrellevar alguna situación adversa y para adecuar la alimentación a sus necesidades, ya que tiene una pensión, por estar asegurado, además según MDT (6) procede en su mayoría de El Tambo, distrito importante económicamente en el país cuyo indicador de calidad de vida IDH al 2019 fue de: IDH= 064, el más alto de toda la provincia de Huancayo (IDH= 05761) y del departamento de Junín (IDH= 0.5107), es un distrito que cuenta con cobertura de servicios y el 61,7% de sus habitantes lo perciben con una escala de satisfacción de bienestar entre 6 a 8 de 10.

Algunos estudios también pudieron no percatarse de ciertos sesgos, como por ejemplo, relacionar la disminución de actividades relacionadas a su calidad de vida, cuando en realidad son parte del proceso natural de envejecimiento, que los desvincula de la sociedad, como señala Merchán (7), y no ocasionadas por una mala salud bucal.

En el caso más extremo (el que haya perdido toda la dentadura) que es el caso de un gran porcentaje de adultos (23%) de acuerdo a la OMS (1), el adulto mayor se reinventa, por la capacidad de reinventarse del ser humano, de acuerdo a el Modelo de Resiliencia (70), este se adecua a una nueva realidad, Gómez (8) menciona que en la vejez, tanto el entorno como los recursos del adulto mayor (creatividad y humor) interactúan, lo que le

permite poder desarrollarse y no tener problemas para adaptarse, superando el proceso de cambios.

Al verificar que no existe relación entre la salud bucal del adulto mayor y su calidad de vida, se podrá entender el problema como realmente es, es decir, no existe dicha relación, por lo tanto, no hay que prevenir el problema como se ha venido haciendo, sino enfrentarlo, entendiendo que el estado dental del adulto mayor está afectado y por lo tanto, no bastan campañas de prevención sino campañas de intervención.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿La salud bucal influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál será la relación entre la alimentación y la calidad de vida de los adultos mayores?
- ¿Cuál será la relación entre la higiene bucal y la calidad de vida de los adultos mayores?
- ¿Cuál será la relación entre las patologías y enfermedades y la calidad de vida de los adultos mayores?
- ¿Cuál será la relación entre el estado dental y la calidad de vida de los adultos mayores?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar si la salud bucal influye en la calidad de vida en el adulto mayor.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar si la alimentación influye en la calidad de vida de los adultos mayores
- Determinar si la higiene bucal influye en la calidad de vida de los adultos mayores
- Determinar si las patologías y enfermedades influyen en la calidad de vida de los adultos mayores
- Determinar si el estado dental influye en la calidad de vida influyen en la calidad de vida de los adultos mayores.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Diversos estudios han encontrado una relación positiva entre salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. Sin embargo, el presente trabajo cuestiona si esa relación se debe realmente a la salud bucal actual o a las repercusiones de la salud bucal a lo largo de la vida. Debido a que la salud bucal en la vejez es el resultado de un proceso acumulativo a lo largo de la vida, por lo que las consecuencias de una mala salud bucal previa (como pérdida de piezas dentales, problemas de masticación, etc.) pueden impactar negativamente en la calidad de vida, independientemente de la salud bucal actual.

Al cuestionar los hallazgos de estudios previos, la investigación aporta con una perspectiva diferente y complementaria, el estudio contribuiría por tanto a construir de mejor manera las teorías referentes o relacionadas con la relación entre salud bucal y calidad de vida en el adulto mayor.

1.4.2. Metodológica

El presente estudio es de naturaleza correlacional, lo que permite verificar relaciones entre variables.

Por tanto, el desarrollo de la presente investigación se justifica metodológicamente en razón de que se elaboró una escala, validada, para evaluar la calidad de vida y una escala-cuestionario para evaluar la salud bucal en adultos mayores no institucionalizados. Dichos instrumentos pueden ser utilizados o referentes de estudios posteriores, en el campo de estudio y en centros de adultos mayores (CAM) de todas las regiones del Perú.

1.4.3. Práctica

La investigación tiene relevancia práctica, porque en el país el gobierno, el sector privado y los entes relacionados con la atención y soporte del adulto mayor, necesitan del fundamento teórico, para abordar el tema y desarrollar políticas para su prevención y tratamiento, los directivos de instituciones de salud, tampoco pueden tomar la iniciativa, pues no tienen el conocimiento, para proponer campañas de salud bucal en sus instituciones.

Al poner a prueba una perspectiva alternativa, entendiendo que la salud bucal no se relaciona con la calidad de vida, sino las consecuencias de no haber tenido una adecuada salud bucal en etapas previas a la vejez, se pueden lograr implicaciones importantes para enfocar mejor las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal a lo largo de la vida; así como entender que la salud bucal del adulto mayor va más allá de la prevención y promoción, pues ya debe incluir la intervención, es decir los tratamientos necesarios para garantizar elevar la calidad de vida del adulto mayor.

1.5. Limitaciones de la investigación

La población de estudio estuvo compuesta por adultos mayores no institucionalizados, es decir, aquellos que no están internados en una institución, ya sea particular o estatal, y que asisten por cuenta propia (previa inscripción anual) al Centro del Adulto Mayor Huancayo, fue una limitación, no trabajar con una muestra más representativa, debido a que hay un buen grupo de adultos mayores que no asisten con regularidad, por diferentes motivos.

Otra limitación fue la dificultad para medir la calidad de vida, debido a que es un concepto complejo, se requirió elaborar un cuestionario relativamente amplio, teniéndose que seleccionar sólo las preguntas más relevantes, para no cansar al adulto mayor con una escala larga.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Yañez (10) desarrolló una investigación en Santiago de Chile el año 2023, cuyo objetivo fue: “analizar como diversos factores de la salud oral intervienen en la calidad de vida de personas mayores”; el estudio fue una revisión sistemática, que incluyó la revisión de artículos científicos de diferentes bases de bibliografía electrónica en ciencias de la salud. El resultado concluye que existe relación entre ambas variables ya que existe un deterioro en las funciones del adulto mayor, como hablar, masticar, interrelacionarse con los demás, además de un deterioro cognitivo y la presencia de trastornos mentales como depresión o ansiedad, cuya causa principal es la pérdida de dientes. Sin embargo el estudio aclara que dicho deterioro es parte también del proceso normal de envejecimiento.

Guerra et al., (11) realizaron una investigación el año 2023 en Santigado de Chile, con el propósito de: “identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico para la familia”, el estudio fue observacional descriptivo transversal, contó con una población de 89 ancianos, quienes fueron seleccionados un universo de 313 ancianos. Los resultados constataron que, un 77.5% tenía conocimientos inadecuados sobre salud bucal, su autopercepción sobre la salud bucal, también era baja 55.1%, además de tener deficiente higiene bucal 58.4%; estos resultados indican que a pesar de que el estado cubano, realiza acciones de prevención y promoción

de la salud bucal, mediante programas de consejerías de salud bucal, no ha logrado que el adulto mayor utilice formas de cepillado adecuadas entre otras medidas para mejorar su condición oral.

Bahena et al., (12), en su investigación realizada el año 2020 en Ciudad de México y cuyo propósito fue la: “relación entre calidad y salud oral evaluada por autopercepción oral del adulto mayor”, el estudio fue transversal que tomó en cuenta datos sociodemográficos, y factores como: energía, sumisión, consultas al dentista. Se encontró que la autopercepción de la salud oral está asociada con características sociodemográficas y de salud de las personas mayores elegibles para participar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México. Como resultados se obtuvo que el 60.5% fueron mujeres, la edad promedio de la población fue 68.23 ± 7.0 . La media (IC) del GOHAI total fue 48.07 (48.05-48.08). En el estudio se utilizaron pruebas t de Student y ANOVA para evaluar la relación entre la autopercepción de la salud oral (medida a través del GOHAI) y las características sociodemográficas y de salud. Los resultados mostraron diferencias significativas, con valores $p < 0.05$, indicando que las variables sociodemográficas influyen en la autopercepción de la salud oral en adultos mayores.

Barboza et al., (13), realizaron en San José de Costa Rica el año 2020, una investigación que tuvo como objetivo: “encontrar cuales son los determinantes relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud oral”; el estudio fue descriptivo transversal de tipo observacional, aplicó un cuestionario de salud con 53 preguntas para las variables demográficas y la variable calidad de vida, mientras que para la variable salud bucal se aplicó el índice Gohai para medir problemas funcionales orales. Como resultado, se encontró que las determinantes relacionadas con la calidad de vida del

adulto mayor son: sociodemográficos, socioeconómicos, de morbilidad, toma de medicamentos y comportamientos. El estudio fue importante para la investigación porque nos permitió conocer que factores demográficos son importantes de considerar en estudios relacionados a la salud oral y calidad de vida del adulto mayor.

Ortiz y Altamirano (14), su investigación en Ciudad de México el año 2018, tuvo por objetivo: “relacionar la calidad de vida relacionada con la salud bucal y el uso de restauraciones removibles en pacientes con pérdida de dientes”, fue realizada en la Ciudad de México a adultos mayores de 50 años que acudieron a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar núm. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el estudio fue transversal, con una muestra de 533 adultos mayores de 50 años, la técnica de la encuesta y el instrumento el cuestionario que incluía el índice IHIP-14 y medidas clínicas de pérdida de dientes y dentaduras postizas removibles. Como resultado, el estudio verificó la existencia de relación entre las variables, además entre los resultados hallados se obtuvo que la tasa global de pérdida de dientes fue del 9,9%, la tasa de uso de restauraciones removibles fue del 35%, de las cuales el 66% fueron de mala calidad y el valor medio del OHIP-14 fue de 9,83. Los sujetos se dividieron en siete grupos según dos criterios: dientes faltantes (menos de 20 dientes) y uso de dentaduras postizas removibles. El grupo con peor evaluación de la OHRQL fue el grupo que no usaba prótesis removibles, pero las necesitaba porque tenía menos de 20 dientes. La calidad de vida está relacionada con la salud bucal y puede verse afectada por tener menos dientes y no utilizar dentaduras postizas removibles.

Sabando y Albala (15), en el estudio realizado en Santiago de Chile el año 2019, tuvieron como objetivo: “determinar la asociación entre la percepción de calidad de vida

relacionada a salud oral y la autopercepción de la salud del adulto mayor”; el estudio fue transversal y la metodología fue de análisis documental y de datos estadístico, ya que se basó en analizar los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI 2015-2016) del Ministerio de Salud, aplicado a personas de más 15 años, considerando a 15 regiones de Chile. La calidad de vida relacionada con salud oral se midió a través de la versión abreviada del instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP-7). Los resultados en cuanto a los factores que se asociaron significativamente con una mala percepción de calidad de vida relacionada con salud oral fueron mala autopercepción de salud general OR=4,84 (IC95 % 3,51; 6,67), edad (45-54 años) OR=1,98 (IC95 % 1,26;3,12) y uso frecuente de medicamentos (>3) OR=3,67 (IC95 % 2,17;6).que la calidad de vida relacionada con la salud oral está asociada con la autopercepción en salud, es decir que una persona con mala autopercepción de salud tiene probablemente más riesgo de tener una calidad de vida asociada a la salud oral, inadecuada, siendo esta situación más notoria a medida que avanza la edad y con el uso frecuente de medicamentos.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Capcha (16) realizó la investigación en la ciudad de Huacho, el año 2020, cuyo objetivo fue: “relacionar la variable capacidad funcional con la variable autoestima en los adultos mayores institucionalizados por la beneficencia de Huacho”. La investigación es cuantitativa, su diseño no experimental, y de tipo descriptiva, se trabajó con toda la población representada por 52 adultos mayores de ambos sexos, con edades comprendidas entre 60 y 90 años; para la recolección de datos se utilizaron instrumentos como: El índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional y el índice de Rosenberg que midió la autoestima. El resultado evidenció una relación significativa entre capacidad funcional y

nivel de autoestima de los adultos mayores con un valor de p de 0,035 ($< 0,05$). La investigación es importante para nuestro estudio, porque nos permite tener en cuenta, el no incluir a adultos mayores, sobre 80 años de edad, debido a que la autoestima decae significativamente al reducir su capacidad funcional, al hacerlo se podría caer en un sesgo, ya que dicho grupo requiere de estudios especiales.

Quispe et al., (17), el año 2020, realizaron un estudio en Puno que tuvo como objetivo: “Determinar la relación entre la salud oral y la calidad de vida del adulto mayor de 90 adultos mayores del distrito de Paucarcolla. Fue un estudio de nivel relacional de tipo observacional, prospectivo y de corte transversal. Trabajó con una población de 250 ancianos y con una muestra de 90 adultos mayores. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, que incluyó edad, sexo, Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), y el examen clínico mediante índices como COP-D, IHOS, y IPC; el tipo de edentulismo y situación protésica se registró mediante una ficha de observación. Como resultado, el análisis descriptivo encontró que la edad media era de 74.79 años, un 79.2% tenía mala higiene oral y el 88.9% presentaba caries grave, un 80.0% presentaba enfermedad periodontal, mientras que un 91.1% presentaba edentulismo. Finalmente la investigación encontró que estos resultados estaban relacionados con la mala calidad de vida que representa un 86.7%, determinándose que la higiene oral, experiencia de caries, estado periodontal, edentulismo tiene relación con la calidad de vida $p=0,001$ ($p<0.05$), y el estado protésico no tiene relación con la calidad de vida $p= 0.40$ ($p>0.05$), por lo que se concluye que existe relación entre la salud oral y la calidad de vida del adulto mayor del distrito de Paucarcolla.

Pretel (18), en su investigación realizada en Chiclayo, el año 2019, busco “relacionar la calidad de vida con la salud bucodental del adulto mayor”, su estudio fue realizado, a

187 ancianos del pueblo joven San Antonio de la provincia de Chiclayo, fue un estudio correlacional que brindó resultados descriptivos referidos a la calidad de vida y salud bucal. La investigación utilizó del Índice de Gohai, índice de valoración de salud oral geriátrica, que consta de 12 preguntas, que evalúan problemas relacionados a la salud bucodental, abarcando 3 funciones, física, psicosocial y dolor; para establecer las dimensiones de la variable calidad de vida referida a la salud bucal. El resultado llevó a la conclusión de que existe relación en ambas variables obteniéndose un valor $p = 0,048$.

Lévano y Maldonado (19) en el artículo científico realizado en Tacna el año 2019, para una revista odontológica en Tacna, tuvo como objetivo: “relacionar las variables calidad de vida y salud bucal de 63 adultos mayores en albergues de la ciudad de Tacna”. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, de diseño no experimental y correlacional con 63 adultos mayores de diferentes albergues y centros del adulto mayor de la ciudad de Tacna. Los instrumentos fueron el índice de piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas (CPOD) para la variable salud bucal y para la variable calidad de vida, el índice de geriatría en salud oral (GOHAI), índice que mide la autopercepción que el adulto mayor tiene sobre su calidad de vida y que recientemente se aplica en Latinoamérica. Como resultado, la investigación encontró un alto índice CPOD 19.30 (DS 5.73), con un porcentaje alto en pérdida de dientes y sobre la variable calidad de vida, esta fue baja, con 77,8%; el análisis inferencial mediante la prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de significancia de 95 % no encontró relación estadística significativa entre las variables de estudio.

Carrillo (20) realizó una investigación en la ciudad de Lima el año 2021, cuyo objetivo fue: “establecer la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida en

168 adultos mayores usuarios de un Centro Odontológico de la PNP”. El estudio fue de nivel correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal, utilizando como instrumentos para la salud bucal al índice I-CPOD, y para medir la calidad de vida al índice OHIP-14SP. Como resultado, con un rho de Spearman igual a ,082, la investigación concluyó que no existe relación significativa entre el estado salud (que se midió por la experiencia de caries) y la calidad de vida, a pesar de que dicho grupo presentaba un nivel bajo de salud bucal.

Mujica (21) realizó en Lima el año 2019, un trabajo de investigación, que tuvo como objetivo: “analizar los factores asociados a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una congregación religiosa, 2019”; la metodología fue cuantitativa con diseño prospectivo y analítico, la metodología que se siguió fue de análisis para caso control, para lo cual se realizó la prueba de Schirmer Oral a 90 ancianos, con el fin determinar la presencia o no de xerostomía, así como realizar encuestas para identificar factores asociados y no asociados a la xerostomía. Los resultados indican que, respecto a el uso de medicamentos antihipertensivos donde el p valor es de ($p=0,005<0.05$), lo cual demuestra que la asociación es significativa, el OR = 3,532, se evidencia que un adulto mayor que usa antidepresivos tiene 3,532 veces más de probabilidad de tener xerostomías con intervalos de 1,440 y 8,665, ambos mayores a 1 indican que es factor de riesgo. La investigación es importante para el presente estudio, porque identifica a la depresión como uno de varios factores de riesgo, pero siendo dicho factor específico, propio de la salud mental, nos previene de descartar a las personas que sufrieron de depresión antes de tener xerostomía, pues ya presentarían un determinado estado de ánimo,

por lo tanto, tal estado de ánimo, ya estaría predeterminado en dichos adultos mayores y no relacionado a la xerostomía.

Alfaro y Vargas (22), en su investigación realizada en Huancavelica el año 2020, tuvieron como objetivo: “relacionar la calidad de vida asociada a la salud bucal y xerostomía en adultos mayores de la provincia de Churcampa en Huancavelica” La metodología que empleo fue no experimental, se trabajó con 102 adultos mayores del CAM de Churcampa. Los autores realizan una asociación, entre la autopercepción que dichos adultos mayores sobre la calidad de vida en tres dimensiones (física, psicosocial y de incomodidad) y la xerostomía. Como resultado, la investigación verificó la existencia de una relación inversa moderada entre las variables, con un Rho de Spearman de $-0,697.$, y una t teórica de $9.72 > 1,96$

Ruperti y Solis (23), en su investigación realizada en Lima, el año 2020, tuvo como objetivo: “determinar la calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores de un centro del adulto mayor en San Isidro-Lima”; es un estudio descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal, para el cual se utilizó el perfil de impacto de salud bucal OHIP-14Sp, adaptándolo a la realidad peruana, la población fue de 1300 adultos mayores, trabajándose con una muestra de 184. El estudio en general obtuvo un resultado de regular a excelente, (90%), evidenció que la edad promedio fluctúa entre 76 a 92 años. La investigación fue importante para el proyecto, porque nos permitió analizar las dimensiones usadas por el perfil de impacto de salud bucal OHIP, estos fueron problemas físicos y dentales, lo que nos permitió contrastar dicho perfil con otro como el Índice Gohai, utilizado en investigaciones similares, cuyas dimensiones son 3 (física social y dolor); considerando que el estudio se realizó en un centro de adulto mayor, al que concurren

adultos mayores activos, se consideró que era más conveniente el índice Gohai que no considera las dimensiones relacionadas a las incapacidades, sin embargo, se optó por añadir la dimensión psicológica no considerada por dicho índice Gohai, por ser una dimensión muy importante.

Espinoza (24) en su artículo científico, realizado el año 2022, en Lima, tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida, relacionada con la salud oral, en los internos de un centro del adulto mayor en Lima, fue un estudio descriptivo transversal, con una población de 1800 y una muestra de 184 adultos mayores. Utilizando al perfil de impacto de salud oral (OHIP) como instrumento, que mide la calidad de vida en relación con la salud oral, obteniendo como resultado que la calidad de vida de los adultos mayores fue mala con un 9,8 %, buena en el 23,4 %, y excelente en el 66,8 %. Las mujeres (71 %) presentaron una mejor calidad de vida en relación a los hombres (58 %). Se notó que a menor edad mejor es la calidad de vida, además, la mayoría de los adultos podían realizar sus actividades diarias salvo un 7,1 %. La salud bucal no tuvo un impacto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores en términos de malestar psicológico, limitación funcional y minusvalía, solo en un 61 %, 49 % y 17 %, respectivamente.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La salud bucal

La salud bucal es un término que engloba la salud de dientes, encías y del sistema estomatognático. Elementos que juntos nos permiten realizar actividades diversas, como masticar, sonreír y hablar (25). La cavidad oral es una puerta de ingreso al sistema digestivo, por ello es importante conocer, con qué mecanismos se vinculan las patologías

dentales y orales. En años recientes, se han identificado como factores de riesgo de enfermedades a aspectos relacionados con el estilo de vida, y por lo tanto, considerar a la salud oral, es considerar a una importante vía de prevención (26). Ya que la salud oral repercute en el estilo de vida.

Incluso desde el 2017, en un congreso mundial realizado por la Federación Dental Internacional en Polonia, se considera a la salud oral como polifacética, ya que además de las capacidades mencionadas (hablar masticar y sonreír) considera a otras como: oler, saborear, tocar, tragar y transmitir un grupo de emociones gracias a expresiones faciales, sin dolor ni enfermedad del complejo craneofacial. La Asociación Dental Americana, considera a esta definición como necesaria, pues anteriormente la definición solo consideraba la ausencia de enfermedad bucodental y que esta ampliación de facetas, permitirá pregonar a la salud oral, como un derecho fundamental del ser humano (27).

2.2.1.1. Enfoques teóricos

2.2.1.1.1. Teoría del autocuidado oral.-

Orem (28) propone esta teoría que busca resaltar la importancia del autocuidado de la salud oral, considera que el individuo tiene no solo la capacidad de auto cuidar su salud oral sino también la responsabilidad de hacerlo, realizando un adecuado uso de cepillo dental, hilo dental, entre otros.

Callaghan (2003) aporta a la teoría resaltando que el autocuidado oral se influye por la autoeficacia, motivación y las habilidades de toda persona, se enfatiza la necesidad de una persona para satisfacer diversos requisitos que lo ayuden a tener una vida con salud y bienestar, se basa en acciones de la persona hacia sí misma o hacia su entorno, para controlar los factores

que pueden afectar su desarrollo y el funcionamiento de su organismo. Esta teoría, por tanto, delega la responsabilidad del bienestar y de la salud, a la misma persona.

2.2.1.1.2. Teoría Social Cognitiva de la Salud Oral.

Bandura (29) resalta como los factores personales, ambientales y de comportamiento, interactúan para determinar la salud bucal. Enfatiza la importancia de la autoeficacia, que quiere decir como es que la creencia de la persona en su capacidad para realizar conductas de salud bucal, son importantes para mantener una buena salud oral. Finlayson et al. (2005) aplicaron este modelo para comprender los determinantes psicosociales de la caries dental en la infancia.

2.2.1.1.3. Modelo de Promoción de la Salud Oral .

Pender (30), explica los factores que influyen en la adopción de conductas adecuadas o saludables que se relacionan con la salud bucal, por ejemplo, el tomar en cuenta que beneficios se perciben, que barreras, la autoeficacia y motivación de las personas para mantener una buena salud oral. Syrjälä et al. (1999) utilizaron tomaron en cuenta este modelo para el estudio de las razones y barreras para el cepillado de dientes en adultos. Esta teoría menciona como las características y la experiencia del individuo, su conocimiento conductual, sus emociones, lo lleva a desarrollar o adquirir comportamientos sanos.

2.2.1.1.4. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud Oral.

Watt (31) reconoce los factores sociales, económicos, culturales y ambientales, como determinantes e influyentes para la salud bucal de las personas. El autor enfatiza la necesidad de tener o lograr determinantes sociales, en lugar de centrarse solo en comportamientos individuales, para disminuir desigualdades en la salud bucal. Watt propone dejar el enfoque de "culpar a la víctima" y pasar a una acción más completa que incluya a los determinantes sociales que subyacen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) complementa este modelo, con determinantes como el estructural, el intermedio y el proximal, que se basan en un enfoque de riesgo. El estructural, son los factores socioeconómicos políticos culturales, el intermedio, son los factores más cercanos a la persona como condiciones de vida, trabajo, sus redes sociales, su estilo de vida, etc, y los proximales, son los factores biológicos, psicológicos y conductuales de la persona que tienen influencia en la salud oral, como los hábitos de higiene, su alimentación, etc.

Este modelo se puede complementar con el Modelo Histórico-Social, fue desarrollado principalmente por el sociólogo y epidemiólogo británico Michael Marmot, a través de su trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, el cual nos ayuda a encontrar las raíces de las desigualdades sociales que inciden en la salud. Dicho modelo contribuye no sólo a la comprensión de las raíces de las desigualdades sociales en salud, sino también a proponer estrategias para abordar las diferencias existentes (71).

2.2.1.2. Factores de la salud bucal

2.2.1.2.1. Alimentación adecuada

A. Alimentación Saludable

Los hábitos alimenticios son una rutina relacionada a nuestra forma de alimentarnos, acción que va desde la elección de nuestras comidas; esta elección se da de acuerdo a diversos factores, como religiosos, económicos, socioculturales y otros de tipo personal. Estos hábitos pueden modificarse con educación, con el fin de lograr buenos hábitos. Un buen hábito incluye: comer alimentos variados, en cantidades moderadas, reducir la cantidad de ingesta de alimentos, que contengan grasas, azúcares y sales (72).

Lo ideal es combinar diferentes alimentos, para lograr un consumo adecuado de vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas. Las verduras son una parte esencial de una dieta equilibrada y también son beneficiosas para la salud bucal. Inostroza citado en (32).

B. Evitar el consumo de azúcares y alimentos ácidos

Los alimentos azucarados, los carbohidratos como las pastas, arroz, papas, o el pan, tienen azúcar y sus efectos son tan dañinos, como lo son las golosinas, pues inician la desmineralización de dientes, por lo que no hay que excederse en su consumo, ya que aumentaría la producción de ácidos. Los alimentos cítricos, producen ácido, esto favorece a la erosión dental, no es aconsejable, por tanto, consumirlos en exceso. Los carbohidratos, se adhieren a los dientes, lo que permite a las bacterias, tener más tiempo de generar ácidos e iniciar un proceso de desmineralización; también, hay que esperar un poco al cepillado, después de comerlos, ya que, al cepillar inmediatamente, con la existencia de ácidos, estamos acelerando la erosión de los dientes (33).

C. Adecuada hidratación

El agua es fundamental para mantener una buena salud en general, y también es crucial para la salud bucal, ya que ayuda a eliminar las partículas de alimentos y las bacterias de la boca, previene la sequedad bucal y mantiene las mucosas hidratadas. La sequedad bucal puede aumentar el riesgo de caries y enfermedades de las encías. Según la clínica Vallcorba (34) el lograr una adecuada hidratación es muy importante para tener una boca sana, esto logra una adecuada cantidad de producción de saliva, lo que conlleva a evitar la boca seca y con ello la reducción de bacterias asociadas a las caries y a

enfermedades en las encías. Por tanto, para lograr una buena hidratación, se debe consumir agua (2 litros al día) evitando que estos líquidos sean azucarados.

2.2.1.2.2. Higiene bucal

El método preventivo más importante de higiene bucal, es el cepillado, con una correcta técnica, se debe utilizar una pasta dental que tenga flúor; este deberá realizarse 3 veces al día; siendo el más importante el cepillado antes de dormir, porque durante las horas de sueño, se desarrolla la flora, bacteria que produce caries. Otro método, es el hilo dental, que ayuda a remover la placa bacteriana, que se encuentra en los espacios interdenciales; sumado a esto podría incluirse, el uso de enjuague bucal fluorado, como método de prevención; las visitas al odontólogo son importantes y deben realizarse por lo menos 2 veces al año, para ubicar factores de riesgo, y evitar que el paciente se atienda, cuando exista dolor (35).

A. Técnicas de cepillado dental

Son diferentes las técnicas de cepillado dental, se pueden listar las siguientes técnicas, entre las más difundidas: Horizontal, Starkey, Charters, Bass, Stillman, Bass modificada, Stillman modificada, deslizante o de barrido, Smith-Bell, Roll, Fones, Chartes modificada. Una de las más recomendadas por odontólogos, es la técnica de Bass modificada, para ello se necesitan de cepillos de cerdas suaves, realizando movimientos vibratorios pequeños, y luego un movimiento de barrido (73).

Para la mayoría de técnicas, se necesitan de cepillos dentales que tengan cerdas suaves, para evitar el daño al esmalte del diente, e irritar encías (36).

Hay que limpiar la lengua, pues esta podría acumular depósitos, causantes de halitosis (mal aliento) o contribuir a que se forme placa bacteriana en otras zonas bucales, Cortesi, citado en (37).

B. Uso de hilo dental y enjuague bucal

Por más que se logre un adecuado cepillado, es importante utilizar hilo dental para limpiar zonas interdentes que el cepillo no alcanza, esto ayuda a eliminar la placa y restos de alimentos que quedan entre los dientes; enjuagues bucales con fluoruro ayudan a remineralizar el esmalte dental, algunos de estos además contienen antisépticos que son importantes, ya que ayudan a que se reduzca la formación de placa bacteriana. Incluso también se puede considerar, para garantizar una higiene adecuada, el uso de cepillos interdentes o palillo de dientes, ya que logran limpiar más a fondo los espacios interdentes, son recomendables para las zonas a las que el cepillo regular tenga acceso difícil (74).

C. Limpieza profesional

La limpieza dental realizada por profesionales de la odontología o higienistas dentales es un gran apoyo, ya que la placa y el sarro, se suelen acumular incluso si existe una buena higiene diaria de los dientes, las visitas al odontólogo, por lo tanto, para este tipo de respaldo de la higiene bucal, son muy importantes, y pueden realizarse una o dos veces al año. (75)

2.2.1.2.3. Patologías y enfermedades bucales

A. Caries dentales

Es una enfermedad bucal de origen multifactorial, afecta dientes y origina la destrucción progresiva de tejidos duros, Morales, citado por (38). En la actualidad, la odontología se orienta no sólo a curar esta enfermedad, sino a prevenirla.

B. Enfermedades periodontales

Son respuestas inflamatorias, que dañan a tejidos que soportan piezas dentales, originan desequilibrio entre la flora de la placa bacteriana y la interacción inmunológica del huésped, Popoola, citado por (39).

La gingivitis, es una patología periodontal, muy frecuente, aunque menos grave, se distingue por la presencia de edema, sangrado gingival, sensibilidad y enrojecimiento. La mayoría de enfermedades tiene como causante a la placa bacteriana (biofilm), que presenta toxinas y bacterias (39).

C. Maloclusiones

Además de la caries dental y las enfermedades periodontales, las maloclusiones, son patologías prevalentes en países desarrollados y no desarrollados (40).

2.2.1.3. Salud bucal en el adulto mayor

2.2.1.3.1. Concepto de la Salud bucal en el adulto mayor

El adulto mayor, según la OMS, aquella persona por los sobre 60 años, tiene una condición especial de salud bucal, por las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, que el envejecimiento trae. Además, este grupo etario tiene factores de riesgo propios de su estilo de vida, tales como el consumo de cigarro, la higiene

bucal deficiente, que adquiere o que adopta al abandonar su cuidado personal y un conocimiento limitado de la salud bucal (41).

2.2.1.3.2. Indicadores de la salud bucal del adulto mayor

Los indicadores de salud bucal, nos dan información sobre el estado de salud – enfermedad bucal, también miden los factores de riesgo, y sobre todo nos dan una idea de la necesidad de intervención, los principales son:

A. Índice de valoración de salud oral geriátrica (GOHAI)

Es un instrumento de evaluación de la calidad de vida, basada en la salud bucal, en adultos mayores, a partir de la autopercepción. La escala GOHAI se conforma de 12 preguntas que abarcan 3 dimensiones: física, psicosocial y de dolor (76).

Las preguntas tienen 5 alternativas de respuesta, de tipo escala Likert, cuya valoración es

- 1 punto = Siempre (S)
- 2 puntos = Frecuentemente (F)
- 3 puntos = A veces (AV)
- 4 puntos = Rara vez (RV)
- 5 puntos = Nunca (N)

En las preguntas 3 y 7 la valoración es inversa donde: Siempre = 5, Frecuentemente = 4; A veces = 3; Rara vez = 2 y Nunca = 1 . La conversión se realiza durante el análisis. Al sumar las 12 respuestas el resultado será, el valor total GOHAI, cuyo puntaje máximo, es de 60 (alta percepción de salud bucal) y el puntaje mínimo 12 (baja percepción de salud bucal); del mismo modo la puntuación, indicara la necesidad de atención en salud bucal,

siendo que, una puntuación ≥ 57 : no necesita atención bucodental y una puntuación < 57 , necesita de atención en salud bucal (42).

B. El perfil de salud e impacto oral OHIP

Es un instrumento que también se ocupa de medir la calidad de vida, relacionada a la salud oral. Este perfil, tiene muchas variantes, como el OHIP-49, OHIP 14, COHIP 19, OHIP-EDENT Y OHIP ESTÉTICO, y ha sido traducido a diversos lenguajes, incluido el castellano (OHIP-SP). Este instrumento es utilizado en poblaciones de adultos mayores, y otras que pudiesen tener una afectación de la salud oral, como pacientes con cáncer bucal, sin embargo, puede aplicarse a cualquier población definida (77).

En el Perú, Espinoza (24) evaluó la consistencia interna del OHIP-14 sp, en un estudio piloto, obteniéndose el OHIP-14sp (Lima), aplicándolo a 184 adultos mayores, concluyendo en que es un instrumento eficiente y fácil de usar.

2.2.1.3.3. Dimensiones de la Salud Bucal en el adulto mayor

A. Alimentación

Casamayor (44) sostiene, que lo más importante no es tomar en cuenta la salud de los adultos mayores, además del tratamiento de las distintas enfermedades, sino lograr prevenirlas, y una forma adecuada de lograrlo es través de una buena alimentación, que puede alargar la vida y lograr la calidad en la misma, la salud bucal también se garantiza con una adecuada alimentación. La alimentación para garantizar una adecuada salud bucal se basa en el consumo de verduras, las cuales son ricas en fibra, que ayuda a limpiar los dientes y estimular la producción de saliva, la cual neutraliza los ácidos que dañan el esmalte, las verduras contienen vitaminas y minerales que fortalecen los dientes y las encías. (78)

Se debe regular el consumo de azúcares, incluso los carbohidratos como las pastas, arroz, papas, o el pan, se adhieren a los dientes, lo que permite a las bacterias, tener más tiempo de generar ácidos e iniciar un proceso de desmineralización. El consumo de agua debe ser adecuado (2 litros diarios), esto permite evitar la xerostomía, estimulando la producción de saliva y con ello la reducción de bacterias asociadas a las caries y a enfermedades en las encías. (79)

B. Higiene bucal

Según el portal de salud del Ministerio de Colombia (45), la higiene bucal en el adulto mayor, consiste en usar seda dental, remover la placa bacteriana usando un cepillo, no solo en los dientes sino también en otros tejidos como la lengua, la aplicación tópica de flúor, el enjuague bucal y la higiene de prótesis dentales, en caso hubiera.

La práctica de la higiene bucal debe ser de forma diaria. El detalle de la periodicidad de esta práctica es:

- Cepillarse los dientes al menos dos veces al día durante dos minutos cada vez, utilizando un cepillo de cerdas suaves y una pasta dental con flúor.
- Usar hilo dental todos los días para eliminar la placa y los restos de comida entre los dientes.
- Enjuagarse la boca con un enjuague bucal después del cepillado para eliminar las bacterias y refrescar el aliento.

Complementando a todo ellos se recomienda la visita a un especialista en odontología para una limpieza dental una o dos veces al año.

Es importante no cepillarse inmediatamente después de comer, puesto que al cepillarse con la existencia de ácidos estamos estimulando la erosión de los dientes.

C. Patologías y enfermedades

Respecto a la salud bucal, Muñoz Coso (46), considera que algunos problemas son más frecuentes en adultos mayores, estos son la caries dental no tratada, las enfermedades periodontales o de las encías, la pérdida de piezas dentales, el cáncer bucal y la boca seca o xerostomía, causada por el efecto de medicamentos para tratar las diversas enfermedades que afectan al adulto mayor

El detalle de dichas enfermedades o patologías es:

- Caries dental:

Más frecuentes debido a una higiene bucal deficiente y a una dieta rica en azúcares.

Pueden llevar a la pérdida de piezas dentales.

- Enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis):

Inflamación y deterioro de las encías y el hueso que soporta los dientes.

Causada por la acumulación de placa bacteriana.

Puede provocar la pérdida de piezas dentales.

- Xerostomía (boca seca):

Disminución del flujo salival.

Causada por medicamentos, radiación o enfermedades.

Aumenta el riesgo de caries y problemas orales.

- Candidiasis oral:

Infección por hongos, es más común en adultos mayores.

Provocada por una disminución de la saliva y del sistema inmunitario.

- Lesiones en la mucosa oral:

Úlceras, leucoplasia, liquen plano, etc.

Pueden ser precancerosas y aumentar el riesgo de cáncer oral.

- Pérdida de piezas dentales:

Común por caries, enfermedad periodontal y traumatismos.

Dificulta la masticación y la nutrición.

D. Estado dental

El estado dental Yáñez (10) se refiere a las condiciones en que se encuentra su boca, es decir el nivel de afectación que tenga, para el estado de su salud bucal es la dimensión que más se relaciona con la percepción que los adultos mayores tienen con su calidad de vida, es muy importante al momento de evaluar si existe necesidad de prevención, diagnóstico o tratamiento, en una población.

2.2.2. Calidad de vida

La calidad de vida, esta referida a dos aspectos, una condición objetiva y una percepción subjetiva. En cuanto a esta última, significa que la persona da una valoración personal a algo, respecto a su experiencia de valoración.

Teniendo en cuenta, que el concepto de percepción, por naturaleza, además de subjetivo, es selectivo, ya que el individuo, se enfoca en lo que quiere en determinado momento, por ejemplo, podría dar un valoración negativa, del trato que recibe de sus familiares, a partir de la ocurrencia de un suceso en particular obviando todo lo demás, por más positivo que sea; además el concepto es también temporal, debido a que la percepción, se da durante un breve lapso, la persona del ejemplo, podría superar el conflicto y cambiar de opinión. Es decir, hay que tener en cuenta que, en el aspecto subjetivo, la medición de la calidad depende de las experiencias, necesidades o motivaciones de la persona (46).

En cuanto al aspecto objetivo, de la calidad de vida, esta se refiere, a el conjunto de factores o indicadores externos, que se evalúan con cierta objetividad, por ejemplo, la adecuada nutrición, tendría que valorarse por una medición o evaluación externa, la persona no conoce por lo general, que significa o que conlleva a tener una buena nutrición. Pero además de la alimentación, incluida en el factor de salud física, ¿cuáles serían esos otros factores?, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los factores incluyen, a la salud física de la persona, su salud mental, el nivel de autonomía que tenga, y como se relaciona con otras personas y con su medio. Para Ardila, los aspectos objetivos, se refieren, al bienestar material, las relaciones de armonía, con el ambiente físico y social, además de la salud (48).

Guerrero, al dar una definición de calidad de vida, también incluye, tanto a el aspecto subjetivo y objetivo, descritos; el autor agrega, que la calidad de vida, se relaciona con la percepción del mundo por la persona, su relación con otros y el trato que recibe de otros y las situaciones que se generan en su medio, Guerrero citado en (49).

Rubió, relaciona a la definición de calidad de vida, como un estado de bienestar, en aspectos como el físico, emocional, social, intelectual, espiritual y ocupacional, con lo que satisface sus necesidades individuales y colectivas, Rubio citado en (49).

Schalok también considera a la calidad de vida, como un estado de bienestar multidimensional, pero refiere además que, tiene propiedades éticas, en el concepto general, y émicas (que son propias de una determinada cultura). Por lo tanto, esta definición además de ser subjetiva y objetiva, es a la vez relativa, Schalok citado en (50).

Finalmente, Alvirdez, considera que la calidad de vida, contiene elementos subjetivos, universales, holísticos, dinámicos, e interdependientes, Alvirdez citado en (51).

Es decir, si damos una definición considerando los elementos a tener en cuenta por Alvirdez, la calidad de vida, es una concepción particular, de aspectos de dominio general, en todos los aspectos del ser humano, que están interconectados entre sí, y que pueden cambiar. Por ejemplo. Una persona puede creer que su salud es buena, porque tiene seguro del estado, pero luego al comparar la atención del estado en otros países, podría cambiar de opinión. Su estado de salud, se relaciona con otros aspectos, si no tiene buena salud, no podrá desempeñarse con éxito en el aspecto laboral y sus relaciones familiares y sociales, se verían afectadas.

El enfoque multidimensional que vincula a la calidad de vida, está dado por: el bienestar general de la persona, que incluye aspectos intrapersonales (psicológicos y espirituales) y aspectos extra personales (vivienda y empleo); bienestar ambiental, que se vincula a las condiciones ambientales en su entorno, como el acceso a servicios básicos y a la calidad de su alimentación, entre otros; bienestar psicosocial, que involucra sus relaciones con otras personas y el bienestar sociopolítico, que relaciona aspectos de inclusión social, su seguridad personal y jurídica (52).

Existen instrumentos como el WHOQOL-BREF, que mide la calidad de vida en adultos, el instrumento es un cuestionario transcultural de preguntas, en dominios como la salud física, psicológica, medio ambiental y las relaciones sociales, también tiene adaptaciones validadas al español, como el WHOQOL-100, que consta de 100 preguntas, que además de considerar las dimensiones del instrumento original, considera la dimensión de independencia, es decir a su capacidad de no depender de otros, y la dimensión espiritual, que incluye también a la religión o a las creencias personales y a como ésta condicionan su calidad de vida.

2.2.2.1. Enfoques teóricos de la calidad de vida

2.2.2.1.1. Teoría de los Dominios.

La teoría de los dominios de Schalock, quien propone que la calidad de vida se logra abordando 8 dominios o dimensiones clave. (53) Estos son:

- Bienestar emocional
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material
- Desarrollo personal
- Bienestar físico
- Autodeterminación
- Inclusión social
- Derechos.

Esta referida a la satisfacción de una persona, en sus experiencias dentro de sus dominios, tanto familiar, marital, amical laboral, académico y otros de su entorno social, iglesia, clubes, instituciones, etc. Olson y Barres, citado por (53).

2.2.2.1.2. Teoría de Persona- Sociedad

La teoría persona-sociedad sobre la calidad de vida ha sido desarrollada principalmente por el psicólogo español Miguel Ángel Verdugo, esta teoría propone que la calidad de vida de una persona está determinada por la interacción entre los factores personales (características individuales, habilidades, preferencias, etc.) y los factores ambientales o sociales (oportunidades, apoyos, barreras, etc.). Según este modelo, la calidad de vida se logra cuando existe un buen ajuste y equilibrio entre las características de la persona y las características del entorno social en el que se desenvuelve. Esto implica

que tanto los aspectos individuales como los aspectos sociales deben ser considerados para comprender y mejorar la calidad de vida de las personas. (82)

Esta teoría, de forma similar a la anterior, se relaciona con los grupos sociales y entornos, a los que el individuo, se relaciona, sin embargo, esta teoría esta más enfocada a las relaciones entre individuos, por ejemplo, como una persona se relaciona con sus compañeros de estudios o colegas de trabajo, mientras que en la teoría de los dominios, se buscaba la satisfacción que una persona tiene del dominio, como sistema en general, por ejemplo la persona podría, llevarse bien con sus compañeros del colegio (Teoría de Persona sociedad) pero tener una referencia mala sobre el colegio, como institución para el aprendizaje, (teoría de los dominios), referencia de acuerdo a la concepción general que tenga de este dominio o guiado por su mala experiencia en uno específico, como la infraestructura, la calidad de enseñanza, etc. (54).

2.2.2.1.3. Teoría positiva

La teoría positiva en el campo de la psicología y el bienestar ha sido desarrollada principalmente por el psicólogo estadounidense Martin Seligman. Se relaciona con el estado positivo de la persona, referida, al estado interno, según la percepción del individuo, su manera de ver la vida, y a un enfoque alentador. La teoría positiva, busca una visión positiva de las personas, así, tengan carencias, problemas o patologías, es decir, se trata de ver y encontrar lo positivo de las cosas (55).

Esta última teoría, es muy importante de trabajar en el adulto mayor, quien tiene muchas más emociones negativas y trastornos. como depresión o ansiedad en relación a otros grupos etarios, por desgracia, la literatura referente, no aborda a esta teoría ni a su propuesta. Hay veinte veces más estudios, sobre trastornos relacionados a la depresión,

ansiedad y otros que afecten la salud y el bienestar de la persona, que estudios sobre la felicidad, menos aún, se han tenido en cuenta a las actitudes y pensamientos positivos en la vejez. Pressman y Cohen, citado en (56).

2.2.2.2. Modelos de la calidad de vida

2.2.2.2.1. Modelo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL)

Este modelo nos sugiere dimensionar a la calidad de vida en dominios como: la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el entorno, es un modelo propuesto por la OMS Organización Mundial de la Salud, mediante el cual se evalúa la percepción subjetiva que las personas tienen sobre la calidad de vida. Para muchos al conceptualizar este modelo para elaborar instrumentos de medición y establecer indicadores, se suele tener problemas. Es, por lo tanto, importante distinguir a las relaciones sociales como, la interacción que la persona realiza con sus semejantes, mientras que el entorno es el ambiente que lo rodea y que tiene características referidas al lugar y a la forma de ejecución de una interacción. Una persona puede tener muchas o pocas relaciones sociales en un entorno adecuado o inadecuado. El entorno influye en las relaciones sociales, puede ser que el entorno no sea adecuado o no brinde las condiciones para que se realicen dichas relaciones, por ejemplo un barrio o distrito peligroso, o que no ofrezca los espacios adecuados, en el caso de los adultos mayores, el no contar con espacios o negocios, especialmente adecuados para ellos, influirá en sus relaciones sociales. (1)

2.2.2.2.2. Modelo de Conducta de Salud (Ajzen y Fishbein)

Este modelo trata de explicar cómo las actitudes, las creencias y las normas subjetivas tienen influencia sobre el comportamiento en salud, por tanto es útil para la comprensión de los hábitos de higiene oral y uso de los servicios odontológicos, los adultos

mayores pueden considerar cosas erróneas como que el perder las piezas dentales es parte de la etapa de envejecimiento o que las personas andinas tienen una necesidad diferente por lo tanto, la higiene dental de los dientes puede ser distinta, por razones que se justifican en su sistema de creencias, los hábitos de higiene instaurados en su formación por inculcación o imitación de sus padres, son explicados también por este modelo. (83)

2.2.2.2.3. Modelo de Discapacidad y Funcionamiento (Organización Mundial de la Salud):

Este modelo nos ayuda a entender como la condición bucal del adulto mayor puede limitar su funcionalidad y la interacción de los adultos mayores con los demás. Los adultos mayores que tienen mal aliento, o carecen de piezas dentales, la acumulación de sarro, la decoloración dentaria amarillenta por condiciones como envejecimiento, enfermedades, alimentos, medicamentos, traumatismos, entre otros factores, pueden hacer que los adultos mayores se sientan reprimidos a participar con otros, por incomodidad o vergüenza. (1)

2.2.2.3. Resiliencia y calidad de vida

Diversos estudios han validado una relación estrecha entre resiliencia y calidad de vida, siendo uno de ellos Meek (64), quien verificó una relación entre resiliencia y calidad de vida de pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), los resultados encontraron que los pacientes con mayores niveles de resiliencia tenían una mejor calidad de vida, dimensionando a la variable resiliencia en: actividad, impacto y síntomas de calidad de vida.

Siendo la resiliencia un predictor significativo de la calidad de vida en diferentes ámbitos como, la salud mental, lo que significa menos niveles de estrés ansiedad, depresión, etc, las personas tienden a tener una percepción más positiva de su bienestar mental. En cuanto a la salud física, las personas se adaptan a enfermedades crónicas y a situaciones

adversas, afrontando mejor los síntomas y las consecuencias de que devienen de una limitación física, la resiliencia facilita las redes de apoyo social y de relaciones con más significado, las personas logran un mejor forma de establecer vínculos saludables con otras personas y no tienen reparo en solicitar ayuda, su desempeño laboral académico también mejora, pues significa para ella un desafío más que un problema, en general una persona resiliente logra una mayor satisfacción y bienestar general con la vida, las personas tienen actitud positiva y encuentran un sentido de propósito más fácilmente. (84)

Autores como Werner, Smith, Rutter, Masten, Luthar, han desarrollado estudios que concluyen que la resiliencia es una capacidad que está presente en mayor o menor medida en todas las personas, el desarrollo y expresión de actitudes resilientes, se logran en función de una interacción compleja de factores a lo largo del ciclo de vida, en general uno de los factores son las situaciones adversas que pueden cambiar la realidad de una persona, como una accidente; en el caso de nuestro estudio, un impacto fuerte de la salud bucal puede ser un factor clave para desarrollar una conducta resiliente, como el perder todas las piezas dentales, esto significa una nueva realidad, que pone a prueba a la persona quien termina aceptando esta nueva realidad y se adecua a la misma, adaptando nuevos hábitos y formas de elaborar y consumir los alimentos.

2.2.2.3.1. Modelo de resiliencia

En la década de los ochentas, (75), se inicia una investigación longitudinal de varias décadas de diseño experimental, en niños de Kauai una localidad en Hawái, que crecieron en diversas condiciones adversas, primando las de precariedad, el estudio logró identificar factores de protección que los niños desarrollaban y que influían en el desarrollo de la resiliencia, condición que les permitía sobreponer a las condiciones de adversidad

identificadas. Rutter, investigador Británico, concluyó que la resiliencia es un proceso dinámico que puede cambiar a lo largo del tiempo y depende de diferentes circunstancias.

2.2.2.4. Calidad de vida en el adulto mayor

2.2.2.4.1. Concepto de la calidad de vida en el adulto mayor

El concepto de calidad de vida del adulto mayor difiere sobre el concepto de vida a nivel general de modo principal debido a que la prioridad del adulto mayor, no está referida a lograr satisfacer necesidades básicas como la alimentación, vivienda, vestido, sino de lograr tranquilidad, bienestar emocional y paz. También hay que tener en cuenta la diferencia entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, por ejemplo, los adultos mayores que viven en albergues pueden tener como prioridad los vínculos afectivos con familiares, mas no con amigos mientras que los adultos mayores que viven con familia pueden requerir de vínculos afectivos con amigos o personas de su edad. (85)

El proceso de envejecimiento, implica un desafío para el adulto mayor, en el sentido de adaptarse biológicamente, es decir, aceptar los cambios en su estado de salud y la disminución de sus capacidades y habilidades, como el deterioro de sus habilidades cognitivas. El adulto mayor, debe adaptarse a su medio social, toda vez, que este medio se torna más hostil, con el pasar del tiempo, además de enfrentarse a miedos, como la invalidez o el abandono. (86)

La teoría de la actividad planteada por Havighurst y Albrecht, explica que el envejecimiento es mucho más satisfactorio, cuando se tiene mayor actividad social, siempre y cuando, según los críticos de la teoría, no existan limitantes económicos o biológicos (57).

El modelo de Desempeño de Rol, desarrollado por Bigelow, Brodsky, Stewart y Olson, se basa en el ambiente y las condiciones sociales, para satisfacer las necesidades básicas, éstas, según el modelo, se refieren a lo social, además de lo material. La persona pone a prueba sus capacidades cognitivas, conductuales, perceptivas y afectivas, para lograr obtener lo que requiere (58).

El envejecimiento es por tanto, una fase individual, muy difícil para el adulto mayor en su calidad de vida, pues la calidad de vida depende de factores interdependientes, un deterioro de su salud, conlleva a un deterioro en sus interrelaciones o a su desempeño laboral, y es una fase colectiva, en la que la sociedad, debe apoyar al adulto mayor a que afronte los cambios y retos mencionados. Se deben de fundamentar políticas, que comulguen con una mejora, en el estado de vida del adulto mayor y por lo tanto en su calidad de vida, considerando que, para muchos autores, la calidad de vida, tiene un gran componente subjetivo. No se trata por ejemplo de incrementar el ingreso económico del adulto mayor, si bien, la estabilidad económica es muy importante para su calidad de vida, de nada sirve si es que el adulto mayor no tiene acceso a información sobre nutrición, asistencia en salud mental, salud complementaria, así como opciones, que le permitan socializar con otros adultos mayores y continuar con sus actividades productivas y de distracción. (87)

Si no garantizamos su estado de ánimo, desarrollará sentimientos negativos, que lo afectarán físicamente. Hay que tener en cuenta que la dimensión física, involucra, tanto la salud física como la percepción que tienen sobre su estado de salud, esta percepción puede basarse en la existencia o no de dolor o el *discomfort*, así como, de sensaciones físicas que podrían interferir en su normal desempeño, como el mal sueño, la falta de

energía y el descanso. Su alimentación y nutrición, también son muy importantes para garantizar su calidad de vida. Su nutrición se ve afectada por la medicación que suele tener por enfermedades propias de la edad, el estar polimedicado, agrava aún más la situación. (80)

El adulto mayor consume, tres comidas, pero no considera, las calorías y nutrientes necesarios, que incluyan frutas legumbres, verduras, o lácteos, que a diferencia de otros grupos etarios, no solo no lo nutre, sino que además lo deteriora (59).

Por otro lado, si bien hemos hablado de la responsabilidad del Estado y de las organizaciones, para con el adulto mayor, también su entorno familiar debe de entender, que es un grupo especial que requiere de más y no de menos atención, por ejemplo, las casas debiesen acondicionarse, para salvaguardar su integridad, sin desniveles, sin peldaños, sin camas altas, con pisos antideslizantes, duchas con agarraderas, etc., que eviten accidentes, la familia debe buscar las formas de incluir en las actividades familiares al adulto mayor y no excluirlos, se debe también, protegerlo de los cambios climáticos y garantizar que realice una adecuada higiene personal. (80)

Sin lugar a dudas sin contar con el factor psicológico y emocional, el factor más importante es el factor económico, de acuerdo a los ingresos personales, se logra un bienestar social, y se garantiza un control de factores como el físico (salud) (60).

Es importante que las personas entiendan que el adulto mayor puede seguir formando parte de la población económicamente activa, PEA, los adultos mayores, no encuentran oportunidades de empleo y muchas veces buscan opciones de trabajo independiente, incluso a pesar de no necesitar un ingreso extra, simplemente con la intención de seguir siendo valorado y respetado o porque no tiene otras opciones para

desarrollarse , sin embargo, esto no es bien visto por la población, quien considera que el adulto mayor, debe estar en la casa, por su edad. El Estado, solo establece como escenarios de desarrollo del adulto mayor, a centros de desarrollo de adultos mayores, que dependen del seguro social y que obviamente están a disposición de un grupo minúsculo, a pesar que la normatividad legal, lo compromete con este grupo etario. (88)

La calidad de vida está asegurada en el marco legal, de las constituciones de la mayoría de países. En el Perú, el día 21 de julio de 2016, se publica la ley 30490, que tiene por objeto, establecer el marco normativo, para que se garanticen los derechos de la persona adulta mayor, a fin de mejorar su calidad de vida y la integración del adulto mayor, al desarrollo del país, tanto en el ámbito social, económico político, como cultural. La reglamentación de esta ley se publica cuatro años después, el 27 de julio de 2021. (89)

2.2.2.4.2. Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida, no tiene una definición unívoca, por lo que es difícil para los investigadores, alcanzar estudios que se contrasten con otros. Las dimensiones, derivadas del enfoque que cada autor tenga, en su definición, pueden ser muy diferentes. Barra (61), lista las siguientes 8 dimensiones.

- Bienestar físico

Incluye indicadores de salud, actividades de la vida diaria, atención sanitaria y ocio.

- Bienestar emocional

Abarca indicadores como alegría, auto concepto y ausencia de estrés.

- Relaciones interpersonales

Tiene como indicadores, a las interacciones, relaciones y apoyos.

- Inclusión social

Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales.

- Desarrollo personal

Dentro de esta dimensión, se encuentran los indicadores de, Educación, competencia personal y desempeño.

- Bienestar material

Estado financiero, empleo y vivienda

- Autodeterminación

Autonomía / control personal, metas y valores personales y elecciones.

- Derechos

Humanos, legales

La mayoría de dimensiones listadas supra, se enfocan en el bienestar, el bienestar es un componente de la salud de acuerdo a la OMS, (organización mundial de la salud), y está basada en una estimación subjetiva, de la valoración global que una persona hace con relación a su vida. (1)

“Es por ello que para analizar la satisfacción con la vida es necesario remitirse al término “bienestar” que lleva implícitamente a la experiencia personal; por tanto, discurrir sobre el bienestar subjetivo puede considerarse una redundancia ya que existe una íntima relación de lo afectivo y lo cognitivo” (62).

Al dimensionar la variable bienestar en puntos específicos de la vida de la persona y estos coincidir con las dimensiones de la calidad de vida, podríamos entonces pensar que ambos conceptos, calidad de vida y bienestar son similares, sin embargo, como se menciona en la definición de calidad de vida, este concepto, tiene también un componente objetivo, que se obtiene por indicadores, que de todos modos influyen en la subjetividad. Es decir,

si bien las pruebas de medición de la calidad de vida, se logran a través de la autopercepción, ciertos indicadores, pueden influir en el adulto mayor, por ejemplo, cuando a este se le pregunte por su estado de salud, él podría decir que no es bueno, por sentirse decaído o desanimado, pero al tomar en cuenta que, en sus últimos chequeos médicos, no presenta problema de salud alguno, este manifestará que tiene una buena salud, guiado por la prueba objetiva a la que fue sometido.

Por lo tanto, aspectos demográficos como la procedencia urbana del adulto mayor, harán que la medición de dimensiones de la calidad de vida, sean subjetivas, pero con un trasfondo objetivo, a diferencia de mediciones que se hagan en zonas rurales.

Es importante mencionar lo anterior, para entender porque se suele utilizar, la variable calidad de vida y no bienestar, en la mayoría de investigaciones.

Por otro lado, las dimensiones pueden basarse en los dominios, como refiere Teoría de los dominios, mencionada supra, es decir, el ajuste entre sí mismo y el ambiente; la persona tiene una percepción de la calidad de vida de acuerdo a las posibilidades y opciones que el ambiente le proporcione para obtener su satisfacción. La OMS, formula 6 dimensiones, las cuales son: dominio físico, dominio psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad (63).

De acuerdo a la revisión de la literatura, la dimensión física, junto con las dimensiones emocional, social, de independencia, conforman los principales aspectos que deben evaluarse y fortalecerse para garantizar una alta calidad de vida en el adulto mayor. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la calidad de vida varía en función a la persona, no es lo mismo un adulto mayor institucionalizado que uno que vive con su familia, teniendo en cuenta ello, el presente estudio consideró a la dimensión entorno/condiciones

de vida, y a la dimensión espiritual ya que muchos autores consideran que la búsqueda de tranquilidad y de paz es muy importante en este grupo etario, por tanto son estas 6 dimensiones las que se consideran en la presente investigación y se describen a continuación:

A. Dimensión física

De acuerdo a Sentandreu et al. (64), esta dimensión tiene relación con la disminución funcional que sufre el adulto mayor, considerado un síndrome geriátrico (fragilidad), diversos estudios consideran que tiene una relación inversa con la calidad de vida del adulto mayor, algunas características las enuncia Fried, en el fenotipo de Fried, las cuales son la pérdida de peso, la lentitud para moverse, debilitación muscular y en general disminución o bajo nivel para realizar actividades físicas, siendo el dolor lumbar crónico o la artritis, las principales patologías que afectan a dicho grupo etario.

Cuando el adulto mayor mantiene una buena salud física, conserva su funcionalidad y autonomía, y puede manejar adecuadamente los problemas de salud, su calidad de vida se ve significativamente mejorada. Esta dimensión es fundamental para el bienestar integral de las personas mayores.

La dimensión física es una de las más importantes para la calidad de vida del adulto mayor. Esta dimensión se refiere a la salud, el funcionamiento y las capacidades físicas de las personas mayores (80). Algunos de los principales elementos de esta dimensión incluyen:

- Salud física:

Ausencia o control adecuado de enfermedades crónicas y agudas.

Buen estado general de los sistemas corporales (cardiovascular, respiratorio, musculoesquelético, etc.).

- Capacidad funcional:

Habilidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (comer, vestirse, asearse, etc.).

Mantenimiento de la movilidad, fuerza y equilibrio.

- Autonomía física:

Capacidad de valerse por sí mismo sin depender excesivamente de otros.

Posibilidad de realizar actividades de manera independiente.

- Dolor y síntomas:

Ausencia o manejo adecuado del dolor, la fatiga y otros síntomas físicos.

Impacto reducido de estos síntomas en la calidad de vida.

- Nutrición y sueño:

Alimentación saludable y adecuada a las necesidades del adulto mayor.

Calidad y cantidad de sueño suficiente para el descanso.

B. Dimensión emocional y de salud mental

Esta dimensión abarca el estado cognitivo y emocional de las personas, Márquez et al.(61) , en un estudio verificaron que 1 de 4 adultos mayores estaba mal de la mente por problemas de cognitividad, mientras que 3 manifestaron estar mal por problemas emocionales, es decir el factor psicológico es más importante en la calidad de vida del adulto mayor que el deterioro cognitivo (memoria, atención, percepción). Los cambios atravesados, o que atraviesa el adulto mayor tienen que ver con el desequilibrio psicológico que experimenta.

Cuando el adulto mayor goza de una buena salud mental y emocional, tiene mayor capacidad de disfrutar de la vida, de establecer relaciones significativas y de enfrentar los desafíos propios de la vejez. Esto contribuye de manera fundamental a su calidad de vida general. Por lo tanto, la dimensión emocional y de salud mental es crucial para el bienestar integral de las personas mayores y debe ser considerada al evaluar y mejorar su calidad de vida (80)

Esta dimensión se refiere a los estados emocionales, sentimientos y bienestar psicológico de las personas mayores.

Algunos de los principales elementos de esta dimensión incluyen:

- Estado de ánimo:

Presencia de emociones positivas como alegría, satisfacción y contentamiento.

Ausencia o manejo adecuado de emociones negativas como depresión, ansiedad y estrés.

- Autoestima y autoaceptación:

Percepción positiva de sí mismo y de su valía personal.

Aceptación de los cambios físicos y emocionales propios de la edad.

- Resiliencia y adaptación al envejecimiento:

Capacidad para afrontar y superar adversidades y pérdidas.

Ajuste positivo a los desafíos y transiciones de la vejez.

- Bienestar psicológico:

Sensación de propósito y significado en la vida.

Sentimiento de control y de poder tomar decisiones.

- Salud mental:

Ausencia de trastornos mentales como depresión, ansiedad o demencia.

Manejo adecuado de problemas emocionales y cognitivos.

C. Dimensión social

En esta dimensión la mayoría de autores coincide que tiene que ver con las interacciones del adulto mayor con otras personas por lo general de similar rango de edad, sin embargo Sentandreu (64) considera que también se considera como parte de esta dimensión a las actividades individuales que permitan a dicho individuo, mantenerse activo física, cognitiva y mentalmente, es decir, activo para la sociedad.

Cuando el adulto mayor mantiene una vida social activa, se siente conectado, valorado y apoyado por su entorno. Esto contribuye a una mejor salud mental, previene la soledad y el aislamiento, y mejora su calidad de vida general. Por lo tanto, la dimensión social es fundamental para el bienestar integral de las personas mayores y debe ser considerada al evaluar y mejorar su calidad de vida. Esta dimensión se refiere a las relaciones interpersonales, la participación social y el apoyo que reciben los adultos mayores. (90). Algunos de los principales elementos de la dimensión social incluyen:

- Relaciones familiares:

Calidad y frecuencia de las interacciones con familiares.

Sentimiento de pertenencia y de ser valorado por la familia.

- Relaciones de amistad:

Mantenimiento de vínculos con amigos y compañeros.

Oportunidades para socializar y compartir actividades.

- Participación social:

Involucramiento en grupos, clubes, asociaciones, etc.

Sentimiento de pertenecer a una comunidad.

- Apoyo social:

Disponibilidad de personas que brinden ayuda y soporte emocional.

Acceso a servicios y programas de apoyo comunitario.

- Actividades de ocio y recreación:

Acceso a actividades que generen placer y satisfacción.

Mantenimiento de intereses y hobbies.

D. Dimensión espiritual

La espiritualidad es muy importante para la calidad de vida en el adulto mayor, así lo han señalado diversos estudios como el de Mancheno (66), quien considera que esta dimensión tiene un impacto positivo en la salud mental de dicho individuo y su bienestar general. Esta dimensión puede tener diferencias muy marcadas en función al género y a la institucionalización del adulto mayor.

Otros estudios como el de Mora et al., (67), demuestran que hay una relación positiva entre la calidad de vida del adulto mayor y la espiritualidad, sugiriendo que el adulto mayor experimenta una sensación de propósito, esperanza y paz interior, debido a esta práctica. Instrumentos como el WHOQOL-BREF, mencionado anteriormente, consideran a esta dimensión que incluye a la religión y a las creencias personales.

E. Dimensión entorno/condiciones de vida

De acuerdo a Márquez et al. (65) el entorno o ambiente se refiere a los vínculos que tiene el individuo con su barrio, es sentirse parte importante de este y apoyado por las personas que lo habitan, es un espacio que le ofrece también oportunidades para ejercitarse, socializar, recrearse y realizar tareas del hogar, como ir a un mercado; para otro grupo de

adultos mayores, según sugiere el autor, el entorno no es una oportunidad, sino una amenaza, el adulto mayor no se relaciona con otras personas y se siente inseguro, a nivel social, por los asaltos o la inseguridad y a nivel estructural por las deficiencias en cuanto al asfalto, veredas en mal estado, falta de espacios, falta de áreas verdes, etc.

- Vivienda:

Accesibilidad, adaptaciones, seguridad y comodidad del hogar.

Cercanía a servicios y familiares.

- Barrio/comunidad:

Acceso a espacios públicos, áreas verdes y lugares de recreación.

Infraestructura y transporte que faciliten la movilidad.

Redes de apoyo social y comunitario.

- Servicios:

Disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud, sociales y de asistencia.

Calidad y adecuación de los cuidados recibidos.

- Seguridad:

Percepción de seguridad en el hogar y el entorno.

Protección contra crímenes y accidentes.

- Economía:

Nivel de ingresos y capacidad adquisitiva.

Acceso a pensiones, subsidios y ayudas.

Todos estos aspectos del entorno y las condiciones de vida del adulto mayor influyen de manera crucial en su bienestar físico, mental, social y emocional, y por lo tanto, en su calidad de vida general.

F. Dimensión independencia y autonomía

Para Ibiza (68) es importante hacer una distinción entre los conceptos de independencia y autonomía pues pueden parecer similares, pero no lo son, sobre todo en el adulto mayor, independencia se refiere a que la persona no depende o no necesita de otra persona para hacer sus actividades, mientras que autonomía se refiere a que el adulto mayor puede tomar decisiones de forma voluntaria.

Cuando el adulto mayor mantiene su independencia y autonomía, se fortalece su autoestima, se reduce la sensación de carga para los cuidadores y se fomenta una mejor calidad de vida general. (91). Por lo tanto, esta dimensión es fundamental para el bienestar integral de las personas mayores

- Funcionalidad física:

Capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, etc.).

Mantenimiento de las habilidades físicas y cognitivas.

- Toma de decisiones:

Poder elegir y controlar aspectos de su propia vida.

Participar en la planificación de su cuidado y tratamientos.

- Autonomía:

Sensación de control sobre su vida y su entorno.

Oportunidades para desarrollar y mantener intereses y aficiones.

- Independencia:
Capacidad de valerse por sí mismo sin necesidad de ayuda constante.
Contar con los recursos y apoyos necesarios para ser lo más autónomo posible.
- Empoderamiento:
Sentido de confianza y seguridad en sus propias capacidades.
Participación activa en la comunidad y la sociedad.

2.3. Formulación de Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H₁: La salud bucal se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024.

H₀: La salud bucal no se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

HE₁: La alimentación se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024

HE₁₀: La alimentación no se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024

HE₂: La higiene bucal se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024

HE₂₀: La higiene bucal no se relaciona con calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024

HE₃: Las patologías y enfermedades se relacionan con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024

HE₃₀: Las patologías y enfermedades no se relacionan con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024.

HE₄: El estado dental se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024

HE4₀: El estado dental no se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro el Adulto Mayor, Huancayo 2024

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

La investigación utilizará el método hipotético-deductivo, método que utiliza la ciencia moderna para conocer la realidad, mediante la verificación de una hipótesis y la obtención de conclusiones o explicaciones a partir de. resultado de dicha verificación; para ello, según refiere Hernández, et al (69), se requieren de dos premisas, una universal (compuesta de leyes y teorías científicas, denominada: enunciado nomológico) y otra de tipo empírica (considerada enunciado entimemático, que vendría a ser el hecho que se observa y genera la necesidad de indagar, ya sea para resolver un problema o satisfacer una curiosidad.

3.2. Enfoque de investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo, ya que trabaja con fenómenos medibles, al que se le asignan valores numéricos, que con el uso de la estadística podremos describir, o someter a inferencia. Hernández, et al (69), manifiestan que el enfoque cuantitativo recolecta números, los analiza y a partir de ellos explica los fenómenos, valiéndose de la estadística. Lo ideal según Del Canto y Silva (70) es buscar una coincidencia entre la percepción que el investigador tiene sobre la realidad, plasmada en una hipótesis y la realidad como fenómeno, con el fin de aprobar una teoría. Para que esto ocurra Hernández, et al (69) refieren que se debe partir de una idea, plantear un problema, revisar la literatura existente, desarrollar un marco teórico , visualizar el alcance del estudio, elaborar la hipótesis, definir variables , desarrollar un diseño de investigación, establecer una muestra , recabar datos, realizar el análisis y hacer un reporte final de los resultados, todo ello para lograr que se evidencie esa

coincidencia mencionada entre la hipótesis del investigador, con la realidad del fenómeno, para lograr el fundamento de una teoría.

3.3. Tipo de investigación

La investigación es de tipo aplicada según Arispe et al, (70) refiere que se “enfoca en identificar a través del conocimiento científico, los medios por los cuales se puede contribuir a solucionar una necesidad reconocida, practica y específica”. Por lo tanto, de acuerdo al tema de investigación propuesto, se pretende reconocer, practicar, y especificar un nuevo conocimiento científico solucionando un problema como es el caso de la percepción de la Salud bucal y calidad de vida en adultos mayores.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental, ya que no se manipulan variables, es de corte transeccional, ya que tendrá una sola medición. Dentro del diseño no experimental, se considera al diseño de investigación correlacional, aquel en donde se establece el grado de correlación o de asociación entre dos variables, que no tengan dependencia Hernández et al, (65). Siguiendo una línea de investigación, que establece niveles, dicho diseño se aplica en el nivel relacional, nivel en el que de acuerdo a Raven (72) se realiza una comparación puede ser de grupos independientes o de muestras relacionadas y necesariamente involucra plantear hipótesis.

3.5. Población, muestra y muestreo

La población está compuesta por los adultos mayores (mayores de 60 años) del Centro del Adulto mayor CAM Huancayo, que representa un total de 500 personas.

El cálculo de la muestra, se fija de acuerdo la siguiente fórmula (54):

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

z = nivel de confianza (correspondiente a la tabla de valores Z= 1,96)

p = porcentaje de la población que tiene el atributo deseado

q = porcentaje complementario (1-p)

N = tamaño de la población

e = error máximo permitido (5%)

La muestra es de 167 personas, con un nivel de confianza de 95%, margen de error de 5%.

Criterios de inclusión:

Personas a partir de 60 años, de habla castellana e inscritos al centro del adulto mayor Huancayo

Criterios de exclusión:

No se considerarán a adultos mayores a los 84 años o que tengan alguna discapacidad para la comunicación verbal y/o cognitividad.

Se excluyó a los adultos mayores que presentaron signos de indisposición o apatía al momento de la aplicación de los instrumentos, ya que sus respuestas podrían no ser espontáneas ni sinceras.

Muestreo

Se utilizó un muestro no probabilístico, con la técnica de muestreo por conveniencia, hemos ingresado a los talleres de danza, cultura física y cocina, pues presentaban a la mayor agrupación de adultos mayores y eran los que estaban disponibles al momento de aplicar los instrumentos.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1

Matriz operacional de las variables Salud Bucal y Calidad de Vida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Variable 1: Salud bucal	"La Salud Bucal es la salud de los dientes, encías y el sistema estomatognático que nos permite sonreír, hablar y masticar" (49).	La variable se midió utilizando una escala para conocer las actitudes de los adultos mayores referente a las dimensiones: alimentación, higiene bucal, patologías y enfermedades y estado dental, a la vez se utilizó un cuestionario para identificar problemas específicos referidos a la variable.	• Alimentación	- Alimentos saludables - Hidratación - Alimentos dulces	Cualitativa ordinal	Nivel bajo 30 al 35 Nivel medio 36 al39 Nivel alto 40 al43
			• Higiene Bucal	- Cepillado - Hilo dental y enjuague bucal - Limpieza profesional - (Presencia de placa bacteriana y cálculo dental)	Cualitativa ordinal	
			• Patologías/ enfermedades	- Caries/Maloclusiones - Enfermedades periodontales - Xerostomía - Dolor y sensibilidad dental - Sensibilidad a estímulos térmicos o químicos - Condición de las encías	Cualitativa ordinal	
			• Estado dental	Función masticatoria	Cualitativa ordinal	
Variable 2: Calidad de vida	"Un continuo entre la satisfacción y la insatisfacción en el que se colocan las personas en función de su percepción	Son las dimensiones subjetivas relacionadas al bienestar, para las métricas de esta variable cualitativa, se	Físico	Capacidad funcional (autonomía, movilidad, autocuidado)	Cualitativa ordinal	Nivel bajo 125 al 140 Nivel medio 141 al 152 Nivel alto 153 al163

<p>personal y atendiendo a los criterios que considere oportunos. Incluye el funcionamiento autónomo de la persona y sus expectativas de vida” Skevington y Böhnke citado en (50).</p>	<p>utilizó una escala para recoger las opiniones y actitudes del adulto mayor frente a la variable, en 6 dimensiones: física, emocional, social, entorno/condiciones de vida, independencia y autonomía y espiritual.</p>	Emocional/Salud mental	Estado de ánimo Satisfacción con la vida Autoestima Bienestar psicológico	Cualitativa ordinal
		Social	Apoyo social (familia, amigos) Participación social Actividades recreativas y de ocio	Cualitativa ordinal
		Entorno/ Condiciones de vida	Vivienda Seguridad Acceso a servicios Recursos económicos	Cualitativa ordinal
		Independencia y autonomía	Capacidad de toma de decisiones Control sobre la propia vida Habilidades para realizar actividades de la vida diaria	Cualitativa ordinal
		Espiritual	Propósito de vida Espiritualidad Conexión con una comunidad de fe Tranquilidad	Cualitativa ordinal

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de dato, se solicitó autorización por escrito a la responsable de la institución, Lic. Rosario Alania, a quien se le explicó la finalidad del estudio. Obtenida la autorización, se seleccionó la población de adultos mayores residentes permanentes de dicha institución que cumplan con los criterios de inclusión previo consentimiento informado voluntario por escrito para participar en el estudio, explicándoles la finalidad del estudio.

3.7.1. Técnica

Para la variable 1

Se emplearon las técnicas de la encuesta y escala, teniendo como instrumentos a el cuestionario y a la escala de Likert respectivamente, para medir la salud bucal del adulto mayor no institucionalizado, es decir el efecto que los trastornos bucodentales ocasionan en las actividades de la vida diaria de dicha persona a partir de su experiencia en el último mes, esto permitió unificar los datos de ambos instrumentos para un solo tratamiento de datos. A mayor puntaje, más alta su salud bucal.

Para la variable 2

En cuanto al instrumento para medir la calidad de vida se utilizó también la técnica de la escala y el instrumento escala de Likert, para medir la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, en 6 dimensiones, en el último mes. A mayor puntaje, más alta su calidad de vida.

3.7.2. Descripción de los instrumentos

Un instrumento de medición permite el registro de datos e información sobre las variables que se van a medir o evaluar, es un recurso importante para el investigador (69). A continuación, se muestran las fichas técnicas de las Escalas elaboradas para ambas variables.

Instrumento de la variable salud bucal:

Para medir las variables calidad de vida orientada a la salud bucal del adulto mayor, se utilizará un cuestionario de 8 preguntas, y una escala de 11 ítems, los cuales se encuentran de acuerdo a la escala de Likert con un valor máximo de 5 puntos, las cuales son: 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (casi siempre), 5 (siempre).

Tabla 2

Ficha técnica del instrumento: Variable Salud Bucal

Nombre Original	: EMSBAMN11 (Escala de medición de la Salud Bucal para adultos mayores no institucionalizados)
Elaborado por	: Claudia Mendoza Contreras
Procedencia	: Perú
Administración	: Individual
Formas	: Completa
Usos	: En el ámbito social
Población	: Adultos mayores
Tiempo	: 30 minutos

Momento	: indistinto
Lugar	: Centro del Adulto Mayor Huancayo
Validez	: Validez de contenido y de constructo
Fiabilidad	: Muy alta
Tiempo de llenado	: 30 minutos
Número de ítems	: 11 ítems
Alternativas de respuesta	: Escala de Likert de valoración de 5 puntos.
Baremos	: Calificación mediante baremos (Bajo, medio, alto)

Instrumento de la variable calidad de vida

La escala para evaluar la variable calidad de vida dimensionada en 6, utilizó 47 ítems (46 politómicas y una nominal dicotómica). Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta con un valor máximo de 5 puntos, las cuales son: 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (casi siempre), 5 (siempre). Cada dimensión se puntúa de forma independiente. La determinación de la puntuación de cada dimensión forma la puntuación total, la cual que varía entre 0 a 235, cuanto mayor sea su valor, mejor será el perfil del dominio de calidad de vida.

Tabla 3*Ficha técnica del instrumento: Variable Calidad de Vida*

Nombre Original	: EMCVAMNI1 (Escala de medición de la calidad de vida para adultos mayores no institucionalizados)
Elaborado por	: Claudia Mendoza Contreras
Procedencia	: Perú
Administración	: Individual
Formas	: Completa
Usos	: En el ámbito social
Población	: Adultos mayores
Tiempo	: 30 minutos
Momento	: Indistinto
Lugar	: Centro del Adulto Mayor Huancayo
Validez	: Validez de contenido y de constructo
Fiabilidad	: Muy alta
Tiempo de llenado	: 30 minutos
Número de ítems	: 11 ítems
Alternativas de respuesta	: Escala de Likert de valoración de 5 puntos.

Baremos	: Calificación mediante baremos (Bajo, medio, alto)
---------	---

3.7.3. Validación

a) Validación contenido

Se utilizo la validación por juicio de expertos, obteniéndose la aprobación con el siguiente resultado:

Tabla 4

Resultado de la validación de contenido por juicio de expertos

Nombre y apellido del experto	Grado académico y especialidad	Promedio de calificación
Evelyn Julia Rodríguez Espejo	Magister en gestión de servicios en salud	90%
Walter Trabaj Zacarías	Magister en salud pública	87%
Javier Auberto Casimiro Pecho	Magister en educación	88%
Alexis Verano Hinojo	Magister en salud pública	92%
Wilber Humberto Carrillo Morales	Magister en salud pública	90%
Promedio general		89%

3.7.4. Confiabilidad

La validez de confiabilidad se realizó mediante el análisis de consistencia interna, se refiere al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala están relacionados entre sí, mediante la determinación del Coeficiente alfa de Cronbach, que requiere solo una aplicación del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre cero (0) y uno (1), de modo que en cuanto más cercano sea el valor a uno, es mayor la confiabilidad.

Para lograr la confiabilidad por consistencia interna usando el método alfa de Cronbach, el software toma un reactivo y lo relaciona con todos los demás.

Tabla de confiabilidad del instrumento

Hernández et al., (69) plantean rangos a considerar para determinar el grado de confiabilidad, definiendo a dicho término como: “Confiabilidad grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.” (p. 228)

Tabla 5

Rangos de Confiabilidad para la validez del instrumento.

#	Rangos	Confiabilidad
1	0,81 a 1,00	Muy alta confiabilidad
2	0,61 a 0,80	Alta
3	0,41 a 0,60	Moderada
4	0,21 a 0,40	Baja

5 0,10 a 0,20 Muy baja

Nota: Tomado de Maldonado (2018) Metodologías de Investigación Social: Paradigmas: cuantitativo, sociocrítico, cualitativo, complementario.

La prueba piloto, se realizó con 15 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Huancayo, logrando calcular el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach, utilizando el programa SPSS 26, que consiguió los siguientes resultados:

Tabla 6 Coeficiente alfa de Cronbach *alfa de Cronbach de las variables*

Coeficiente alfa de Cronbach de las variables **Cronbach de la Presupuestal**

V. Salud Bucal		V. Calidad de Vida	
Alfa de Cronbach	N. de elementos	Alfa de Cronbach	N. de elementos
,972	11	,819	15

En la tabla 6, se muestra el valor del coeficiente alfa de Cronbach, para la variable Salud Bucal, el cual es de 0,972, lo que quiere decir que el instrumento es de muy alta confiabilidad, mientras que el valor del coeficiente alfa de Cronbach para la variable Calidad de Vida es de 0,819, esto significa que el instrumento es de muy alta confiabilidad, por lo que se garantiza la fiabilidad de ambos instrumentos y pueden ser aplicado para medir las variables correspondientes.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

En el proceso de análisis de los datos recolectados, este se realizó utilizando el método estadístico, desde un plano descriptivo e inferencial, que de acuerdo a Del Canto (65) incluye, en el caso de la estadística inferencial a los métodos y procedimientos que gracias a la inducción logran determinar propiedades en una población, y en el caso de la estadística descriptiva, obtiene de forma organizada datos que luego presenta mediante tablas o figuras, para caracterizar una variable, garantizando una visualización adecuada para la comprensión, todo esto se logra utilizando como herramienta al programa estadístico SPSS STADISTIC-V26, encargado del procesamiento y presentación de datos; cabe mencionar que para la elección de la prueba estadística, se realizó previamente la prueba de normalidad, logrando considerar la prueba de correlación de Spearman, como prueba idónea para el estudio, debido a que la variable calidad de vida presentaba comportamiento normal, mientras que la variable salud bucal no presentaba normalidad, y siendo el caso de que si una o dos variables no presentan normalidad, es pertinente la utilización de dicha prueba estadística. Para la correlación se utilizaron los puntajes y para el análisis descriptivo se utilizó la baremación, con el siguiente detalle:

Para la variable de salud bucal se utilizó una escala de 11 preguntas, distribuidas en 4 dimensiones. El puntaje más alto que se podía obtener es de 55 puntos, mientras que el más bajo es de 11 puntos. En contraste, para la variable de calidad de vida se emplearon 46 preguntas, organizadas en 6 dimensiones, con un puntaje mínimo de 46 y un máximo de 230.

La baremación se realizó en función de los resultados obtenidos. En el caso de la variable de salud bucal, el puntaje más alto fue 43 y el más bajo 30. Para la variable de calidad de vida, el puntaje más alto fue 163 y el más bajo 125. Se trabajaron los percentiles en este

rango de datos, utilizando un tipo de baremación ajustada a los resultados y no un tipo fijo. Esto se debió a que nuestro objetivo fue verificar una relación. Al ajustar la baremación a los resultados obtenidos, pudimos capturar mejor la variabilidad y las características específicas de la muestra, lo cual fue relevante para entender la relación entre las variables. Además, este enfoque refleja de manera más precisa la realidad de los participantes, permitiéndonos identificar patrones o correlaciones que podrían pasar desapercibidos con una baremación fija.

Para ambas variables, se utilizaron los percentiles 40, 70 y 100. Así, las puntuaciones obtenidas dentro del percentil 0 al 40 indicaron un nivel bajo; los resultados comprendidos entre los percentiles 41 al 70, un nivel medio; y aquellos entre los percentiles 71 al 100, un nivel alto. Para la variable de salud bucal, el percentil 40 tuvo un valor de 35 y el percentil 70 un valor de 39. En cuanto a la variable de calidad de vida, el percentil 40 tuvo un valor de 140 y el percentil 70 un valor de 152.

Finalmente, no fue necesario medir la fuerza de correlación, debido a que no se verificó dicha correlación.

3.9. Aspectos éticos

Se presentó una solicitud a la responsable del Centro del Adulto Mayor (CAM) Huancayo, para comunicar el objetivo de la investigación y lograr el permiso y facilidades para el recojo de datos. Si bien la investigación trabaja con personas, al no haber intervención, no se pone en riesgo su integridad, por lo que además de las medidas de higiene y respeto implícitas, no son necesarias medidas de bioseguridad ni ceñirse a una normatividad nacional o internacional.

La investigación se ha llevado a cabo siguiendo estrictamente el documento de ética GYT, que establece los principios fundamentales para garantizar la integridad y el respeto hacia todos los participantes; se han implementado medidas para obtener el consentimiento informado de adultos mayores (Anexo 4), asegurando que comprendan plenamente el propósito y los procedimientos del estudio; además, se han tomado precauciones para proteger la confidencialidad de los datos personales recolectados, según refiere la Ley N.º 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”). así como para abordar cualquier posible conflicto de interés, lo que refuerza nuestro compromiso con la ética en la investigación. El documento de ética GYT, fue fundamental también para establecer un ambiente de colaboración y respeto durante el trabajo de investigación y a considerar el impacto social del trabajo.

La investigación ha seguido el “Reglamento de ética de la investigación” de la Universidad Privada Norbert Wiener, y ha mantenido una adecuada conducta ética y científica, además de los principios de protección y respeto de los intervinientes y diversidad sociocultural, así como el principio de consentimiento informado y expreso, mencionados, la investigación cumple con los principios éticos de la universidad como son:

- Contribución: Contribuye al desarrollo socioeconómico, logrando ser de impacto.
- Rigor científico: Se respeta la autoría de todas las investigaciones y autores consultados.
- Transparencia. – La capacidad de manejar los potenciales conflictos de intereses de cualquier naturaleza, para lograr la objetividad en la contribución de la investigación.

4 PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

El análisis demográfico evidenció que el 90% de adultos mayores vive en el Tambo (lugar donde se ubica el centro del adulto mayor), el factor de acceso es importante para ellos, lo que viven en otros distritos como Chilca o Huancayo, acuden a centros de adulto mayor de los municipios de dichos distritos. También es importante mencionar que el 100% de los encuestados manifestó tener afectación dental, sobre todo la pérdida total o parcial de dientes. El detalle del análisis descriptivo se muestra a continuación:

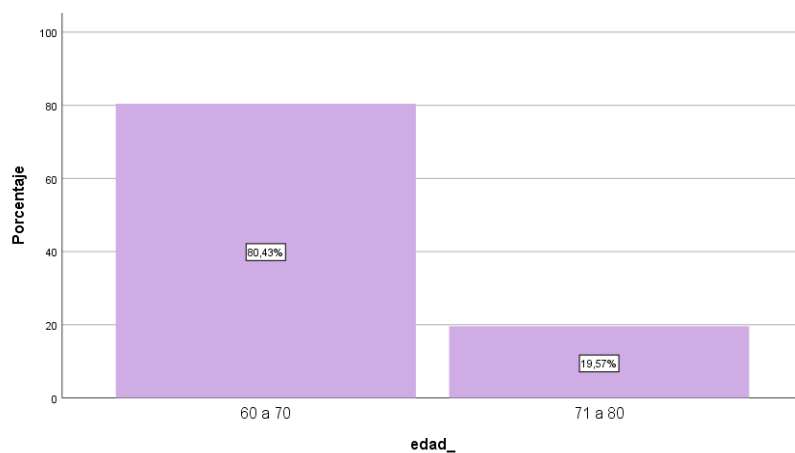
Tabla 7

Distribución de la muestra según la edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60 a 70	134	80,4	80,4	80,4
	71 a 80	33	19,6	19,6	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 1

Distribución de la muestra según la edad

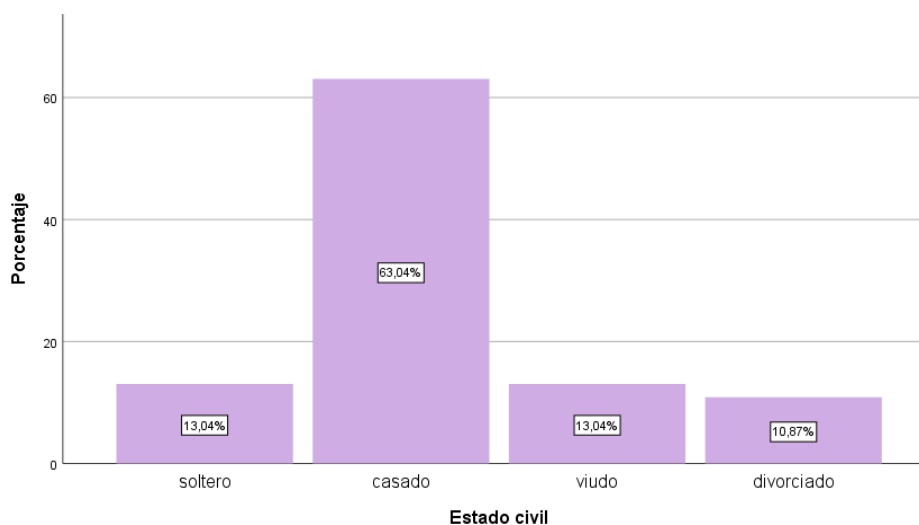


Interpretación:

De la tabla 4 y figura 1, se observó que el mayor porcentaje (80.4%), tienen una edad entre 60 y 70 años, es decir, se encuentran en la etapa inicial de la adultez mayor, lo que permite entender que es un grupo activo, su asistencia al Centro del Adulto mayor obedece precisamente a esa condición activa que los lleva a buscar una opción para realizar diferentes actividades como educativas, de ejercitación física, además de la oportunidad de distraerse y socializar con otros adultos mayores; a diferencia de los albergues, la asistencia a este centro no obedece a la necesidad de apartarse o ser apartados por sus familias.

Tabla 8*Distribución de la muestra según el estado civil*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	soltero	22	13,0	13,0	13,0
	casado	105	63,0	63,0	76,1
	viudo	22	13,0	13,0	89,1
	divorciado	18	10,9	10,9	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

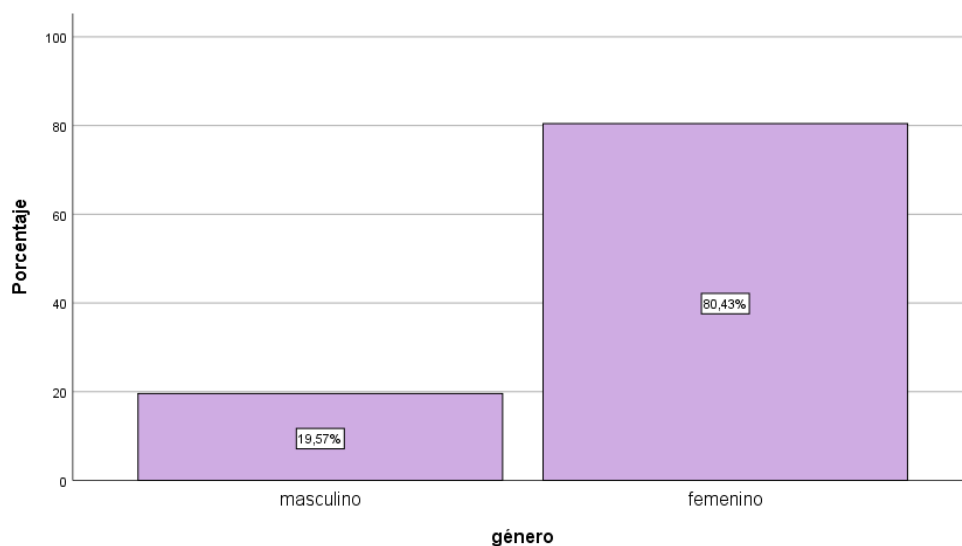
Figura 2*Distribución de la muestra según el estado civil*

Interpretación:

La tabla 5 y figura 2 mostraron que la mayor cantidad de adultos mayores son casados con un 63%, mientras que 13% son viudos, 13% solteros y un 10,8% son divorciados; la mayoría, por tanto, en el aspecto familiar, aún tiene la compañía de una pareja, por lo que, se infiere que cuentan, por lo menos, con el apoyo o respaldo de una persona.

Tabla 9*Distribución de la muestra según el género*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	33	19,6	19,6	19,6
	femenino	134	80,4	80,4	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 3*Distribución de la muestra según el género*

Interpretación:

De la tabla 6 y figura 3, observamos que el mayor porcentaje de adultos mayores son mujeres, con 80,4 %, resultado que nos induce a pensar que los varones o no asisten porque tienen otras opciones para la socialización, entretenimiento y ejercicio, o por algún prejuicio.

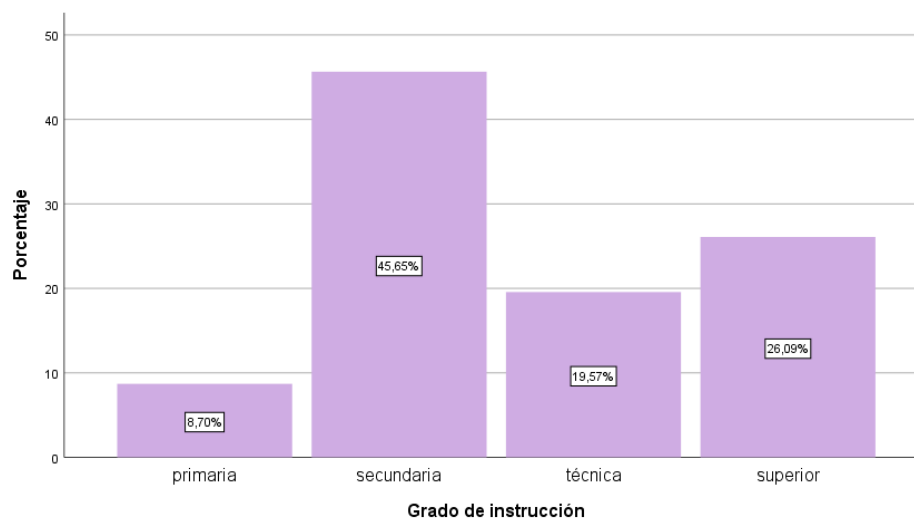
Tabla 10

Distribución de la muestra según el grado de instrucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primaria	15	8,7	8,7	8,7
	secundaria	75	45,7	45,7	54,3
	técnica	33	19,6	19,6	73,9
	superior	44	26,1	26,1	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 4

Distribución de la muestra según el grado de instrucción

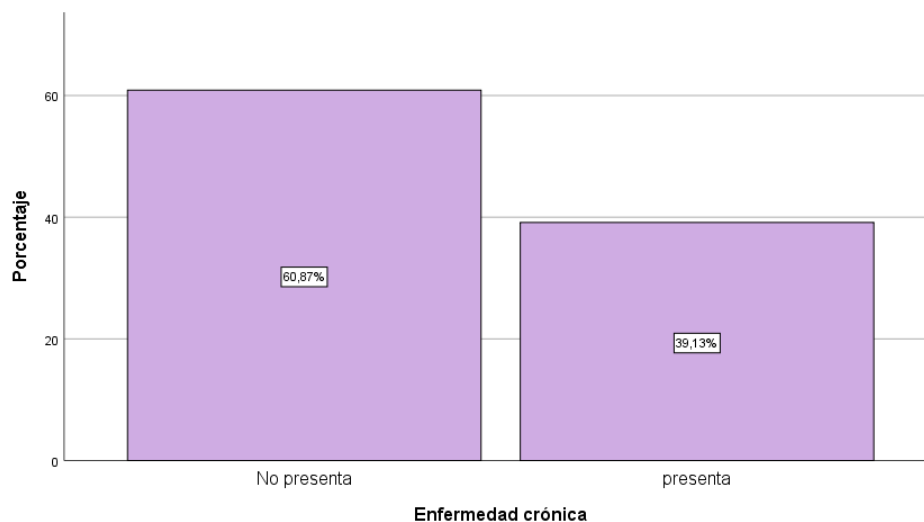


Interpretación:

La tabla 7 y figura 4 mostraron que el mayor porcentaje de los adultos mayores tienen educación secundaria completa, con un 45,7%, mientras que un 8,7 % no tiene instrucción, en este último grupo se encuentran las esposas de los adultos mayores asegurados.

Tabla 11*Distribución de la muestra según enfermedad crónica*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presenta	102	60,9	60,9	60,9
	presenta	65	39,1	39,1	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

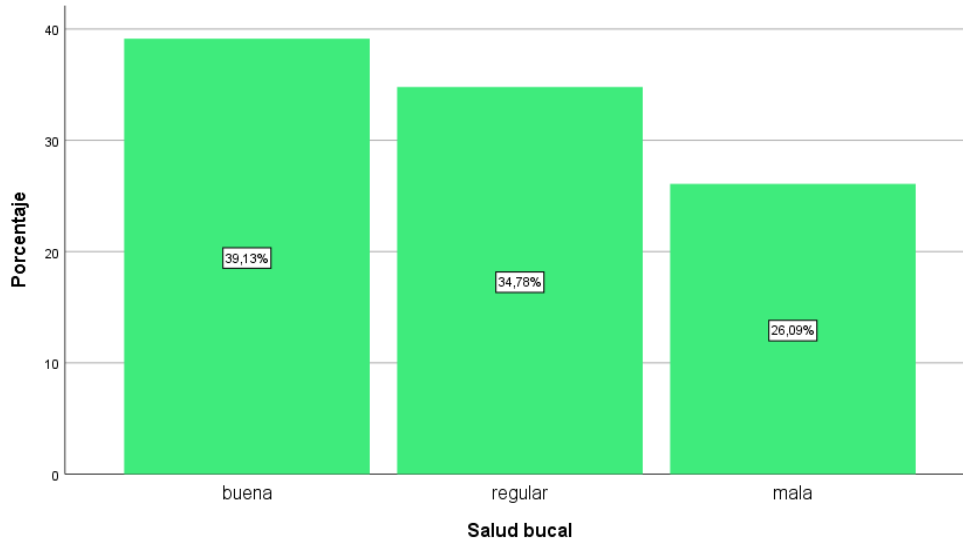
Figura 5*Distribución de la muestra según enfermedad crónica*

Interpretación:

La tabla 8 y figura 5 muestran que la mayor cantidad de adultos mayores (60,9%) no tienen una enfermedad crónica, por tanto, no tienen complicaciones para una vida activa.

Tabla 12*Resultados de la variable salud bucal*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	65	39,1	39,1	39,1
	regular	58	34,8	34,8	73,9
	mala	44	26,1	26,1	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 6*Resultados de la variable salud bucal*

Interpretación:

La tabla 9 y figura 6 evidenciaron que el 39,1% de adultos mayores tiene una salud bucal adecuada y sólo un 26,1% tiene una salud bucal deficiente.

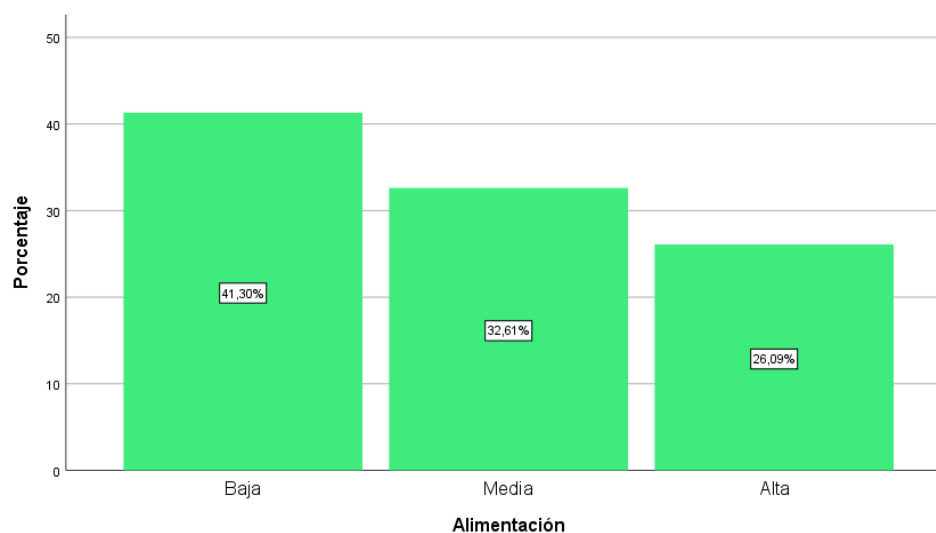
Tabla 13

Resultados de la dimensión alimentación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja	69	41,3	41,3	41,3
	Media	54	32,6	32,6	73,9
	Alta	44	26,1	26,1	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 7

Resultados de la dimensión alimentación

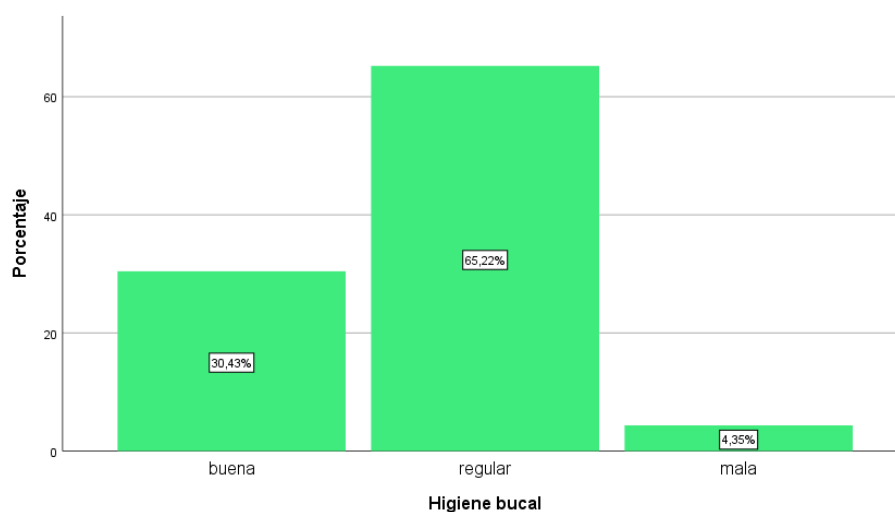


Interpretación:

La tabla 10 y figura 7 reflejan que existe una alimentación baja o deficiente que representa al 41,3% mientras que solo un 26,1% evidenció una alimentación adecuada.

Tabla 14*Resultados de la dimensión higiene bucal*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	51	30,4	30,4	30,4
	regular	109	65,2	65,2	95,7
	mala	7	4,3	4,3	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 8*Resultados de la dimensión higiene bucal***Interpretación:**

La tabla 11 y figura 8 mostraron que la higiene bucal del adulto mayor es regular, con un 65,2%, mientras que sólo un 4,3% tiene una higiene bucal inadecuada o mala, esto se da sobre todo porque la gran mayoría no completa su higiene bucal con visitas a centros

odontológicos para limpiezas dentales y no utilizan complementos como hilo o enjuague bucal.

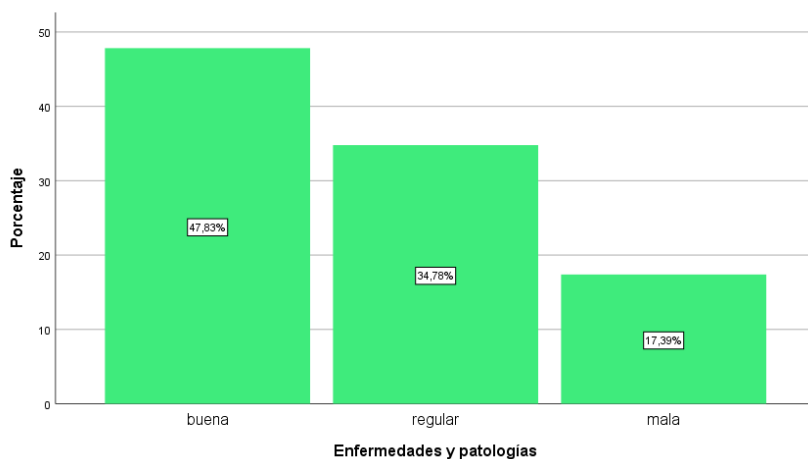
Tabla 15

Resultados de la dimensión enfermedades y patologías

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	80	47,8	47,8	47,8
	regular	58	34,8	34,8	82,6
	mala	29	17,4	17,4	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 9

Resultados de la dimensión enfermedades y patologías

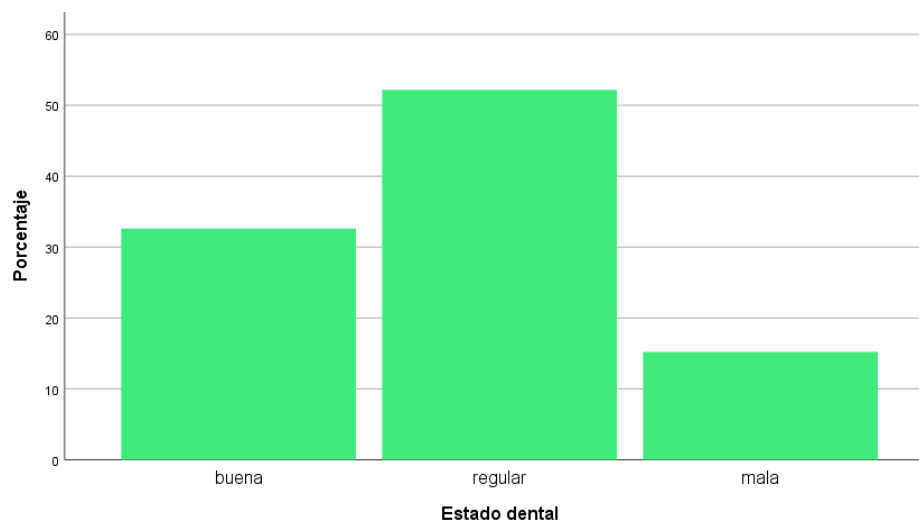


Interpretación:

La tabla 12 y figura 9 reflejan que el 47,8 % no tiene enfermedades o patologías su condición por tanto respecto a esta dimensión es adecuada, mientras que 17,4% presenta enfermedades o patologías en tratamiento o por tratar.

Tabla 16*Resultados de la dimensión estado dental*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	55	32,6	32,6	32,6
	regular	87	52,2	52,2	84,8
	mala	25	15,2	15,2	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

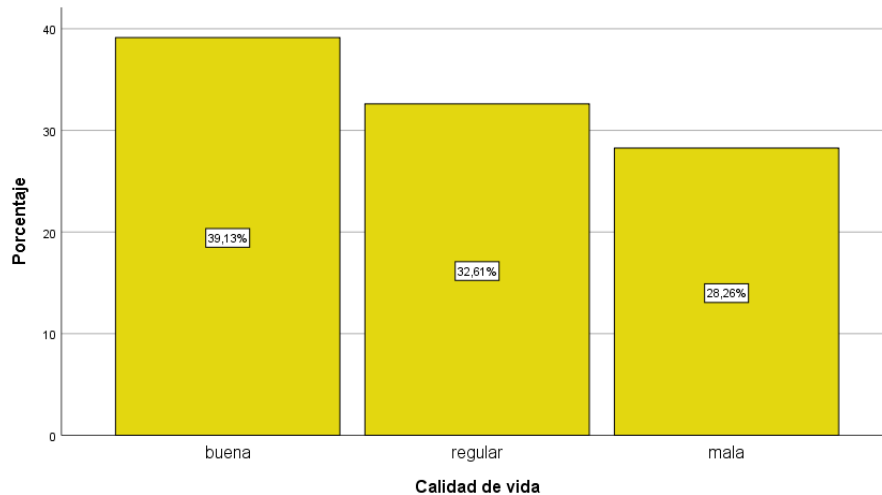
Figura 10*Resultados de la dimensión estado dental*

Interpretación:

La tabla 13 y figura 10 demuestran que el 52,2% tiene un estado dental adecuado, mientras que un 15,2% no tiene una condición dental adecuada. Este resultado es importante, porque si tenemos en cuenta que el 100% de encuestados manifestó que habían perdido piezas dentales, ellos no perciben que dicha situación sea significativa para catalogar su estado dental como inadecuado.

Tabla 17*Resultado de la variable calidad de vida*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	65	39,1	39,1	39,1
	regular	55	32,6	32,6	71,7
	mala	47	28,3	28,3	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 11*Resultado de la variable calidad de vida*

Interpretación:

La tabla 14 y figura 11 muestran que un 71,7% representa el porcentaje acumulado de adultos mayores con calidad de vida regular y buena, en términos generales, tampoco esta variable es de preocupación, existe sin embargo un 28,3 % que tiene una baja calidad de vida.

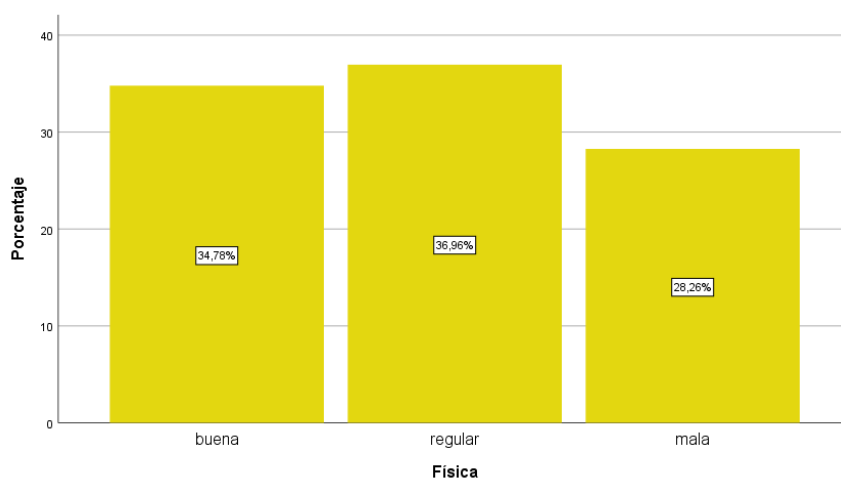
Tabla 18

Resultados de la dimensión física

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	58	34,8	34,8	34,8
	regular	62	37,0	37,0	71,7
	mala	47	28,3	28,3	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 12

Resultados de la dimensión física



Interpretación:

La tabla 15 y figura 12 demuestran que en la dimensión física es regular con un 71,7 %, es el porcentaje acumulado de una condición física regular y buena.

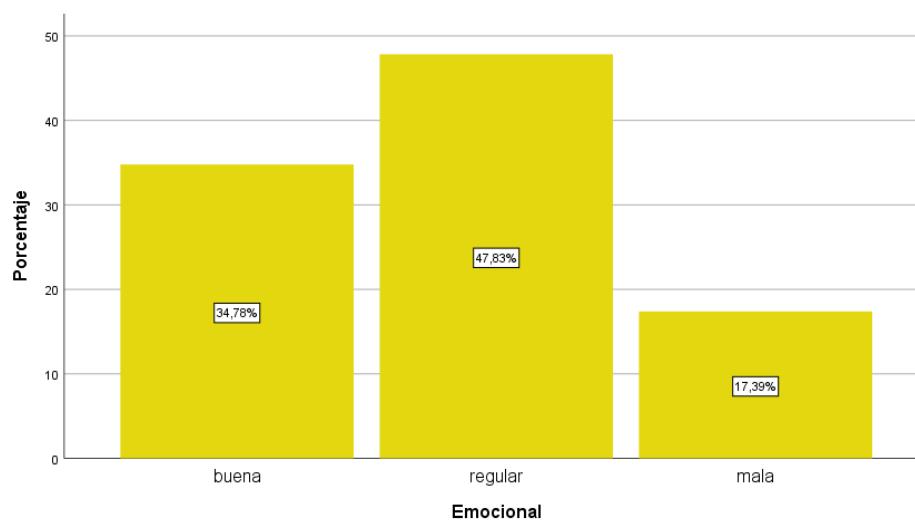
Tabla 19

Resultados de la dimensión emocional y de salud mental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	58	34,8	34,8	34,8
	regular	80	47,8	47,8	82,6
	mala	29	17,4	17,4	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 13

Resultados de la dimensión emocional y de salud mental



Interpretación:

La tabla 16 y figura 13 demuestran que la dimensión emocional es favorable, con un porcentaje acumulado de 82,6 %, para un nivel alto o regular, mientras que el nivel bajo alcanza un 17,4%, por tanto, los resultados de la dimensión física y emocional, ambas pilares de la calidad de vida, son similares.

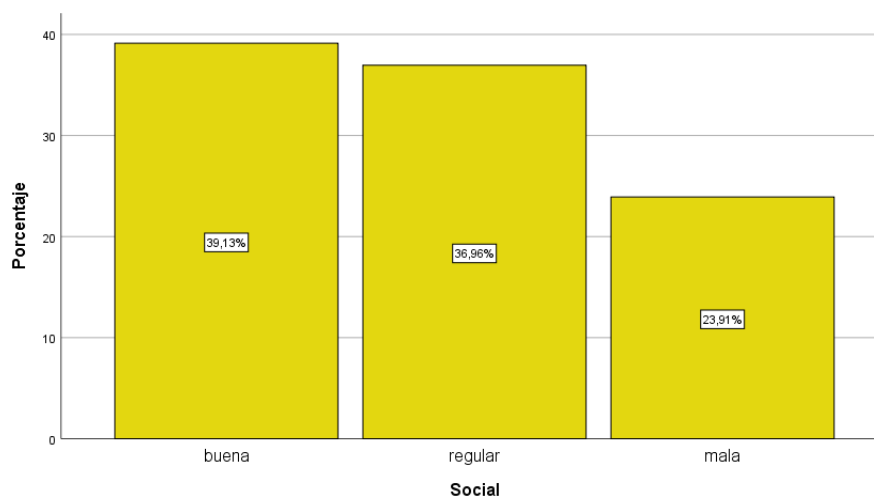
Tabla 20 Resultados de la dimensión social

Resultados de la dimensión social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	65	39,1	39,1	39,1
	regular	62	37,0	37,0	76,1
	mala	40	23,9	23,9	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 14

Resultados de la dimensión social



Interpretación:

La tabla 17 y figura 14 demuestran que en la dimensión social es adecuada, con un 39,1 %, de adultos mayores con nivel alto de socialización, mientras que el porcentaje acumulado de nivel regular y alto es de 76,1%, lo que implica que para los adultos mayores el asistir a dicho centro es importante, y mucho más si lo complementa con otras actividades.

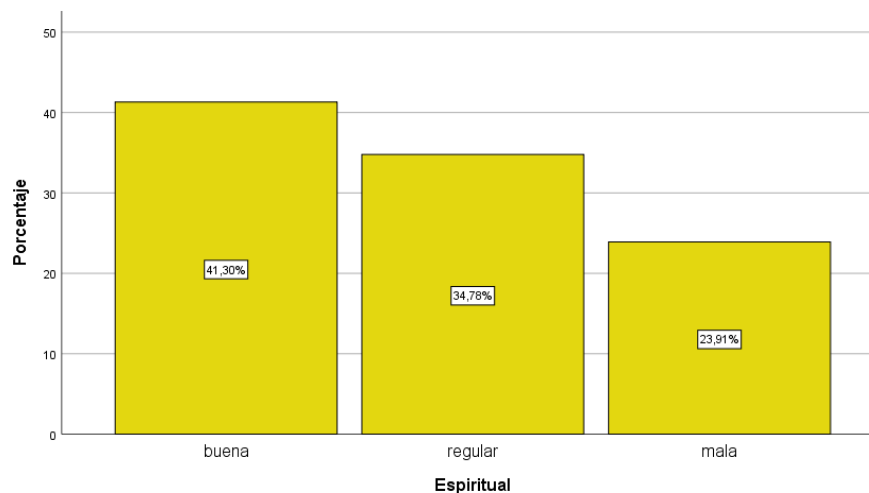
Tabla 21

Resultados de la dimensión espiritual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	69	41,3	41,3	41,3
	regular	58	34,8	34,8	76,1
	mala	40	23,9	23,9	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 15

Resultados de la dimensión espiritual



Interpretación:

La tabla 18 y figura 15 demuestran que en la dimensión espiritual es alta con un 41,3%, mientras que un 23,9 %, no tiene una adecuada situación espiritual, no asiste a grupos de fe ni acostumbra a meditar o realizar ejercicios de relajación y respiración.

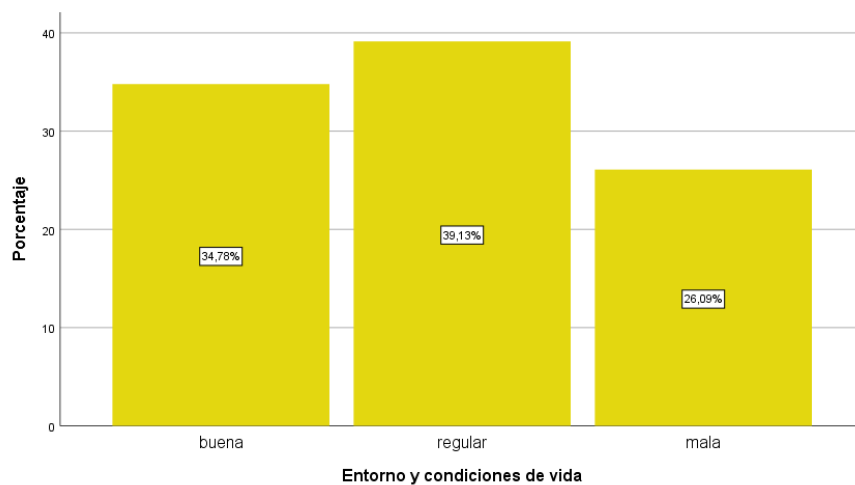
Tabla 22

Resultados de la dimensión entorno y condiciones de vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	58	34,8	34,8	34,8
	regular	65	39,1	39,1	73,9
	mala	44	26,1	26,1	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 16

Resultados de la dimensión entorno y condiciones de vida



Interpretación:

La tabla 19 y figura 16 demuestran que en la dimensión entorno y condiciones de vida, el resultado mayoritario es regular con un 39,1 %, el tema de accesibilidad para el adulto mayor no es un problema, pues busca opciones que le queden cerca, sin embargo, hay un 26,1% con condiciones bajas en esta dimensión.

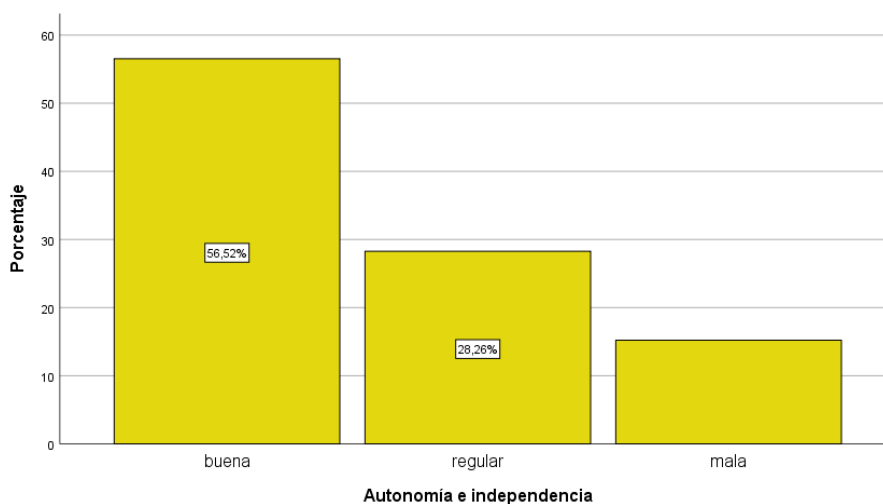
Tabla 23

Resultados de la dimensión independencia y autonomía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	buena	95	56,5	56,5	56,5
	regular	47	28,3	28,3	84,8
	mala	25	15,2	15,2	100,0
	Total	167	100,0	100,0	

Figura 17

Resultados de la dimensión independencia y autonomía



Interpretación:

La tabla 20 y figura 17 demuestran que en la dimensión autonomía e independencia, 56,5 %, tiene un resultado alto, tratándose de un grupo joven dentro de su grupo etario, por lo

que el valerse por sí mismos y tomar sus propias decisiones no representa un problema para este grupo de adultos mayores.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Las hipótesis formuladas para el objetivo general fueron:

H_0 : La salud bucal no se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024.

H_a : La salud bucal se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024.

En donde:

H_0 = Hipótesis Nula

H_a = Hipótesis Alternativa

Se realizó la contrastación de hipótesis:

Tabla 24

Resultados del análisis de correlación de las variables salud bucal y calidad de vida del adulto mayor del CAM Huancayo

			Salud bucal	Calidad de vida
Rho de Spearman	Salud bucal	Coefficiente de correlación	1,000	,245
		Sig. (bilateral)	.	,101
		N	167	167
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,245	1,000
		Sig. (bilateral)	,101	.
		N	167	167

Interpretación:

En la tabla 21 se observa el resultado de la contrastación de hipótesis, en la cual se obtiene el p valor igual a 0,101, el cual es mayor al nivel de significación que se estableció de $\alpha = 0,05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa. Obteniéndose la conclusión siguiente.

No existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024.

4.1.2.1. Prueba de Hipótesis específicas

4.1.2.1.1. Prueba de hipótesis específica 1

Las hipótesis formuladas para el Objetivo Específico 1 fueron:

H₁₀: La alimentación no se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024

H_{1a}: La alimentación se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024

En donde:

H₁₀ = Hipótesis Nula

H_{1a} = Hipótesis Alternativa

Se realizó la contrastación de hipótesis obteniendo el resultado siguiente:

Tabla 25

Resultados del análisis de correlación de la dimensión alimentación y la calidad de vida del adulto mayor del CAM Huancayo

			Alimentación	Calidad de vida
Rho de Spearman	Alimentación	Coefficiente de correlación	1,000	,254
		Sig. (bilateral)	.	,088
		N	167	167
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,254	1,000
		Sig. (bilateral)	,088	.
		N	167	167

Interpretación:

En la tabla 22, se observa el resultado de la contratación de hipótesis, en donde el p valor es igual a ,088 y por ser mayor al nivel de significancia establecido de $\alpha = 0,05$, se acepta la H_0 . Por lo tanto, se obtiene la conclusión siguiente: No existe relación entre la alimentación y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024.

4.1.2.1.2. Prueba de hipótesis específica 2

Las hipótesis formuladas para el Objetivo Específico 2 fueron:

H_{20} : La higiene bucal no se relaciona con calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024

H_{2a} : La higiene bucal se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024

En donde:

H_{20} = Hipótesis Nula

H_{2a} = Hipótesis Alternativa

Se realizó la contrastación de hipótesis obteniendo el resultado siguiente:

Tabla 26

Resultados del análisis de correlación de la dimensión higiene y la calidad de vida del adulto mayor del CAM Huancayo

			Higiene bucal	Calidad de vida
Rho de Spearman	Higiene bucal	Coeficiente de correlación	1,000	,164
		Sig. (bilateral)	.	,277
		N	167	167
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,164	1,000
		Sig. (bilateral)	,277	.
		N	167	167

Interpretación:

En la tabla 23 se observa el resultado de la contratación de hipótesis, en donde el p valor es igual a ,277 y por ser mayor al nivel de significancia establecido de $\alpha = 0,05$, se acepta la H_0 . Por lo tanto, se obtiene la conclusión siguiente: No existe relación entre la higiene bucal y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024

4.1.2.1.3. Prueba de hipótesis específica 3

Las hipótesis formuladas para el Objetivo Específico 3 fueron:

H_{30} : Las enfermedades y patologías no se relacionan con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024

H_{3a} : Las enfermedades y patologías se relacionan con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024

En donde:

H_{3_0} = Hipótesis Nula

H_{3_a} = Hipótesis Alternativa

Se realizó la contrastación de hipótesis obteniendo el resultado siguiente:

Tabla 27

Resultados del análisis de correlación de la dimensión enfermedades y patologías y la calidad de vida del adulto mayor del CAM Huancayo

		Enfermedades y patologías		Calidad de vida
Rho de Spearman	Enfermedades y patologías	Coefficiente de correlación	1,000	-,055
		Sig. (bilateral)	.	,715
		N	167	167
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	-,055	1,000
		Sig. (bilateral)	,715	.
		N	167	167

Interpretación:

En la tabla 24 se observa el resultado de la contratación de hipótesis, en donde el p valor es igual a 0,715, y por ser mayor al nivel de significancia establecido de $\alpha = 0,05$, se acepta la H_0 . Por lo tanto, se obtiene la conclusión siguiente: No existe relación entre las enfermedades y patologías y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huancayo, 2024.

4.1.2.1.4. Prueba de hipótesis específica 4

Las hipótesis formuladas para el Objetivo Específico 4 fueron:

H_{4_0} : El estado dental no se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024

H_{4_a} : El estado dental se relaciona con la calidad de vida de los adultos

mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024

En donde:

H_0 = Hipótesis Nula

H_a = Hipótesis Alternativa

Se realizó la contrastación de hipótesis obteniendo el resultado siguiente:

Tabla 28

Resultados del análisis de correlación de la dimensión estado dental y la calidad de vida del adulto mayor del CAM Huancayo

		Estado dental	Calidad de vida	
Rho de Spearman	Estado dental	Coefficiente de correlación	1,000	
		Sig. (bilateral)	.	
		N	167	
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,201	1,000
		Sig. (bilateral)	,181	.
		N	167	167

Interpretación:

En la tabla 25 se observa el resultado de la contratación de hipótesis, en donde el p valor es igual a 0,181 y por ser mayor al nivel de significancia establecido de $\alpha = 0,05$, se acepta la H_0 . Por lo tanto, se obtiene la conclusión siguiente: No existe relación entre el estado dental y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Huancayo Essalud, 2024.

4.1.3. Discusión de resultados

La investigación de Yánez (10) considera que el deterioro físico y mental, propio del adulto mayor, y que está relacionado a la salud bucal, afecta la calidad de vida, por ejemplo la dificultad para hablar, o la depresión, dicha afectación no es tan fuerte en los adultos mayores

de la presente investigación, pues precisamente el asistir al Centro del Adulto Mayor Huancayo, logra que su deterioro físico cognitivo sea menos drástico, ya que en dicho centro, ellos tienen la oportunidad de ejercitarse, socializar, aprender, compartir, con personas de su mismo rango etario y con ello lograr mantener una autoestima adecuada, al respecto; Capcha (16) refiere en su investigación la importancia del autoestima, considerando que la capacidad funcional esta relacionada con la autoestima.

La investigación de Guerra et al., (11), verifico que adultos mayores de un consultorio médico para familia (programa social), tienen conocimientos inadecuados sobre salud bucal (77.5%) de 313, además de una mala salud bucal, la presente investigación corroboró que un 46%, tiene grado de instrucción superior, son ex funcionarios públicos o sus cónyuges, los que asisten al Centro del Adulto Mayor Huancayo, son personas que tienen acceso a información y a servicios de salud por lo que, sus conocimientos sobre la importancia del cuidado bucal, son superiores a los de la investigación en mención.

La investigación de Barboza et al. (13) y de Bahena et al. (12) consideró que algunos aspectos demográficos como sociodemográficos, socioeconómicos, de morbilidad, toma de medicamentos y comportamientos como la condición activa, son determinantes para garantizar una buena calidad de vida del adulto mayor, considerando que según MDT (6), el distrito de El Tambo (distrito donde radican el 90% de adultos mayores encuestados), distrito más poblado del departamento de Junín (43,6%) es el distrito más desarrollado económicamente de Junín, concentra una importante actividad comercial, industrial y de servicios siendo considerado a nivel nacional como uno de los distritos más prósperos y con mayor desarrollo económico; lo que viene siendo determinante para garantizar una economía adecuada y el acceso a servicios, por tanto, la investigación coincide con la posición de Barboza et al., (13)

al considerar que las condiciones demográficas son las que determinan su calidad de vida, además, dicho resultado coincide con la investigación de Espinoza (24) quien verificó que la calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Lima es buena con 23,4% y excelente con 66,8%, verificando que la salud bucal no tuvo un impacto negativo en la calidad de vida de 1800 adultos mayores.

La hipótesis del investigador buscó demostrar la no relación entre variables, para ello, se debía aceptar la hipótesis nula, que al ser el p valor igual a 0.101 se aceptó dicha hipótesis y se concluyó que efectivamente no existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida del adulto mayor del centro del adulto mayor CAM Huancayo.

El no haber encontrado relación contradijo a las tesis de Ortiz y Altamirano (14), la de Quispe et al., (17) o la de Pretel (18), quienes afirmaron la existencia de relación entre las variables en mención, esto obedeció a la observación realizada a los adultos mayores del CAM Huancayo quienes demostraron una marcada diferencia con adultos mayores del albergue CARGAM (El Centro de Atención Residencial Gerontológico del Adulto Mayor), también en la ciudad de Huancayo, quienes además de tener un promedio de edad más alto (sobre los 80 años), evidenciaron más dificultades para ingerir alimentos y más necesidades de atención en salud bucal y es que a pesar de tener acceso a la atención en salud integral, los programas de salud pública, descuidan el tema de salud bucal, por lo que es necesario recurrir a la atención privada.

El resultado de la investigación coincide con investigaciones como la de Lévano y Maldonado (19) que con aplicando la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, no encontró relación entre las variables y la investigación de Carrillo (20) quien aplico la prueba de Spearman obteniendo un valor rho de 0,082 ($p > 0.05$) indicador que

tampoco verifica la relación entre la salud bucal (basada en la experiencia en caries) y la calidad de vida de adultos mayores de un centro de Salud PNP, dicha investigación aclara que la salud bucal sólo tiene una relación directa con la dimensión minusvalía, es decir, se relaciona con personas que tienen una incapacidad total de realizar sus actividades. Sin embargo, la investigación aclara que dicha relación está dada por la percepción, es decir el adulto mayor al saber que tiene una afectación bucal grave, se sugestionan y considera que eso influye en su calidad de vida.

Teniendo en cuenta que la revisión de la literatura evidencio que son 4 los factores para garantizar una adecuada salud bucal, entre ellos la alimentación adecuada, las enfermedades y patologías, la higiene dental y el estado dental, dichos factores se ven atenuados con una condición económica media, y por lo tanto, al estar estos factores controlados en los adultos mayores del CAM Huancayo, la calidad de vida no depende de la salud bucal. El 100 % de encuestados manifestó tener edentulismo o algún tipo de afectación dental; al compartir toda una afectación seria, por una salud bucal inadecuada en una etapa de vida anterior, la falta de estética se normaliza y el adulto mayor no ve comprometida sus relaciones con otros.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- 1) El resultado de la prueba de hipótesis, obtuvo un p valor igual a 0,101 y por ser mayor al nivel de significancia establecido, que fue de $\alpha = 0,05$, se acepta la H_0 . Por lo tanto, se obtiene la conclusión siguiente:

No existe relación directa entre la salud bucal y la calidad de vida del adulto mayor del Centro del Adulto Mayor CAM Essalud Huancayo.

- 2) No se corrobora la primera hipótesis específica: La alimentación se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor CAM Essalud Huancayo..
- 3) No se corrobora la segunda hipótesis específica: La higiene bucal se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor CAM Essalud Huancayo..
- 4) No se corrobora la tercera hipótesis específica: Las patologías y enfermedades se relacionan con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor CAM Essalud Huancayo.
- 5) No se corrobora la cuarta hipótesis específica: El estado dental se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor CAM Essalud Huancayo.

5.2. Recomendaciones

- 1) Aunque no se encontró una relación directa, se recomienda continuar promoviendo la salud bucal entre los adultos mayores, ya que una buena higiene bucal puede tener beneficios indirectos en su bienestar general.
- 2) Se sugiere realizar estudios adicionales que exploren otros factores que puedan influir en la calidad de vida, así como fomentar hábitos alimenticios saludables, independientemente de su relación directa con la calidad de vida.
- 3) Se recomienda implementar programas de sensibilización sobre la importancia de la higiene bucal, ya que puede contribuir a una mejor salud general y evitar complicaciones futuras, aunque no se haya encontrado una relación directa.
- 4) Es aconsejable realizar investigaciones más profundas para identificar otros factores que podrían afectar la calidad de vida, y asegurar un seguimiento continuo de las condiciones de salud de los adultos mayores.
- 5) Se sugiere que se sigan realizando chequeos dentales regulares y se ofrezcan tratamientos accesibles, ya que la salud dental puede influir en el bienestar general, incluso si no se establece una relación directa en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Organización mundial de la salud-noticias de salud oral. [Online].; 2022 [cited 2024 marzo 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
2. León S, De Marchi R, Torres L, Hugo F, Espinoza I, Giacaman R. La salud bucal en América Latina: Una revisión desde las políticas públicas. *Salud ciencia y tecnología*. 2023 febrero; 3(10).
3. INEI. Situación de la población adulta mayor en el Perú. Informe técnico. Lima: INEI, Departamento de estadística; 2021.
4. Rojas Huerta A. Trayectorias de fragilidad y factores relacionados en la población de adultos mayores en México. *Población y salud en mesoamérica*. 2022 junio; 19(2).
5. Celeiro T, Galizzi M. Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Negoyá. Tesis de licenciatura. Negoyá: Universidad católica argentina, Facultad de psicología; 2019. Report No.: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9721/1/calidad-vida-adultos-mayores-70.pdf>.
6. MDT. Plan de desarrollo local concertado del distrito de El Tambo 2022_2032. Planeamiento estratégico. Huancayo: Municipalidad distrital de El Tambo, Comisión de planeamiento estratégico del distrito de El Tambo; 2022.
7. Merchán Maroto E, Cifuentes Cáceres R. Teoría psicosociales del envejecimiento. Informe de investigación. Madrid: Univ. de Castilla La Mancha-Univ. Autónoma de Madrid, Escuela de enfermería; 2014.
8. Gómez hernández M. Resiliencia y envejecimiento. Informe de fin de estudios. Almería: Universidad de Almería, Departamento de psicología; 2021. Report No.: ISSN-E: 2695-723
9. Sanchez Barrientos J. Salud bucal en el adulto mayor. Informe de fin de estudios. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de psicología; 2022.
10. Yáñez Haro D, López Alegría F. Influencia de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores: una revisión sistemática. *International journal of interdisciplinary dentistry*. 2023 Abril; 6(1).
11. Guerra A, Torrecilla R, Castro I, Lazo A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico espiritano. *SPIMED*. 2023; 2(3): p. 1-52.
12. Bahena AC, Velázquez L, Falcón JA, García IE, Montes , E R, et al. Autopercepción de la salud oral en adultos mayores de la Ciudad de México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020; 2(6): p. 54-63.

13. Barboza Solís C, Araya Jiménez , Stradi Granados S, Barahona Cubillo J, García Aguirre K, Carranza Chacón C. Determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de un centro diurno costarricense: Resultados de un estudio piloto. *International Journal of Dental Sciences*. 2020 mayo; 1(23).
14. Ortiz B, Altamirano M. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Avances en Odontostomatología*. 2018; 30(4): p. 195-203.
15. Sabando V, Albala C. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral y Auto percepción de Salud: Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 en Chile. *International journal of odontostomatology*. 2019; 13(3).
16. Capcha AG. Capacidad Funcional y Autoestima de los adultos mayores de la Beneficencia Pública de Huacho, 2019-2020. Tesis de pregrado. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2020.
17. Quispe A, Coa P, Macedo S. Relación entre la salud oral y la calidad de vida del adulto mayor. *Odontología Clínica*. 2020; 6(1): p. 1-40.
18. Pretel IN. Calidad de vida y salud bucodental en el adulto mayor del PJ. SAN ANTONIO. Tesis de pregrado. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2019.
19. Lévano CJ, Maldonado EA. Relación de calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores en albergues de Tacna. *Revista Odontológica Basadrina*. 2019; 3(2): p. 1-60.
20. Carrillo Espichán C. Salud bucal y calidad de vida de persona policial usuario del Centro Odontológico PNP. Tesis de maestría. Lima : Universidad Ricardo Palma, Salud Pública; 2021.
21. Mujica J. Factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019. Tesis de posgrado. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2021.
22. Alfaro MJ, Vargas A. Calidad de vida asociada a la salud bucal y Xerostomía en adultos mayores de la provincia de Churcampa – Huancavelica – Perú 2019. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Roosevelt; 2020.
23. Ruperti E, Solis C. Autoestima como indicador de calidad de vida del adulto mayor: resultados de un programa de intervención en Ecuador. Tesis de posgrado. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de lo Andes; 2020.

24. Espinoza ,E,K. La calidad de vida, relacionada con la salud oral, en el Centro del Adulto Mayor de San Isidro, Lima. Revista cubana de Estomatología. 2022.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072022000400007&script=sci_arttext&lng=pt
25. Orem, D. E. Nursing: Concepts of practice (4th ed.). 1991 Mosby.
26. Bandura, A.. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. 1986 Prentice-Hall.
27. Pender, N. J.. Health promotion in nursing practice (3rd ed.). Appleton & Lange. 1996
28. Watt, R. G.. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. 2005 Bulletin of the World Health Organization, 83, 711-718.
29. Pilar G, Ramos P, Gil P, Sepúlveda D. La salud bucodental en los mayores. Instituto de Salud Pública. 2021 marzo 5; 4(6): p. 3-118.
30. Christiansen J. Baja autoestima. primera edición ed.: Creative Dynamic; 2019.
31. Toala OH. Repercusión de las relaciones familiares en la autoestima de los adultos mayores. Dialnet. 2020; 5(12): p. 1-12.
32. Carrillo SM, Rivera D, García EM, Rodríguez G. Envejecimiento e intervenciones terapéuticas desde la perspectiva psicológica a adultos mayores: una revisión descriptiva. Archivos Venezolanos de Farmacología y. 2020; 39(7): p. 1-15.
33. Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Revista médica de Chil. 2008; 136(3): p. 325-333
34. Clínica Vallcorba. (31 de agosto de 2017). *La importancia de la hidratación para mantener la salud bucal*. Obtenido de <https://clinicavallcorba.com/habitos-boca-sana-importancia-hidratacion/>
35. Valdelamar L, León D, Zumaque MV. Aporte del masaje geriátrico en el bienestar y salud del adulto mayor. Corporación Universitaria Rafael Núñez. 2019 diciembre 22; 5(4): p. 1-46.
36. Muñoz RJ, Muñoz JF. Determinantes de la calidad de vida en adultos mayores con sarcopenia 2021. Revista Guatemalteca de Cultura. 2021 Mexico 23; 3(2): p. 1-52.
37. Noguera E, Sorribas M, Admella V, Biondo S. Salud oral y neoplasia gastrointestinal. Revisión narrativa. Cirugía Española. 2021 Diciembre; 99(10).
38. Romero RE. Efecto del taller de comunicación e integración para incrementar la autoestima en los adultos mayores, casa Francisca Navarrete, Huacho – 2018. Tesis de pregrado. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2019.

39. Navarrete D, Georgudis G, Prieto D, O´Rayan JA, Salas C. Asociación entre la condición oral y sistémica con la calidad de vida en salud bucal de adultos mayores institucionalizados en Recoleta. Estudio piloto. *Int. j interdiscip.* 2022 agosto 12;: p. 1-10
40. Raven E. La investigación cuantitativa, la investigación cualitativa y el investigador. *ARJÉ Revista de Postgrado.* 2014; 6(15).
41. Romero RE. Efecto del taller de comunicación e integración para incrementar la autoestima en los adultos mayores, casa Francisca Navarrete, Huacho – 2018. Tesis de pregrado. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
42. Skevington y Böhnke. Exclusión social y calidad de vida salud del adulto mayor. *Community Appl Soc Psychol.* 2009; (19): 33-50. 42.
43. Palomino AM. Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición.* 2020; 47(2): p. 286-291
44. Casamayor M, Calavia E, Jañe O, Toledano R, Toledano Y. Intervención educativa: alimentación para unos dientes y encías sanos en el adulto mayor. *RIC Revista Información Científica.* 2017; 96(1).
45. Ministerio de Salud Colombia. Cuidados de salud bucal en adultos mayores que sonríen a plenitud. 2017.
46. Muñoz Coso E. Clínica Dental Adeslas. [Online].; 2021 [cited 2024 Abril 15. Available from: <https://www.adeslasdental.es/5-enfermedades-bucodentales-comunes-en-adultos-mayores/>.
47. Agudelo A, Giraldo MF, Ocampo A, Ossa Y. Calidad de vida relacionada con la salud bucal del adulto mayor rehabilitado con prótesis total. *Cultura del cuidado.* 2020; 17(2): p. 23-34.
48. Capcha AG. Capacidad Funcional y Autoestima de los adultos mayores de la Beneficencia Pública de Huacho, 2019-2020. Tesis de pregrado. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2020.
49. Quispe A, Coa P, Macedo S. Relación entre la salud oral y la calidad de vida del adulto mayor. *Odontología Clínica.* 2020; 6(1): p. 1-40.
50. Lévano CJ, Maldonado EA. Relación de calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores en albergues de Tacna. *Revista Odontológica Basadrina.* 2019; 3(2): p. 1-60.
51. Sánchez F. Fundamentos Epistémicos en la investigación cualitativa cuantitativa: Consensos. *Revista digital de investigación en docencia universitaria.* 2019 junio; 13(1).
52. Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile: *Community Dent Oral Epidemiol*; 1997.

53. Aquino, J. *La motivación empieza en uno mismo. Aspectos básicos para motivar a los demás y motivarse a sí mismo*. 2011, abril: ESIC.
54. Zini A, Sgan HD. The effect of Oral Health on Quality of Life in an underprivileged homebound and non-homebound elderly population in Jerusalem. 2008; 56(1): p. 99-104.
- 50 Dolan T. Identification of appropriate outcomes for an aging population. Spec. Care DentistrY. 1993; 13(1): p. 35-39.
- 51 Pinto JEM. Metodología de la Investigación social, Paradigmas: cuantitativo, sociocrático, cualitativo, complementario U Edl, editor.: Ediciones de la U; 2018.
- 52 Kushnir D, Shlomo P, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile. Public Health Dent. 2004; 64(2): p. 71-75.
- 53 Eustaquio M. Estudio epidemiológico de salud oral de adultos. Tesis de posgrado. Universidad de Valencia.
- 54 Reyes Guerrero R. booksmedicos. [Online].; 2020 [cited 2023 Junio 25. Available from: HYPERLINK
- 55 Locker J. Alimentación y salud bucal. Dento salud. 2020 noviembre; 4(3).
- 56 Barra J. Salud oral y adulto mayor. Tu salud ahora. 2021 agosto, 11(3).
- 57 Honores Solano T. Relación entre la halitosis y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del puesto de salud Villa María, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, año 2022. Tesis de titulación. Chimbote: ULADECH, Escuela de odontología; 2022.
- 58 Castillo Betancourt E, Hernández Blanco J. Xerostomía e hiposalivación, retos en el tratamiento protésico. Estomatovisión Internacional. 2021 marzo; 1(42).
59. Sentandreu Mañó T, Oliver A, Fernández I, Caycho-Rodríguez T. Dimensión física, cognitiva y social en la calidad de vida de las personas mayores: Investigación teórica y nuevas aportaciones empíricas. Researchgate publication ASUNIVEP. 2021 Octubre; 10(1).
60. Márquez Terraza A, Azzolino J, Giménez C, Rodríguez F, Otaño D, Martínez P. Calidad de vida en adultos mayores, un análisis de sus dimensiones. Revista de psicología PSIUC. 2020 Agosto; 1(6).
61. Ministerio de Salud. [Online].; 2023 [cited 2023 Junio 2. Available from: Hyperlink <https://web.ins.gob.pe/es/salud-publica/ent/salud-bucal>
62. Dental tribune. [Online].; 2020 [cited 2023 Junio 2. Available from: Hyperlink "<https://la.dental-tribune.com/news/una-nueva-definicion-de-la-salud-oral/>"
63. Buendía CM, Escudero JS, Medina MA, Espejo OR, Acuña LA, Arpa C. La investigación científica. 1st ed. Postgrados Ddly, editor. Guayaquil-Ecuador: Universidad Nacional de Ecuador; 2020.

64. Meek J. Quality of Life Research. ; 2005
65. Del Canto E, Silva A. Metodología cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad. Revista de ciencia sociales. 2013 junio; 3(141).
66. Mancheno CM, Yangali JS, Guerrero MA, Lozada OR, Acuña LA, Arellano C. La investigación científica. 1st ed. Postgrados Ddly, editor. Guayaquil-Ecuador: Universidad Nacional de Ecuador; 2020.
67. Raven E. La investigación cuantitativa, la investigación cualitativa y el investigador. ARJÉ Revista de Postgrado. 2014 julio; 6(15).
68. Castrejón RC, Borges SA, Irigoyen ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la Salud Bucal en la calidad de vida de los adultos mayores Mexico: Rev Panm Salud Pública; 2010.
69. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6th ed. Mexico; 2019.
70. Arispe E, Smith R. Resiliencia en niños de Kauai. Kauai - Hawaii; 2012.
71. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365(9464):1099-104. doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
72. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Gortmaker SL, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011;378(9805):804-14. doi:10.1016/S0140-6736(11)60813-1
73. Cohen L, Glick M, Greenberg B, et al. Dental hygiene: a comprehensive approach. 3rd ed. St. Louis: Elsevier; 2014.
74. Rosenblatt A, Koren R. The role of dental floss in the prevention of periodontal disease: a review. J Clin Periodontol. 2003;30(11):973-80. doi:10.1046/j.1600-051X.2003.00467.x.
75. American Dental Association. Oral health topics: professional dental cleaning. Available from: <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/professional-dental-cleaning>. Accessed [fecha de acceso].
76. Atchison KA, Dolan TA. Development of the GOHAI: a measure of oral health-related quality of life. Gerodontology. 1990;9(3):125-30. doi:10.1111/j.1741-2358.1990.tb00096.x.
77. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997;25(4):284-90. doi:10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x.
78. Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on the oral microbiome of dietary sugars and their substitutes. J Dent Res. 2014;93(10):929-34. doi:10.1177/0022034514553331.

79. Moynihan PJ, Kelly SA. Sugars and dental caries: a review of the evidence. *Nutr Bull.* 2014;39(1):16-24. doi:10.1111/nbu.12068.
80. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.
81. Schalock RL, Verdugo MA. A conceptual and operational definition of quality of life for human services. *Eval Program Plann.* 2002;25(3):233-41. doi:10.1016/S0149-7189(02)00042-2.
82. Verdugo MA, Schalock RL. Conceptualización y evaluación de la calidad de vida: un enfoque multidimensional. *Revista Española de Discapacidad.* 2014;2(1):23-36. doi:10.4321/S2014-98322014000100003.
83. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 1991;50(2):179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
84. Masten AS. Resilience in development: Foundations of potential. *The American Psychologist.* 2001;56(3):227-38. doi:10.1037/0003-066X.56.3.227.
85. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist.* 1997;37(4):433-40. doi:10.1093/geront/37.4.433.
86. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editors. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences.* New York: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34.
87. Berk, L. E., & Meyers, A. B. (2016). *Development through the lifespan* (6th ed.). Pearson.
88. Torres, S. (2017). Adultos mayores y el mercado laboral: Desafíos y oportunidades. *Revista de Gerontología*, 31(2), 45-58. <https://doi.org/10.1016/j.gerontol.2017.03.002>
89. Congreso de la República del Perú. Ley N° 30490: Ley que establece el marco normativo para garantizar los derechos de las personas adultas mayores. 21 de julio de 2016. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ministerio-de-la-mujer-y-poblaciones-vulnerables/normas-legales/191809-ley-n-30490>
90. Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of the evidence. *Ageing & Society.* 2005;25(1):41-67. doi:10.1017/S0144686X04003066.
91. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. Successful aging. *The Gerontologist.* 1997;37(4):433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433.

ANEXOS

Anexo 1: Tabla 29 Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño
<p>Problema general PG: ¿La salud bucal influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024?</p>	<p>Objetivo general OG: Determinar si la salud bucal influye en la calidad de vida en el adulto mayor del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024.</p>	<p>Hipótesis HG: La salud bucal no se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024</p>	<p>V1: Salud Bucal Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación ▪ Higiene Bucal ▪ Patologías/enfermedades ▪ Estado dental 	<p>Tipo de investigación La investigación es de tipo básica. Método y diseño de la investigación El método a utilizar es el hipotético deductivo y el método estadístico. Población y muestra La población está compuesta por los adultos mayores (mayores de 60 años) del Centro del Adulto Mayor CAM Huancayo, que representa un total de 500 personas. La muestra es de 167 personas, con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%.</p>
<p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿La alimentación influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024? • ¿La higiene bucal influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024? • ¿Las patologías y enfermedades influyen en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024? • ¿El estado dental influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024? 	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Determinar si la alimentación influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024? • ¿Determinar si la higiene bucal influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024? • ¿Determinar si las patologías y enfermedades influyen en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024? • ¿Determinar si el estado dental influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024? 	<p>Hipótesis específicas</p> <p>H1: La alimentación se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024.</p> <p>H2: La higiene bucal no se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024</p> <p>H3: Las patologías y enfermedades no se relacionan con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024</p> <p>H4: El estado dental no se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024</p>	<p>V2: Calidad de vida Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Físico ▪ Emocional/Salud mental ▪ Social ▪ Entorno/Condiciones de vida ▪ Independencia y autonomía ▪ Espiritual 	

Anexo 2: Instrumento EMSBAMNI1 Escala de medición de la Salud Bucal para adultos

mayores no institucionalizados

INSTRUCCIONES: Completa la información, luego lea cada una de las preguntas y marque con un aspa o cruz una de las cinco alternativas, la que sea más apropiada para usted, seleccionando de acuerdo a la frecuencia en que realiza la actividad descrita. según sea su caso. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", ni respuestas "buenas" o "malas". Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo pienses o actúes la mayoría de las veces. Completa de forma sincera y asegúrate de responder todas las preguntas.

Edad _____ **Distrito de residencia:** _____
Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado
Género: Masculino Femenino
Grado de Instrucción: Ninguno Primaria Completa Secundaria Completa
 Técnico Superior
Tiene alguna enfermedad crónica: Diabetes Hipertensión arterial otra _____
Tiene alguna infección irritación o úlcera en la boca si no
Considera que ha perdido varias piezas dentales si no

ÍTEM	PREGUNTA	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Alimentación						
1	Con qué frecuencia consume verduras					
2	Con qué frecuencia consume 2 litros de agua al día					
3	Con qué frecuencia consume gaseosas o golosinas, o dulces					
Higiene bucal						
4	Con qué frecuencia se cepilla los dientes					
5	Usa hilo para los dientes y/o enjuague bucal					
6	Acude al dentista para una limpieza dental (como mínimo una vez al año)					
Patologías y enfermedades						
7	Por motivos económicos o descuido ha dejado últimamente dientes sin curar o tratar					
8	Siente la boca seca o que le falta saliva					
9	Suele tener dolor o sensibilidad dental					
Estado dental						
10	En caso use prótesis, ¿suele estar satisfecho con esta?					
11	Suele masticar sin problema los alimentos					

Anexo 3: Instrumento EMCVAMNI1 Escala de medición de la calidad de vida para adultos mayores no institucionalizados

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Le pedimos que piense en su vida durante el último mes. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y marque con una cruz o aspa en la casilla que considere sea su respuesta.

Edad: _____ **Distrito de residencia:** _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

Género: Masculino Femenino

Grado de Instrucción: Ninguno Primaria Completa Secundaria Completa
Técnico Superior

		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Dimensión física						
1	Tiene problemas para caminar					
2	Tiene problemas para subir escaleras					
3	Tiene problemas para cocinarse o atenderse					
4	Tiene problemas para bañarse o vestirse					
5	Suele tener algún tipo de dolor en el cuerpo					
6	Suele tener fatiga					
7	Suele tener bochornos					
8	Suele tener problemas para hablar o pronunciar debido					
9	Ha tenido incomodidad al comer algún alimento debido					
10	Ha tenido dolor en su boca					
11	Suele tener problemas para lograr dormir					
12	Se despierta una o más veces cuando duerme					
Dimensión emocional y de salud mental						
13	Se suele sentir motivado					
14	Se suele sentir alegre					
15	Se suele sentir avergonzado por falta de uno o varios					

16	El no dormir bien afecta a su estado de ánimo					
17	Está satisfecho con su vida					
18	Se considera una persona importante					
19	Se considera una persona valiosa					
20	Se suele sentir ansioso					
21	Se suele deprimir					
Dimensión social						
22	Comparte tiempo adecuado con su familia					
23	Se siente apoyado por su familia					
24	Se siente respetado por su familia					
25	Siente el respaldo de sus amigos					
26	Siente el cariño de sus amigos					
27	Con qué frecuencia asiste al CAM					
28	Con qué frecuencia asiste a otro grupo club o asociación distinta al CAM					
29	Se limita a salir por no poder sonreír debido a la falta de uno o más dientes					
30	Asiste a reuniones sociales					
31	Sale a comer o pasear					
Dimensión entorno y condiciones de vida						
32	Suele tener incomodidades en su casa por falta de algún servicio, acabado de pared, piso u otro					
33	Suele tener problemas en su barrio por falta de accesos, falta de asfalto, movilidad u otro					
34	Se suele sentir seguro en donde vive					
35	Accede a Internet o a ver televisión por cable					
36	Le alcanza el dinero para pagar alquiler o arbitrios o los servicios					
37	Le alcanza el dinero para los gastos					
38	Le alcanza el dinero para medicinas					
39	Toma usted las decisiones y no sus hijos o esposo					
Independencia y autonomía						
40	Depende de otros para movilizarse					
41	Tiene ánimos y energía para hacer sus actividades diarias					
42	Suele considerar que su vida tiene un propósito o sentido					
Espiritual						
43	Cree en una fuerza o Dios superior					
44	Suele rezar/meditar o realizar algún tipo de práctica religiosa o espiritual					
45	Asiste a una comunidad de fe (iglesia o grupo religioso)					
46	Se relaciona con personas que asisten a una comunidad de fe					

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

1

Título de proyecto de investigación: Relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor CAM Huancayo

Investigador : Claudia Patricia Mendoza Contreras

Institución : Centro del adulto mayor (CAM) Huancayo)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “*Salud bucal y calidad de vida en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor CAM Huancayo*”. de fecha ___/___/___ y versión 01. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre la Salud bucal y la calidad de vida en el adulto mayor. Su ejecución ayudará/permitirá verificar la relación entre ambas variables y medir su grado de relación, para poder identificar que dimensiones de la salud bucal se relacionan más con la calidad de vida y con ello proponer que se priorice y se desarrollen programas de trabajo.

Duración del estudio (meses): 1

Nº esperado de participantes: 170

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Personas a partir de 60 años, hispanohablante e inscrito al centro del adulto mayor CAM Huancayo en el año 2023.

Criterios de exclusión:

No se considerarán a adultos mayores a los 84 años o que tengan alguna discapacidad para la comunicación verbal y/o conectividad

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Se le realizará una inspección de salud bucal
- Se le aplicará una encuesta

La *entrevista/encuesta* puede demorar unos 15 minutos y (*según corresponda añadir a detalle*).

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio *no* presenta riesgo alguno

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto al tener un diagnóstico sobre su salud bucal.

Costos e incentivos: Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (*Detallar el nombre, número de teléfono y correo electrónico del investigador principal*).

Así mismo, puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comité_etica@nw Wiener.edu.pe

Declaración del consentimiento

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre participante:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre investigador: Claudia Mendoza

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Anexo 4: carta de compromiso y respeto a los principios bioéticos



**Universidad
Norbert Wiener**

**ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PUBLICA**

Carta de Compromiso de Respeto a los Principios Bioéticos

Yo, CLAUDIA PATRICIA MENDOZA CONTRERAS, con DNI. 44617086, Odontóloga de Profesión, COP. 27525, natural de Huancayo, encontrándome en buen estado de salud físico y mental, expreso de manera libre y voluntaria, mi compromiso de cumplir y hacer cumplir los principios de la Bioética en investigación en Ciencias de la Salud.:

1. Compromiso de honestidad intelectual.
2. Compromiso de veracidad y transparencia.
3. Compromiso de respeto a la persona en su cuerpo y en su autonomía:
 - a) Primero no dañar (primum non nocere): ni la vida, ni la salud, ni el honor del participante.
 - b) Informar correctamente al participante.
 - c) Mantener una relación honesta con el paciente, sin aprovecharse de su inevitable dependencia.
 - d) Guardar la confidencialidad de los datos obtenidos.
 - e) Mantener un trato amable y equitativo
 - f) Respetar la decisión competente del participante.
4. Compromiso de competencia profesional en:
 - a) Los conocimientos científicos.
 - b) Las habilidades.
 - c) El trabajo en equipo.
 - d) La selección de los instrumentos de investigación.
 - e) La aplicación de los instrumentos de investigación.
5. Compromiso de lealtad con el participante y con los compañeros de profesión.

Huancayo, 5 de Febrero de 2025.

Firma :

Nombre : CLAUDIA PATRICIA MENDOZA CONTRERAS

DNI: 44617086

● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.ulc.edu.pe Internet	1%
2	hdl.handle.net Internet	1%
3	repositorio.upch.edu.pe Internet	<1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
5	repositorio.uss.edu.pe Internet	<1%
6	1library.co Internet	<1%
7	repositorio.urp.edu.pe Internet	<1%
8	revestomatologia.sld.cu Internet	<1%