



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes
diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz - 2025

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autora: Rojas Cardenas, Lizbet Paola


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0918-3057>

Asesor: Mg. Jaime Okumura, Roberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3601-1532>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 25/02/2026

Yo, Lizbet Paola Rojas Cardenas egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“XEROSTOMÍA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD BUCAL EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SAENZ - 2025”** Asesorado por el docente: Mg. Roberto Jaime Okumura, DNI 09861961 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3601-1532> tiene un índice de similitud de (17) (DIECISIETE) % con código **oid:14912:553075083** 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 y,
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
 Lizbet Paola Rojas Cardenas
 DNI: 48001784



.....
 Firma de Asesor
 Mg. Roberto Jaime Okumura
 DNI: 09861961

Lima, 25 de febrero del 2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación con inmenso cariño y agradecimiento a mis padres, quienes han representado el cimiento más importante en mi vida. Agradezco profundamente su apoyo inquebrantable, su fe en mí en los momentos más desafiantes y por ser siempre mi mayor ejemplo, impulso y razón para continuar. Su dedicación, sacrificio y amor permanente han sido fundamentales para lograr este objetivo.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a mi asesor, Mg. Roberto Jaime Okumura, por su constante apoyo, guía y compromiso a lo largo de todo el desarrollo de esta investigación. Su dedicación y la confianza depositada en mi trabajo fueron fundamentales para alcanzar la culminación exitosa de este proyecto académico. Asimismo, extendo mi gratitud a todos los docentes que contribuyeron a mi formación profesional, quienes, con su entrega, exigencia y enseñanza, marcaron de manera significativa mi crecimiento como estudiante y futuro profesional.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	X
Introducción.....	Xi
 CAPÍTULO I:	
EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación de la investigación.....	4
1.4.1 Teórica.....	4
1.4.2 Metodológica.....	4
1.4.3 Práctica.....	4
1.5 Limitaciones de la investigación.....	5

1.5.1	Temporal.....	5
1.5.2	Espacial.....	5
1.5.3	Recursos.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....		7
2.1	Antecedentes.....	7
2.2	Bases teóricas.....	11
2.3	Definición de términos básicos.....	24
2.4	Hipótesis.....	24
2.4.1	Hipótesis general.....	24
2.4.2	Hipótesis específicas.....	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....		26
3.1	Tipo y nivel de investigación.....	26
3.2	Población y muestra.....	26
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
3.4	Procesamiento de datos y análisis estadísticos.....	44
3.5	Aspectos éticos.....	45
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS....		46
4.1	Resultados	46
4.4	Discusión.....	51
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		57
5.	Conclusiones.....	57
5.1	Conclusiones.....	57
5.2	Recomendaciones.....	58

REFERENCIAS	59
--------------------------	-----------

ANEXOS

1. Anexo 1: Matriz de consistencia	66
2. Anexo 2: Instrumentos.....	67
3. Anexo 3: Aprobación del Comité de ética.....	71
4. Anexo 4: Formato de consentimiento informado.....	72
5. Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos	75
6. Anexo 6: Informe de turnitin	77
7. Anexo 7: Base da datos	78

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla N° 1: Frecuencia de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025	46
Tabla N° 2: Calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025	47
Tabla N° 3: Asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según sexo	48
Tabla N° 4: Asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según edad	49
Tabla N° 5: Asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico N° 1: Frecuencia de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025	46
Gráfico N° 2: Calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025	47

RESUMEN

La tesis tuvo como objetivo determinar la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025. Se realizó un estudio hipotético - deductivo, cuantitativo, aplicada, observacional, transversal, prospectivo, no experimental y correlacional. La muestra fue 278 pacientes diabéticos. En los resultados se evidenció que la xerostomía leve fue la más frecuente (56,1%) y que la mayoría presentó una calidad de vida bucal regular (68,0%). Se evidenció una asociación significativa ($p < 0,05$) entre la xerostomía, el sexo y la edad, siendo más común en varones y en el grupo de 52 a 57 años. Asimismo, se confirmó una relación estadísticamente significativa entre la xerostomía y la calidad de vida relacionada con la salud bucal, aceptándose la hipótesis alterna ($p=0,000$). Concluyendo que existe asociación significativa entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.

Palabras clave: Xerostomía, calidad de vida, salud bucal, diabetes mellitus.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the association between xerostomia and quality of life related to oral health in diabetic patients at the Luis N. Saenz Hospital - 2025. A hypothetical - deductive, quantitative, applied, observational, cross-sectional, prospective, non-experimental and correlational study was conducted. The sample was 278 diabetic patients. The results showed that mild xerostomia was the most frequent (56.1%) and that the majority presented a regular oral quality of life (68.0%). A significant association ($p < 0.05$) was evidenced between xerostomia, sex and age, being more common in men and in the 52 to 57 age group. Likewise, a statistically significant relationship between xerostomia and quality of life related to oral health was confirmed, accepting the alternative hypothesis ($p = 0.000$). Concluding that there is a significant association between xerostomia and quality of life related to oral health in diabetic patients at the Luis N. Saenz Hospital – 2025.

Keywords: Xerostomia, quality of life, oral health, diabetes mellitus.

Introducción

La xerostomía es una condición frecuente caracterizada por la disminución o ausencia del flujo salival, la cual puede estar asociada a diversas causas como el uso prolongado de medicamentos, enfermedades autoinmunes y, de manera especial, la diabetes mellitus. En los pacientes diabéticos, esta alteración no solo genera molestias locales, sino que también incrementa el riesgo de caries, infecciones orales, dificultades en la deglución y alteraciones en el gusto, comprometiendo la salud oral y el bienestar general del individuo.

Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud bucal permite evaluar cómo las enfermedades orales afectan la alimentación, la comunicación, la estética y las relaciones interpersonales. En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, las alteraciones bucales suelen tener un impacto más notorio, ya que los desajustes metabólicos y la mayor predisposición a infecciones afectan la percepción del bienestar oral y general.

La estructura de la presente investigación se compone de cinco capítulos y una sección de anexos. En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y las limitaciones del estudio. El capítulo II aborda el marco teórico, en el cual se desarrollan los antecedentes, los fundamentos conceptuales y la formulación de las hipótesis. El capítulo III detalla el diseño metodológico, incluyendo la descripción de la población y muestra, los instrumentos utilizados, así como los procedimientos éticos y el análisis estadístico aplicado. En el capítulo IV se exponen los resultados obtenidos junto con su respectiva discusión. Finalmente, el capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación. La sección de anexos reúne los instrumentos aplicados, los consentimientos informados y otros documentos que respaldan el desarrollo del estudio.

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible de alta prevalencia mundial que afecta la calidad de vida y la salud bucal. Según la OMS, más de 422 millones de personas viven con diabetes, principalmente tipo 2, condición asociada a diversas complicaciones orales, entre ellas la xerostomía, una queja frecuente en estos pacientes (1).

La xerostomía puede deberse a hiposalivación, alteraciones neurosensoriales o al uso de fármacos asociados al tratamiento de la diabetes. Su impacto afecta significativamente la calidad de vida bucal, comprometiendo funciones básicas y aumentando el riesgo de caries, enfermedad periodontal, infecciones fúngicas y halitosis (2).

En Europa, han reportado que hasta el 40% de los pacientes diabéticos presentan xerostomía, y que esta afección se asocia significativamente con un deterioro en (OHRQoL), medida a través de instrumentos como el OHIP-14 (3). Asimismo, se ha evidenciado una estricta vinculación entre la subsistencia de xerostomía y factores clínicos como el mal control glucémico, el uso de medicamentos xerogénicos y la presencia de complicaciones sistémicas propias de la diabetes, como la neuropatía (4). A pesar de su alta prevalencia e implicancia clínica, la xerostomía en personas con diabetes continúa siendo subvalorada en la atención médica y odontológica, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento oportuno. Además, existe una limitada disponibilidad de estudios europeos que utilicen instrumentos validados en los distintos idiomas oficiales del continente para evaluar de manera integral su impacto en la calidad de vida oral de esta localidad (5).

En América Latina, la carga de la diabetes ha aumentado sostenidamente, y Perú no es foráneo a esta tendencia. El Ministerio de Salud del Perú (MINSa, 2023) estima que

aproximadamente el 8 % de la población adulta vive con diabetes mellitus, siendo más prevalente en zonas urbanas. Sin embargo, el enfoque de atención primaria frecuentemente descuida las manifestaciones orales de la enfermedad (6). Diversos estudios locales evidencian una alta prevalencia de xerostomía en pacientes diabéticos y una baja percepción de su impacto en la calidad de vida bucal, lo que revela deficiencias en el abordaje integral de la salud, agravadas por la ausencia de protocolos clínicos y la limitada capacitación del personal de atención primaria (7).

Aunque la evidencia científica confirma un vínculo bidireccional entre la diabetes y las enfermedades orales, como la hiposalivación y la xerostomía, estos síntomas suelen subestimarse en la práctica clínica, lo que retrasa el diagnóstico y limita la implementación de intervenciones preventivas y educativas (8). Por tanto, se plantea la necesidad urgente de integrar la evaluación de síntomas orales como la xerostomía dentro de los esquemas preventivos e inspección de diabetes mellitus, tanto en el ámbito hospitalario como comunitario (9). Además, se requiere el diseño de estrategias interdisciplinarias y colaborativas entre médicos endocrinólogos, odontólogos, nutricionistas y otros profesionales de la salud, que promuevan un enfoque holístico y centrado en el paciente. Incluir la salud bucal como componente esencial del bienestar general permitiría no solo mejorar los indicadores clínicos del control glucémico, sino también contribuir al bienestar psicológico, funcional y social de las personas con diabetes (10).

A Asimismo, la implementación de campañas educativas y la incorporación de indicadores de salud bucal en los sistemas de vigilancia epidemiológica son clave para reducir brechas y avanzar hacia un modelo de atención más equitativo y preventivo, alineado con los principios de la salud universal (11).

1.2 Formulación del problema

1.1.1 Problema general

¿Cuál es la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz - 2025?

1.1.2 Problema específicos

¿Cuál es la frecuencia de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz - 2025?

¿Cuál es la calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz - 2025?

¿Cuál es la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según sexo?

¿Cuál es la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según edad?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la frecuencia de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

Determinar la calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

Determinar la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según sexo.

Determinar la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según edad.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

El estudio permitió ampliar el conocimiento sobre los conceptos clave relacionados con la xerostomía, (OHRQoL) y su asociación con la diabetes mellitus. La literatura científica ha identificado la xerostomía como una manifestación oral frecuente en pacientes diabéticos, pero aún existen vacíos respecto a su influencia directa sobre la calidad de vida bucal. Este estudio contribuyó al marco conceptual existente al integrar las perspectivas médicas y odontológicas, promoviendo así una comprensión más holística de las implicancias sistémicas y orales de la diabetes.

1.4.2 Metodológica

Desde el enfoque metodológico, esta investigación justificó su relevancia al emplear herramientas validadas para medir tanto la presencia de xerostomía como su impacto en la calidad de vida bucal, utilizando escalas estandarizadas como el OHIP-14. Además, el diseño metodológico pudo ser replicado o adaptado en futuras investigaciones, lo que fortaleció la producción científica en el área de salud bucal y enfermedades sistémicas.

1.4.3 Práctica

La investigación ofreció una justificación práctica, ya que permitió identificar con mayor precisión el grado de afectación que la xerostomía produce en la calidad de vivir de los examinados diabéticos, lo que a su vez facilitó la formulación de estrategias clínicas más efectivas para su diagnóstico temprano y manejo. Esto es particularmente importante en contextos donde el enfoque médico tradicional no incluye de manera rutinaria la evaluación de la salud bucal. Los resultados pudieron ser aplicados en la práctica odontológica y médica, optimizando la atención interdisciplinaria y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

1.4.4 Social

Finalmente, se justificó desde una dimensión social porque los beneficiarios directos fueron los pacientes con diabetes mellitus que sufren de xerostomía, ya que esta condición, muchas veces subestimada, compromete funciones orales esenciales e impacta negativamente su bienestar diario. A largo plazo, también pudieron influir en el diseño de políticas públicas que integren la salud bucal en los programas de manejo crónico de enfermedades sistémicas.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal: El estudio contó con un periodo estimado de desarrollo de seis meses; sin embargo, este plazo pudo ampliarse en caso de presentarse retrasos durante el proceso de recolección de datos, lo que pudo afectar el cronograma inicialmente planificado.

1.5.2 Espacial: La investigación se llevó a cabo exclusivamente en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, por lo que los resultados obtenidos estuvieron limitados al contexto particular de dicha institución, dificultando la generalización de los hallazgos a otros establecimientos de salud o regiones.

1.5.3 Población o unidad de análisis: La población de estudio estuvo conformada únicamente por pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Esta delimitación restringió el alcance de los resultados a este grupo específico, sin considerar a personas con otras condiciones médicas. Asimismo, los costos generados durante el proceso investigativo fueron asumidos por la bachiller responsable del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Dumitrescu et al. (12) analizaron su bienestar bucodental, conocimientos, costumbres de higiene y calidad de vida oral por cuestionarios autoadministrados y OHIP-14. Un estudio transversal en un hospital Rumano evaluando a 121 sujetos con diabetes tipo 2. Se identificaron deficiencias en aseo oral, mínima asistencia odontológica y barreras económicas. Solo 38% se cepillaba dos veces al día y la aplicación de productos complementarios era limitado. Además, se halló una relación significativa entre el nivel de conocimiento, la movilidad dental y recurrencia de cepillado.

Kumar et al. (13) evaluaron y determinaron la correlación entre el estado de salud bucal y los niveles de control glucémico en pacientes con DM2. Esta investigación transversal se aplicó en pacientes con DM2 de 35 a 65 años. Los niveles de control glucémico se clasificaron como buen control ($\leq 7\%$ de HbA1c) y mal control ($> 7\%$ de HbA1c). Se determinaron la puntuación de placa bucal (FMPS), la puntuación de sangrado bucal (FMBS), profundidad de sondaje (PD) y nivel de inserción clínica (CAL), junto con la xerostomía (mediante un cuestionario estándar) y la hiposalivación (mediante la prueba de Schirmer modificada, MST). En los resultados el 49 hombres (70%) y 21 mujeres (30%), con una edad media de $55,36 \pm 8,3$ y $49,36 \pm 6,8$ años, respectivamente. Entre las personas con un control glucémico deficiente, se observó una prevalencia significativamente mayor de xerostomía (52,2%), hiposalivación (47,8%) y periodontitis (moderada; 47,8% y grave; 21,7%) en comparación con quienes tenían un buen control ($p=0,027$, $0,001$, $0,007$, respectivamente). La HbA1c evidenció una correlación positiva moderada y representativa con FMPS ($r=0,447$; $p=0,001$) y una correlación baja con FMBS ($r=0,283$; $p=0,018$) y CAL

($r=0,301$; $p=0,011$). El estudio concluyó que las personas con un control glucémico deficiente para la diabetes mellitus tipo 2 tienen una mayor incidencia de xerostomía, hiposalivación y deterioro de la salud periodontal, lo que resulta en un deterioro de su salud bucodental.

Srikong (14) examinaron la asociación entre sequedad bucal y (OHRQoL) en pacientes diabéticos en Songkhla, Tailandia, utilizando el modelo de Wilson y Cleary como marco de referencia en el 2023. Fue un estudio transversal donde se incluyeron en el estudio 210 pacientes diabéticos. La recopilación de datos se realizó mediante cuestionarios autoadministrados mediante entrevista telefónica, que incluyeron información sobre el estado de síntomas y funcional, la percepción general de la salud, el malestar psicológico (depresión y ansiedad), la sensación de coherencia, el control de la salud y la autoestima. Los datos clínicos recuperados de las historias clínicas incluyeron enfermedades subyacentes, medicamentos, niveles de glucosa en sangre y duración de la diabetes, junto con características demográficas (edad, sexo, ingresos, nivel educativo). Los principales resultados fueron que un peor estado de los síntomas de sequedad bucal se vinculó con una pésima (OHRQoL). Esta asociación estuvo mediada por el funcionamiento y las percepciones de salud. Sin embargo, no se encontró una asociación entre el estado clínico y los síntomas. Las variables psicológicas (sentido de coherencia y autoestima) desempeñaron un papel clave en cada etapa del modelo. Además, la polifarmacia y la multimorbilidad afectaron el estado clínico, las percepciones de salud y la CVRS. Concluyendo que los hallazgos respaldan el modelo de Wilson y Cleary, indicando que la sequedad bucal impactó en la vida diaria de los pacientes diabéticos de diversas maneras, incluyendo la alimentación, la bebida y la socialización. También se encontró que las intervenciones dirigidas a reducir la multimorbilidad, controlar la polifarmacia y mejorar la adaptación psicológica eran

importantes, lo que sugiere posibles vías para minimizar el impacto de la boca reseca y mejorar la calidad de vivir.

Tabesh A, Mahboobeh M, Samin S. (15) tuvieron como objetivo evaluar la CVRSO y su vínculo con la gravedad de la xerostomía en sujetos con diabetes clase 2. Un total de 200 pacientes participaron en este estudio transversal. El Inventario de Xerostomía (XI) evaluó la gravedad de la xerostomía y el cuestionario OHIP-14 evaluó la (OHRQoL). Además, se realizaron pruebas de glucemia en ayunas (FBS) y hemoglobina glucosilada (HbA1c), cuyos resultados se registraron, así como la duración de la enfermedad y el uso de prótesis dentales. El análisis de datos empleó la prueba t y el coeficiente de correlación de Pearson. En los resultados la puntuación media del XI fue de $22,27 \pm 6,92$ y la del OHIP-14 fue de $13,76 \pm 8,41$. Los valores medios de glucosa en sangre (FBS), HbA1c y duración de la enfermedad fueron de $161,23 \pm 49,14$ mg/dl, $7,90 \pm 1,12$ % y $11,02 \pm 7,78$ años, respectivamente. La puntuación OHIP-14 se correlacionó significativamente con la puntuación XI, la edad, la FBS, la HbA1c, la duración de la enfermedad y el uso de prótesis dentales ($p < 0,05$). Concluyendo que se observó una correlación representativa entre (OHRQoL) y la peligrosidad de la xerostomía en sujetos con diabetes tipo 2. La edad, el uso de prótesis dentales, la duración de la enfermedad y el tratamiento médico de la DM también se correlacionaron significativamente con la CVRSO. El tratamiento tanto de la enfermedad subyacente como de las comorbilidades bucodentales, como la xerostomía, parece ser esencial para lograr una mejor CVRSO en pacientes con diabetes tipo 2.

Aprista et al. (16) aplicaron un estudio para analizar el efecto de la xerostomía en la calidad de vivir de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlada y no controlada en el 2023. Métodos: Este estudio transversal observacional analítico incluyó 92 sujetos con diabetes mellitus tipo 2 de 21 a 50 años (controlada y no controlada 46 sujetos cada uno). Los datos

de xerostomía se recopilaron mediante el cuestionario Summated Xerostomia Inventory-Dutch Version, mientras que los datos de calidad de vida se recopilaron mediante el cuestionario Xerostomia-related Quality of Life Scale (XeQoLs). En los resultados mostraron que la calidad de vivir de los sujetos con diabetes mellitus tipo 2 controlada y no controlada fue igualmente baja (50% en sujetos con DM clase 2 controlada y 64,9% en sujetos con DM clase 2 no controlada). Este resultado mostró que no hay diferencia entre cada grupo de sujetos. Esto también se puede observar en los resultados que $p = 0,193$ ($p > 0,05$), donde no hay diferencia representativa. Concluyendo que no se observó ningún efecto entre la xerostomía de los pacientes con DM tipo 2 controlada y no controlada sobre su calidad de vida.

Al-Maweri et al. (17) efectuaron un estudio que tuvo como objetivo investigar el flujo salival, xerostomía y estatus de salud bucodental en una agrupación de pacientes diabéticos saudíes, en comparación con controles sanos en el 2021. Este estudio transversal comparativo incluyó a 50 pacientes diabéticos (de entre 15 y 70 años) y 53 controles sanos de la misma edad y sexo. Los resultados revelaron un flujo salival estadísticamente significativo menor ($0,33 \pm 0,16$ vs. $0,59 \pm 0,54$; $p = 0,002$) y pH salival más inferior ($6,36 \pm 0,49$ vs. $6,58 \pm 0,39$; $p = 0,014$) en la agrupación control. Una mayor proporción de sujetos diabéticos (60%) reportaron tener xerostomía en comparación con el grupo control (52%), pero los hallazgos no fueron estadísticamente significativos. Además, los resultados revelaron una salud bucodental ligeramente peor y una mayor pérdida de dientes entre los pacientes con diabetes, aunque los resultados no alcanzaron una diferencia significativa ($P > 0,05$). Concluyendo que los hallazgos del presente estudio demuestran una mala salud bucodental y una alta prevalencia de xerostomía entre los pacientes diabéticos saudíes. Por lo tanto, se debe promover la educación en salud bucodental en este grupo de pacientes.

Antecedentes nacionales

Giraldo C. (18) evaluó la vinculación entre calidad de vida oral y diabetes tipo 2 en sujetos del Policlínico Life's Good en 2021, con 324 colaboradores superiores a 40 años (162 diabéticos y 162 no diabéticos). Se aplicaron el Índice de Higiene Oral Simplificado y el OHIP-14 para recoger data. Los resultados evidenciaron que la totalidad de sujetos diabéticos exhibían calidad de vida oral moderada relacionada con higiene bucal deficiente o regular, mientras que los no diabéticos reportaron buena calidad de vida y mejor higiene. Se concluyó que la diabetes tipo 2 afecta negativamente la calidad de vida oral, principalmente por el nivel de higiene, sin influencia representativa del sexo o edad.

Layza C. (19) Áncash, identificaron la frecuencia y grado de xerostomía en participantes diabéticos concurridos al Hospital III de EsSalud. La investigación descriptiva incluyó una muestra de 183 participantes de 700. Se encontró que el 54.6 % de los pacientes presentaba xerostomía, mayormente en un grado moderado (71 %). La condición afectó a un 70% de mujeres y 72% de hombres, siendo más prevalente en personas entre 70 y 80 años, donde el 80% tenía xerostomía moderada. En resumen, la xerostomía moderada fue especialmente frecuente en hombres y en la agrupación etario de 70 a 80 años.

2.2 Bases teóricas

Xerostomía

La xerostomía, o sensación de boca seca, es una condición clínica caracterizada por la percepción subjetiva de sequedad bucal, la cual puede presentarse con o sin una disminución objetiva del flujo salival, conocida como hiposalivación. Aunque ambos términos suelen utilizarse indistintamente, es importante diferenciarlos: la hiposalivación puede medirse

cuantitativamente a través de pruebas como la sialometría, mientras que la xerostomía se basa en la experiencia individual del paciente, afectando su calidad de vida incluso en ausencia de alteraciones medibles en la producción de saliva (20).

La xerostomía es un síntoma común en la población general, pero su frecuencia se incrementa significativamente en personas con enfermedades crónicas, especialmente en aquellas que requieren tratamientos farmacológicos prolongados. Se estima que más del 20 % de los adultos mayores presentan xerostomía, siendo esta cifra aún mayor entre quienes padecen patologías como diabetes mellitus, hipertensión, insuficiencia renal, artritis reumatoide o enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren (21).

En el caso específico de la diabetes mellitus, diversos mecanismos fisiopatológicos contribuyen a la aparición de xerostomía. Uno de ellos es la hiperglucemia sostenida, que induce un estado de deshidratación debido a la diuresis osmótica, disminuyendo la hidratación de los tejidos orales. Asimismo, la neuropatía autonómica diabética puede afectar las glándulas salivales, alterando su innervación y, por ende, su capacidad de secreción. Además, muchos pacientes diabéticos consumen múltiples medicamentos, como antidiabéticos orales, antihipertensivos, diuréticos y antidepresivos, todos ellos con potencial efecto xerogénico (22).

A nivel clínico, la xerostomía puede manifestarse de distintas formas: dificultad para hablar, masticar y tragar, sensación de ardor en la lengua, halitosis, labios agrietados, alteración del gusto, e incluso mayor susceptibilidad a infecciones como la candidiasis oral. Además, la falta de saliva compromete la remineralización dental y la función antimicrobiana natural, aumentando el riesgo de caries, enfermedad periodontal y lesiones en tejidos blandos (23).

Este conjunto de síntomas y complicaciones convierte a la xerostomía en una condición con impacto funcional y psicológico importante, especialmente en personas con enfermedades sistémicas como la diabetes (24).

Xerostomía en la diabetes mellitus tipo II

A largo plazo, esta condición genera complicaciones microvasculares y macrovasculares que afectan múltiples sistemas, incluido el sistema estomatognático. Entre las manifestaciones orales más frecuentes en personas con diabetes se encuentra la xerostomía, definida como la percepción subjetiva de sequedad bucal, la cual puede estar o no acompañada de una reducción cuantificable del flujo salival (*hiposalivación*) (25).

En los pacientes con DM2, la xerostomía tiene una alta prevalencia, que oscila entre el 30 % y el 60 %, según diversos estudios clínicos y revisiones sistemáticas. Este síntoma suele ser más común en personas de edad avanzada, en aquellos con un pobre control glucémico y en quienes presentan mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Las causas son múltiples y están relacionadas tanto con factores metabólicos como con condiciones sistémicas y terapéuticas (26).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la xerostomía en DM2 es la hiperglucemia crónica, que conduce a una mayor diuresis osmótica y deshidratación, reduciendo la disponibilidad de líquidos corporales, incluida la saliva. A esto se suma el posible daño a los nervios autónomos que controlan las glándulas salivales, como consecuencia de la neuropatía diabética, lo que interfiere con la producción normal de saliva. Asimismo, muchos pacientes con diabetes están expuestos a polifarmacia, es decir, al uso simultáneo de múltiples fármacos (antihipertensivos, antidepresivos, diuréticos, anticolinérgicos), muchos de los cuales tienen como efecto adverso la reducción del flujo salival (27).

La reducción o alteración cualitativa del flujo salival en estos pacientes no solo genera malestar, sino que también incrementa el riesgo de complicaciones bucales. Entre ellas se encuentran: caries rampantes, candidiasis oral, halitosis, disgeusia (alteración del gusto), ulceraciones, fisuras labiales, dificultad para hablar o deglutir, y disminución de la eficacia de las prótesis dentales removibles. La saliva cumple funciones esenciales en la protección de los tejidos bucales, ya que ayuda a neutralizar el pH, participa en la remineralización del esmalte, regula la flora bacteriana y facilita la digestión inicial (28).

Dado que muchos pacientes no reportan espontáneamente esta condición, su detección puede pasar desapercibida si no se investiga de manera activa durante las consultas médicas y odontológicas. Por ello, se recomienda incluir la evaluación de la xerostomía dentro de los protocolos de atención al paciente diabético, tanto en el primer nivel de atención como en entornos especializados, utilizando instrumentos validados y promoviendo un enfoque interdisciplinario (29).

Xerostomía y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en pacientes diabéticos

La xerostomía, entendida como la sensación subjetiva de sequedad bucal, constituye una de las manifestaciones orales más recurrentes y restrictivas en sujetos con diabetes mellitus tipo II. Esta condición, lejos de ser un síntoma aislado, tiene un impacto directo (OHRQoL), interfiriendo no solo en funciones fisiológicas esenciales como la masticación, la deglución, la fonación y la protección del esmalte dental, sino también en el bienestar psicológico y social del sujeto. En el contexto de la diabetes, su origen es multifactorial, asociado principalmente a la deshidratación provocada por hiperglucemia persistente, alteraciones

neurogénicas que afectan la función de las glándulas salivales y al uso de múltiples fármacos con efectos xerogénicos, como antidiabéticos, antihipertensivos y diuréticos (30).

Diversos estudios han documentado que la prevalencia de xerostomía en pacientes diabéticos puede oscilar entre el 30 % y el 60 %, con variaciones relacionadas al control metabólico y al tiempo de evolución de la enfermedad. Un estudio reciente de Huang et al. (2023) demostró que los pacientes con diabetes tipo II que presentan xerostomía obtienen puntuaciones significativamente más altas en el cuestionario OHIP-14, lo que indica un mayor deterioro de la percepción de su salud bucal y una afectación multidimensional en su vida diaria. Este hallazgo se refuerza en la literatura por la correlación estadísticamente significativa entre los puntajes del Xerostomia Inventory (XI) y del OHIP-14, donde a mayor severidad de la sequedad bucal, peor es la calidad de vida bucal percibida (31).

En términos funcionales, la reducción o ausencia de saliva altera el equilibrio del ecosistema bucal, favoreciendo la aparición de caries, enfermedad periodontal, candidiasis oral, halitosis y sensibilidad dental, condiciones que a su vez interfieren con la alimentación, la comunicación y la autoestima del paciente. La disfunción oral que provoca la xerostomía se convierte, por tanto, en un factor limitante para la autonomía del individuo, especialmente en adultos mayores, quienes además suelen presentar comorbilidades y polimedicación (32).

Desde el punto de vista emocional y social, los pacientes diabéticos que experimentan xerostomía reportan con frecuencia ansiedad, inseguridad para hablar o sonreír, malestar por la halitosis y aislamiento social, lo cual repercute negativamente en su estado de ánimo y en su interacción con el entorno. La xerostomía también afecta la calidad del sueño, debido a la necesidad frecuente de beber agua durante la noche, lo que contribuye al deterioro general de la salud percibida (33).

A pesar de su relevancia clínica, la xerostomía aún es subdiagnosticada y pocas veces evaluada sistemáticamente en el abordaje del paciente diabético. En este sentido, se destaca la importancia de incorporar herramientas estandarizadas como el Xerostomia Inventory y el OHIP-14 en la práctica clínica, así como promover un enfoque interdisciplinario que involucre odontólogos, endocrinólogos, nutricionistas y psicólogos. El tratamiento debe enfocarse tanto en medidas preventivas como en intervenciones sintomáticas, incluyendo el uso de sustitutos salivales, estimulación de las glándulas salivales, educación para el autocuidado bucal y ajustes farmacológicos cuando sea posible (33).

Calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL)

Es un constructo multidimensional que ha ganado relevancia en las últimas décadas, al reconocer que la salud bucal no debe limitarse exclusivamente a la ausencia de enfermedades, sino que debe comprender también la comodidad física, psicológica y social del individuo en adherencia con el estatus de su cavidad oral (34).

Este concepto surge como una extensión del enfoque biopsicosocial de la salud propuesto por la OMS, y se fundamenta en la premisa de que la boca es una parte integral del cuerpo y de la vida diaria de las personas, influyendo en aspectos tan esenciales como la alimentación, la comunicación, la estética facial, la interacción social y la autoestima. En ese sentido, las condiciones bucodentales, aun aquellas que clínicamente podrían considerarse leves, pueden tener un impacto profundo en la percepción de bienestar y en el funcionamiento diario del individuo (34).

La OHRQoL evalúa cómo las enfermedades o trastornos orales afectan el desempeño físico y emocional, e incluso la integración social de una persona. Algunas de las dimensiones que aborda son:

Limitación funcional (dificultad para comer o hablar) (35).

Dolor físico. (35) dolor por las enfermedades

Malestar psicológico (ansiedad o vergüenza por la apariencia dental) (35).

Impacto social (evitación de interacciones o eventos sociales) (35).

Discapacidad emocional o psicológica (35).

Sensación de desventaja o marginación social (35).

Para evaluar la OHRQoL, se han desarrollado múltiples instrumentos validados. El más reconocido y utilizado internacionalmente es el Oral Health Impact Profile en su versión abreviada de 14 ítems (OHIP-14), que permite medir el impacto de la salud bucal en siete dimensiones. Su utilidad ha sido ampliamente documentada en poblaciones con caries, enfermedad periodontal, edentulismo, uso de prótesis, ortodoncia, cáncer oral, y condiciones sistémicas como la diabetes, donde la boca puede reflejar y amplificar el impacto de la enfermedad general (35).

Además, la OHRQoL está influenciada por factores demográficos, culturales, socioeconómicos y psicológicos, como el nivel educativo, los ingresos, la percepción estética, la presencia de dolor, la edad y el género. Las personas en situación de vulnerabilidad, como adultos mayores, pacientes crónicos, o individuos con acceso limitado a servicios odontológicos, tienden a reportar peor calidad de vida bucal, incluso ante condiciones clínicamente similares a las de otros grupos (36).

En enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo II, la OHRQoL cobra especial relevancia, ya que los pacientes suelen presentar complicaciones orales como xerostomía,

enfermedad periodontal, candidiasis y caries recurrentes, las cuales deterioran funciones esenciales y contribuyen al malestar general. La presencia de estas alteraciones no solo agrava el estado clínico, sino que también compromete aspectos sociales y emocionales del paciente, lo que convierte a la salud bucal en una pieza clave dentro del abordaje integral de la enfermedad sistémica (36).

El instrumento más utilizado para medir la OHRQoL es el Oral Health Impact Profile en su versión corta de 14 ítems (OHIP-14), que evalúa aspectos como dolor oral, incomodidad al comer, inseguridad por la apariencia de la boca, problemas para hablar o relacionarse, entre otros. Su aplicación en poblaciones específicas permite conocer cómo ciertas enfermedades, como la diabetes, alteran la percepción de bienestar bucodental y afectan los estilos de vida (36).

Calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes con diabetes tipo II

La diabetes mellitus, especialmente la tipo II, representa una elevada prevalencia a nivel mundial. Su impacto sistémico es bien conocido, pero cada vez existe mayor evidencia sobre sus consecuencias en la cavidad bucal, las cuales no solo se manifiestan como alteraciones clínicas visibles, sino también con OHRQoL (37).

La calidad de vida bucal hace referencia a la forma en que las condiciones orales afectan la comodidad física, psicológica y social de los sujetos. Para los pacientes diabéticos, la experiencia de salud bucal está frecuentemente marcada por síntomas molestos y limitantes, como xerostomía, dolor periodontal, movilidad dental, infecciones recurrentes, mal aliento y alteraciones del gusto. Estas manifestaciones no solo deterioran las funciones básicas como masticar, hablar y tragar, sino que además pueden causar incomodidad emocional,

inseguridad para sonreír, y evitar el contacto social, afectando significativamente su vida cotidiana (37).

Entre los constituyentes orales que más repercuten negativamente en la calidad de vida bucal de sujetos con diabetes se destacan:

La enfermedad periodontal, que afecta con mayor severidad a personas con mal control glucémico, puede generar dolor, sangrado, halitosis y pérdida de dientes, deteriorando la función masticatoria y la estética facial (38).

La xerostomía, muy común en diabéticos, especialmente en adultos mayores polimedicados, dificulta la masticación, genera ardor bucal, aumenta el riesgo de caries y candidiasis, y con frecuencia se asocia con alteraciones del sueño y del gusto (38).

Las infecciones bucales recurrentes, como la candidiasis, son frecuentes en pacientes con inmunosupresión secundaria a la diabetes y afectan el confort y la funcionalidad de la cavidad oral (38).

El edentulismo parcial o total es otra consecuencia indirecta de la diabetes mal controlada, especialmente cuando no se implementa una atención preventiva temprana. La pérdida de piezas dentales limita la ingesta alimentaria, afecta la digestión y repercute en la nutrición y el estado general de salud (38).

Además, el deterioro de la calidad de vida bucal en personas con diabetes tiene consecuencias más amplias. Por ejemplo, puede limitar la capacidad de seguir una dieta adecuada (por dolor o pérdida dental), lo que a su vez dificulta el control glucémico. También puede influir negativamente en la adherencia al tratamiento general, pues un

paciente que experimenta molestias bucales puede presentar menor motivación para el autocuidado o sentirse emocionalmente afectado (38).

La situación se agrava cuando existe falta de acceso a servicios odontológicos, bajo nivel educativo o desconocimiento de los vínculos entre la diabetes y la salud oral. Por eso, se requiere una visión integral e interdisciplinaria del tratamiento del paciente diabético, en la que se incluya de forma rutinaria la evaluación de su salud bucal y de su calidad de vida (38).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus tipo I

Implica la destrucción inmunológica de las células β pancreáticas, causando deficiencia de insulina. Los sujetos requieren insulina externa de por vida, ya que sin ella pueden sufrir hiperglucemia grave y cetoacidosis diabética, que pone en riesgo su vida (39).

Etiología

Se genera por la desintegración autoinmune de las células β en los islotes pancreáticos de Langerhans, lo que finalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina. Esta enfermedad se manifiesta en individuos genéticamente susceptibles, en quienes el proceso autoinmune se desencadena por uno o más factores ambientales, lo que resulta en la destrucción de las células β mediada por el sistema inmunitario. La devastación de la funcionabilidad de las células β progresa gradualmente a lo largo de meses o años, durante los cuales la persona afectada permanece asintomática. La hiperglucemia sintomática se desarrolla cuando se produce una disfunción significativa de las células β (40).

Evaluación

Los pacientes con diabetes tipo 1 pueden presentar hallazgos tradicionales de diabetes de reciente aparición, como poliuria, polidipsia, letargo y pérdida de peso. Estos individuos también pueden presentar cetoacidosis diabética de forma más aguda. Otras manifestaciones clínicas incluyen alteraciones visuales agudas, candidiasis perineal o, en algunos adultos, un diagnóstico inicial erróneo de diabetes tipo 2 antes de identificar correctamente la diabetes tipo 1 (41).

La diabetes puede diagnosticarse mediante criterios de glucosa plasmática, como la glucemia en ayunas o la glucemia posprandial transcurrido un ensayo de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) de 75 g, o basándose en los niveles de HbA1c (41). Las disposiciones diagnósticas de diabetes engloban los siguientes:

Glucemia en ayunas de al menos 126 mg/dl más de una vez (41).

Glucemia aleatoria de al menos 200 mg/dl con síntomas clásicos de hiperglucemia (41).

Glucemia de al menos 200 mg/dl medida 2 horas después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) de 75 g (41).

HbA1C de al menos 6,5 % (41).

Tratamiento

Las personas con diabetes tipo 1 requieren reemplazo de insulina de por vida, monitoreo promedio de la glucemia y ajustes en la nutrición y el estilo de vivir para lograr un control glucémico óptimo. Los objetivos glucémicos deben personalizarse según el estado de salud de cada paciente y las afecciones coexistentes, lo que orienta las estrategias de tratamiento.

Según la ADA, se deben alcanzar niveles óptimos de HbA1c para minimizar el riesgo de complicaciones microvasculares y macrovasculares, a la vez que se previene la hipoglucemia. Para la mayoría de los pacientes, se recomienda un objetivo de HbA1c menor o igual al 7%, aunque las personas mayores o con múltiples problemas de salud pueden beneficiarse de objetivos de HbA1c más flexibles (42).

La terapia con insulina MDI o "bolo basal" incluye insulina basal de acción prolongada (administrada una o dos veces al día) e insulina prandial o de las comidas, utilizando insulina de acción corta o rápida varias veces al día antes de las comidas. La infusión subcutánea continua de insulina consiste en la administración continua de insulina de acción rápida o corta mediante una bomba de insulina, con bolos adicionales iniciados en la bomba para la cobertura prandial durante las comidas (42).

Complicaciones

Las complicaciones secundarias a la diabetes tipo 1 se pueden clasificar en agudas y crónicas. Las agudas incluyen hipoglucemia y cetoacidosis diabética (CAD). Las crónicas más graves incluyen nefropatía, neuropatía periférica y autonómica, retinopatía, cardiopatía (incluida la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca y la miocardiopatía), arteriopatía periférica, enfermedad cerebrovascular (incluidos el ictus y el accidente isquémico transitorio) e infecciones del pie diabético (43).

Diabetes mellitus tipo II

Es un trastorno crónico del metabolismo, marcado por la resistencia a la insulina y una producción insuficiente de esta hormona. Aunque generalmente afecta a adultos, su

incidencia ha crecido notablemente en jóvenes debido a factores como el sedentarismo, el sobrepeso y hábitos alimenticios poco saludables (44).

Etiología

Esta variante de diabetes es la más prevalente, abarcando aproximadamente entre el 90 % y el 95 % de los casos a nivel global. Se asocia con factores genéticos, ambientales y del estilo de vida, siendo la obesidad abdominal y la inactividad física los principales desencadenantes. El diagnóstico suele realizarse después de los 40 años, aunque puede estar presente durante años sin síntomas evidentes, lo que incrementa el riesgo de complicaciones (45).

Evaluación

El paciente con DM2 puede presentar una variedad de manifestaciones clínicas, que van desde síntomas clásicos como poliuria, polidipsia, pérdida de peso inexplicado y agotamiento, hasta complicaciones más avanzadas como retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica, enfermedad cardiovascular y complicaciones orales (45).

Tratamiento

En la actualidad, el manejo del paciente con DM2 requiere un enfoque integral e interdisciplinario, que incluya:

Control metabólico mediante modificación del estilo de vida, dieta y ejercicio físico (45).

Uso de fármacos hipoglucemiantes (como metformina, sulfonilureas, inhibidores de DPP-4 o SGLT2, o insulina en fases avanzadas) (45).

Monitorización de glucosa en sangre y parámetros como la hemoglobina glicosilada (HbA1c) (45).

Prevención y tratamiento oportuno de complicaciones sistémicas y orales (45).

Relevancia de la salud bucal

El paciente diabético tipo II tiene una mayor predisposición a presentar complicaciones orales, como:

Enfermedad periodontal (más severa y con peor respuesta al tratamiento) (46).

Xerostomía y hiposalivación (46).

Candidiasis oral (46).

Mayor riesgo de caries (46).

Retardo en la cicatrización tras procedimientos quirúrgicos (46).

Síndrome de boca ardiente y alteraciones del gusto (46).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.

Ho: No existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

Existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según sexo.

Existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según edad.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Hipotético-deductivo requiere que el investigador combine el pensamiento lógico y la formulación de hipótesis con la observación y comprobación en el mundo real o empírico.

(47).

3.2. Enfoque de la investigación

Será de tipo cuantitativa, enfocándose en la recopilación y análisis de cifras numéricas.

(47).

3.3. Tipo de investigación

Tipo aplicada: buscará solucionar un problema (47).

3.4 Diseño de la investigación

El diseño del estudio será no experimental porque el investigador no intervendrá ni modificará las variables, sino que se limitará a observar y evaluar los efectos que estas producen de forma espontánea (47).

3.4.1 Corte

El corte de la investigación será transversal porque se recolectó los datos una sola vez

(47).

3.4.2 Nivel o alcance

El nivel de la investigación será correlacional, porque se observó la relacional entre dos o más variables (47).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población será 1000 pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

Muestra

La muestra será 278 pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

Tipo de muestreo: probabilístico.

Fórmula muestral:

Muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = Tamaño muestral

N = Universo =1000

Z = Confianza 95% -> Z=1,96

e = Error (5%)

p = Éxito (0.5)

Q = Fracaso (0.5)

$$n = \frac{1000 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2(1000 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 278$$

La muestra estará englobada por 278 pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

3.5.2 Criterios de inclusión:

Pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

Pacientes diabéticos tipo I.

Pacientes diabéticos tipo II.

Pacientes que se encuentren en condiciones clínicas estables, sin hospitalización o descompensación aguda en las últimas 4 semanas.

Pacientes diabéticos que firmarán el consentimiento informado.

Pacientes diabéticos mayores de 40 años.

Pacientes diabéticos con facultad para dialogar verbalmente o por escrito, y contestar cuestionarios autoaplicados o con asistencia del evaluador.

3.5.3 Criterios de exclusión:

Pacientes con otro tipo de diabetes (gestacional, secundaria a enfermedades endocrinas o inducida por medicamentos).

Pacientes con diagnóstico médico de enfermedades autoinmunes que afectarán la producción salival, como el síndrome de Sjögren.

Pacientes con consumo crónico de medicamentos con alto potencial xerogénico, como anticolinérgicos, antipsicóticos o quimioterápicos, no relacionados con el tratamiento de la diabetes.

Pacientes que presenten infecciones orales activas graves (abscesos, celulitis facial, osteomielitis), que interfieran con la percepción de síntomas.

Pacientes con trastornos neurológicos o psiquiátricos severos que dificultarán la comprensión o cooperación para llenar el instrumento.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escalas Valorativas
Xerostomía	La xerostomía, o sensación de boca seca, es una condición clínica caracterizada por la percepción subjetiva de sequedad bucal, la cual puede presentarse con o sin una disminución objetiva del flujo salival, conocida como hiposalivación.	Determinación de la frecuencia mediante el cuestionario de Xerostomia inventory (XI).	Frecuencia	Xerostomia inventory (XI)	Cualitativa Ordinal	Xerostomía leve Xerostomía moderada Xerostomía marcada
Calidad de vida relacionado con la salud bucal	Es un concepto que refleja cómo una persona percibe su satisfacción vital, influyendo en su bienestar, alimentación y relaciones sociales.	Determinación mediante el cuestionario OHIP -14.	Limitación funcional Dolor físico Malestar psicológico Incapacidad física Incapacidad psicológica Incapacidad social Minusvalía	Cuestionario OHIP-14	Cualitativa Ordinal	Excelente calidad = 0 a 4 puntos Regular calidad de vida = 5 a 9 puntos Mala calidad de vida = 10 a 14 puntos

3.6.1 Definición operacional

Xerostomía: Determinación de la frecuencia por el cuestionario de Xerostomia inventory (XI).

Calidad de vida relacionado con la salud bucal: representó una percepción personal sobre el nivel de satisfacción con la vida, afectando aspectos como el desarrollo, el disfrute, la alimentación, la interacción social y el bienestar general, medido a través del instrumento OHIP-14.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se solicitó una documentación al Director del Programa Académico Profesional de Odontología de la UNW para ejecutar la investigación. Se pidió la autorización del director del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

3.7.1. Técnica

La técnica a aplicar para recopilar data fue la encuesta, donde la tesista procedió a la estimación de variables en funcionabilidad a la información directa de los participantes respecto a la presencia de xerostomía y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud bucal, se utilizó instrumentos validados internacionalmente, los cuales demostraron confiabilidad y pertinencia en estudios similares.

Procedimiento

1. Autorización institucional

Se solicitó la autorización formal de la dirección del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, así como de la unidad correspondiente de consulta externa y del área de endocrinología y/o medicina interna, para el acceso a la población diabética bajo control ambulatorio.

2. Aplicación de instrumentos

A los participantes que cumplieron los criterios se les aplicaron dos instrumentos de recolección de datos:

El Inventario de Xerostomía (XI), que evaluó la presencia y severidad de la sensación de boca seca mediante 11 ítems con escala tipo Likert.

El Perfil de Impacto de Salud Oral OHIP-14, presentó siete dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y desventaja social.

Ambos cuestionarios fueron autoadministrados o asistidos por la investigadora en caso de dificultad de lectura o comprensión. El tiempo estimado por participante fue de 10 a 15 minutos. La aplicación se realizó en ambientes adecuados del hospital, garantizando privacidad, confidencialidad y comodidad.

3. Codificación y análisis de datos

Los datos recogidos fue sistematizados en una data en Microsoft Excel y posterior examinar con el software estadístico SPSS versión 25.

3.7.2. Descripción de instrumentos

El instrumento fue una ficha para recopilar datos para obtener los valores correspondientes.

Evaluación de la xerostomía

El Inventario de Xerostomía (XI) fue una escala de calificación sumativa de 11 ítems que combinó las respuestas a 11 ítems individuales en una sola puntuación de escala continua que representó la gravedad de la xerostomía crónica; las puntuaciones más altas representó síntomas más graves. Se les pidió a los encuestados que marquen una de cinco respuestas ("Nunca", puntuación 1; "Casi nunca", 2; "Ocasionalmente", 3; "A veces", 4; y "Muy frecuentemente", 5). Las respuestas de cada individuo se puntuaron y se sumaron para dar una única puntuación XI. La clasificación fue de 11 a 22 puntos fue baja (sin xerostomía significativa), 23 a 33 puntos fue regular (xerostomía moderada), 34 a 55 puntos fue alta (xerostomía severa).

Evaluación de la calidad de vida relacionado con la salud bucal

El OHIP-14 se estructuró en siete dimensiones, y cada una incluyó dos ítems.

La puntuación total se calculó sumando los valores asignados a cada una de las respuestas, permitiendo un rango que va de 0 a 56 puntos por persona. Para ello, se utilizó una escala tipo Likert con apreciaciones del 0 al 4, donde: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = frecuentemente y 4 = muy frecuentemente. De esta manera, los puntajes mínimos reflejó una buena percepción de la calidad de vida bucal, mientras que los puntajes más altos indicaron una percepción regular o deficiente.

3.7.3. Validación

El inventario de xerostomía (XI) fue validado en Serrano en Chile donde llevaron a cabo una adaptación transcultural y validación del XI-Sp con 41 pacientes con xerostomía.

El OHIP-14 ha sido validado en diversos países. En 2012, en México, Castrejón-Pérez validó la versión en español OHIP-EE-14 específicamente en adultos mayores. Posteriormente,

Espinoza, López y Balam utilizaron la versión OHIP-14sp en castellano en un estudio con 9,133 participantes, demostrando su validez y consistencia. En Perú, durante el año 2017, Espinoza evaluando la confiabilidad interna del OHIP-14 a través de un estudio piloto con 184 adultos mayores, con una edad promedio de 74 años, lo que dio lugar al OHIP-14sp Lima.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad del inventario de xerostomía (XI) en el estudio de Serrano Informaron una buena consistencia interna (Cronbach's $\alpha = 0.89$ y 0.87 en dos aplicaciones) y una fiabilidad test-retest con coeficientes ICC de 0.59 y 0.91 , respaldando su utilidad clínica y epidemiológica en hablantes de español (19).

Diversos estudios han demostrado la confiabilidad del cuestionario OHIP-14, el cual ha sido ampliamente empleado en los últimos años en investigaciones enfocadas en personas con diabetes mellitus, ya que esta condición repercute en la salud bucal y la calidad de vida. Entre las investigaciones destacadas fueron las realizadas por Nikbin et al. (2014), Kakoei D. (2017), Mohsin SF (2017), Shrivastava (2018) y Pinho (2019), entre otros (17).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Lo evidenciado de las fichas recolectadas se tabularon en excel del cual sirvió para transferirlos al paquete estadístico IBM SPSS Statistic 25, del cual sirvió para efectuar las tablas descriptivas en calculos porcentuales, inferenciales y se utilizó pruebas no paramétricas para comprobar la hipótesis del estudio como Chi Cuadrado de Pearson.

3.9. Aspectos éticos

Se cumplieron y aceptaron todas las pautas éticas establecidas y validadas por el Comité de Ética de UNW, asegurando que la investigación se realizó conforme a los estándares internacionales de bioética y las normativas institucionales vigentes. La ejecución del estudio se garantizó en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes, respetando su dignidad, autonomía y bienestar, así como los principios de equidad, justicia, no maleficencia y beneficencia.

Asimismo, se aseguró el respeto por los derechos de autor y la propiedad intelectual, cumpliendo con los lineamientos académicos establecidos. Para ello, se utilizó la herramienta antiplagio Turnitin, a fin de verificar la originalidad del contenido y evitar cualquier forma de plagio, promoviendo una investigación transparente, ética y con integridad científica.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

Objetivo específico 1

Tabla 1. Frecuencia de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP

Luis N. Saenz – 2025

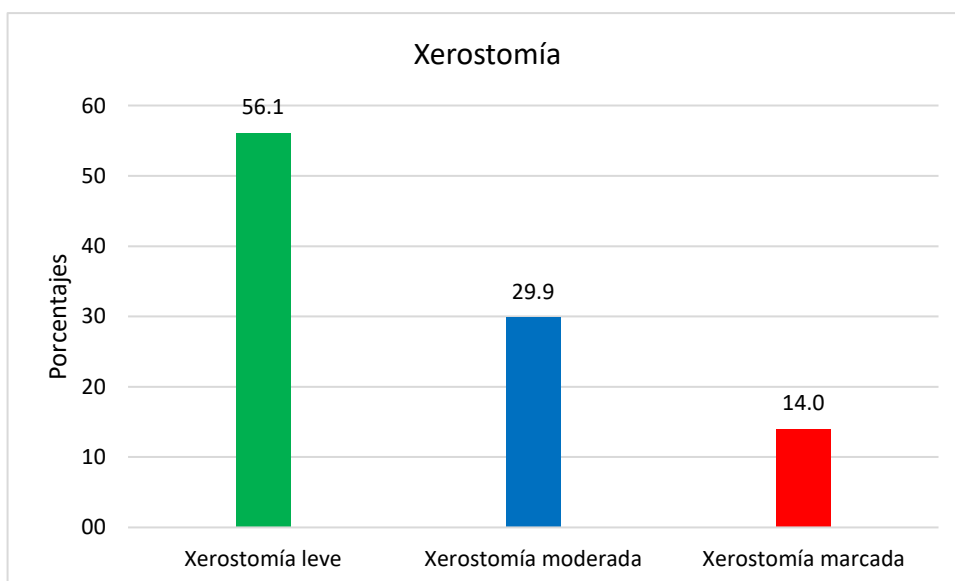
Xerostomía		
	Fi	%
Xerostomía leve	156	56,1
Xerostomía moderada	83	29,9
Xerostomía marcada	39	14,0
Total	278	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: En los 278 pacientes diabéticos incluidos en el estudio, se evidenció la presencia de xerostomía en distintos grados de severidad. El predominio correspondió a la forma leve, que representó el 56,1% de los casos, seguida por la moderada con 29,9%, en tanto que la forma marcada se presentó con menor frecuencia, alcanzando el 14,0%.

Gráfico 1. Frecuencia de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz

– 2025



Objetivo específico 2

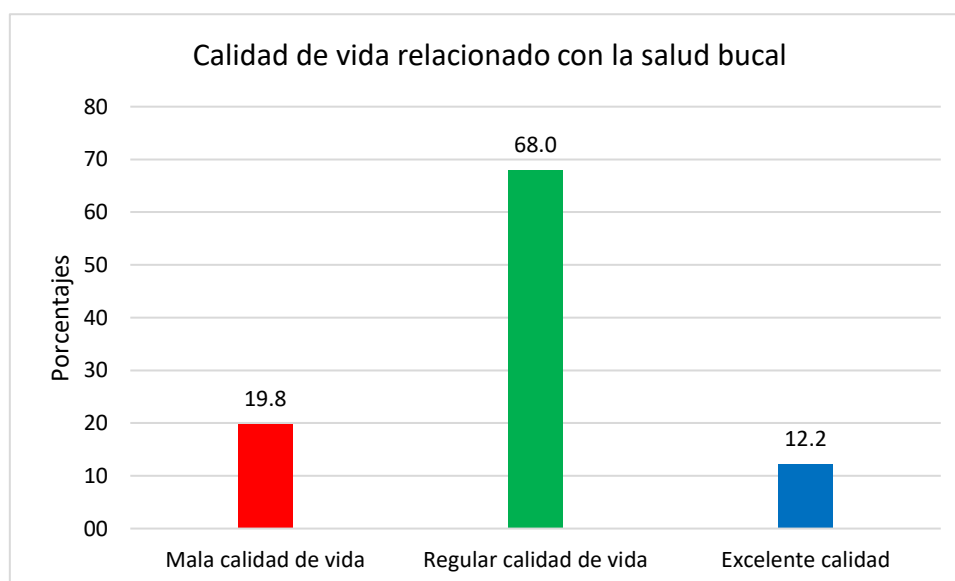
Tabla 2. Calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025

Calidad de vida relacionado con la salud bucal		
	Fi	%
Mala calidad de vida	55	19,8
Regular calidad de vida	189	68,0
Excelente calidad	34	12,2
Total	278	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: En la tabla se aprecia que, de los 278 pacientes diabéticos analizados, la mayoría refirió una calidad de vida relacionada con la salud bucal regular, correspondiente con el 68,0%. Un menor grupo manifestó una mala calidad de vida, representado por el 19,8%, mientras que solo el 12,2% reportaron una excelente calidad de vida.

Gráfico 2. Calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025



Objetivo específico 3

Tabla 3. Asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según sexo

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		Fi	%	Fi	%	Fi	%
Xerostomía	Xerostomía leve	64	23,0	92	33,1	156	56,1
	Xerostomía moderada	46	16,5	37	13,3	83	29,9
	Xerostomía marcada	13	4,7	26	9,4	39	14,0
Calidad de vida relacionado con la salud bucal	Mala calidad de vida	25	9,0	30	10,8	55	19,8
	Regular calidad de vida	76	27,3	113	40,6	189	68,0
	Excelente calidad	22	7,9	12	4,3	34	12,2
	Total	123	44,2	155	55,8	278	100,0

Prueba estadística: Chi Cuadrado
(P=0,034;P=0,029)

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: En la tabla se observó que el 33,1% de los pacientes diabéticos de sexo masculino presentó xerostomía en grado leve. El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado arrojó un valor de $p < 0,05$, evidenciando una asociación estadísticamente significativa entre la xerostomía y el sexo. De igual modo, se encontró que el 40,6% del sexo masculino reportó una calidad de vida relacionada con la salud bucal regular. Este hallazgo, confirmado por la prueba de Chi-cuadrado con un valor de $p < 0,05$, demuestra la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el sexo.

Objetivo específico 4

Tabla 4. Asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según edad

		Edad agrupada									
		40 – 45 años		46 – 51 años		52 – 57 años		58 – 63 años		Total	
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Xerostomía	Xerostomía leve	20	7,2	25	9,0	75	27,0	36	12,9	156	56,1
	Xerostomía moderada	7	2,5	10	3,6	39	14,0	27	9,7	83	29,9
	Xerostomía marcada	0	0,0	4	1,4	28	10,1	7	2,5	39	14,0
Calidad de vida relacionado con la salud bucal	Mala calidad de vida	7	2,5	13	4,7	18	6,5	17	6,1	55	19,8
	Regular calidad de vida	17	6,1	25	9,0	101	36,3	46	16,5	189	68,0
	Excelente calidad	3	1,1	1	0,4	23	8,3	7	2,5	34	12,2
Total		27	9,7	39	14,0	142	51,1	70	25,2	278	100,0

Prueba estadística: Chi Cuadrado (P=0,039;P=0,029)

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Se identificó que el 27,0% de los pacientes diabéticos con edades comprendidas entre 52 y 57 años presentó xerostomía leve. El análisis realizado con la prueba de Chi-cuadrado mostró un valor de $p < 0,05$, lo que confirma una asociación significativa entre la xerostomía y la edad. Asimismo, en este mismo grupo etario, el 36,3% refirió una calidad de vida bucal regular. Este resultado, respaldado por un valor de $p < 0,05$ en la prueba de Chi-cuadrado, evidencia la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la edad.

Objetivo general

Tabla 5. Asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025

H₀: No existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

H₁: Existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

Criterio de decisión

Si $p < 0,05$ rechazamos la **H₀** y aceptamos **H₁**

Si $p > 0,05$ rechazamos la **H₁** y aceptamos **H₀**

	Pruebas de	
	chi- cuadrado	valor p
Xerostomía - Calidad de vida relacionado con la salud bucal	53,7581 ^a	0,000
Prueba estadística: Chi Cuadrado		

Interpretación: La prueba de Chi-cuadrado indicó la existencia de una asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz – 2025. Este resultado, con un valor p menor a 0,05, respalda la aceptación de la hipótesis alternativa **H₁**.

4.2. Discusión de los resultados

En referencia a la xerostomía, se encontró que la forma leve de xerostomía fue la más prevalente entre los pacientes diabéticos, representando el 56,1% de los casos, seguida por la forma moderada (29,9%) y la forma marcada (14,0%). Estos resultados discrepan con lo reportado por Kumar et al. (13), quienes evidenciaron una mayor prevalencia de xerostomía, hiposalivación y periodontitis en personas con control glucémico deficiente, alcanzando porcentajes significativamente más altos en comparación con aquellos con un adecuado control metabólico. La discrepancia entre los resultados puede explicarse principalmente por las diferencias en el control metabólico de los pacientes y en los métodos de evaluación utilizados. La severidad de la xerostomía se relaciona con el control glucémico y el estado clínico de los pacientes. En esta población, un mejor control de la diabetes y estadios menos avanzados podrían explicar el predominio de xerostomía leve. Además, las diferencias metodológicas, al basarse principalmente en percepciones clínicas y autoinforme en lugar de mediciones objetivas, podrían haber limitado la detección de casos moderados y severos. En conjunto, estas diferencias metodológicas y en el estado de salud de los pacientes justifican la menor frecuencia de xerostomía moderada y marcada observada en esta investigación.

A su vez, estos resultados contrastan con los hallazgos reportados por Srikong (14) donde incorporó un modelo biopsicosocial más amplio basado en el marco teórico de Wilson y Cleary que integró factores psicológicos, como la autoestima y el sentido de coherencia, además de variables clínicas como la polifarmacia y la multimorbilidad, lo que permitió evidenciar un impacto más profundo de la xerostomía sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL). (14) Las diferencias pueden explicarse principalmente por la naturaleza de las variables consideradas y el enfoque de análisis utilizado. Las

diferencias en los resultados pueden explicarse principalmente por las características clínicas y psicológicas de los pacientes, así como por el enfoque metodológico empleado. Es posible que la población analizada presentara un mejor control metabólico de la diabetes y un menor grado de comorbilidades, lo que explicaría la predominancia de casos leves de xerostomía. Además, factores como la edad, el tratamiento médico recibido y el tiempo de diagnóstico pueden influir en la severidad de los síntomas. También, el tipo de evaluación aplicada puede haber incidido en la diferencia observada, ya que los métodos basados en la percepción subjetiva tienden a reflejar un impacto mayor en la calidad de vida, mientras que las evaluaciones clínicas objetivas, como en este caso, suelen identificar grados más leves de afectación. En conjunto, estas variaciones en el estado de salud, el contexto emocional y el enfoque de medición justifican las discrepancias encontradas.

También contrasta los resultados con los autores Tabesh A, Mahboobeh M, Samin S. (15), donde los pacientes con mayores niveles de glucosa en sangre, HbA1c más elevada, mayor duración de la enfermedad presentaron xerostomía más severa y peor calidad de vida bucal. Asimismo, factores como la edad y el tratamiento médico de la diabetes también influyeron significativamente en estas variables (15). Estas diferencias observadas pueden atribuirse a factores clínicos y metodológicos relacionados con las características de la población y las condiciones sistémicas de los participantes. Es posible que los pacientes evaluados presentaran un mejor control metabólico de la diabetes, menor tiempo de diagnóstico y menos complicaciones sistémicas, lo que explicaría la mayor frecuencia de xerostomía leve y una calidad de vida bucal predominantemente regular. Asimismo, las variaciones en el tratamiento médico y en el uso de prótesis dentales podrían haber influido en la percepción del bienestar bucal. Otro aspecto

relevante es el enfoque de evaluación empleado, ya que los estudios que incorporan escalas más sensibles o detalladas tienden a reflejar una mayor afectación de la calidad de vida, mientras que aquellos basados en cuestionarios más generales pueden subestimar el impacto real. En conjunto, estas diferencias en el estado clínico, los factores asociados a la enfermedad y los métodos de medición justifican la discrepancia entre los resultados.

Estos resultados difieren de los hallazgos reportados por Aprista et al. (16), quienes observaron que la calidad de vida en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), tanto controlada como no controlada, fue igualmente baja, con un 50% y 64,9% respectivamente, y sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,193$). Esta discrepancia puede explicarse por varios factores. En primer lugar, es importante considerar las diferencias en los criterios y métodos utilizados para evaluar tanto la xerostomía como la calidad de vida bucal. Nuestro estudio pudo haber aplicado instrumentos de medición más sensibles o específicos para captar variaciones en la severidad de la xerostomía, mientras que Aprista et al. podrían haber utilizado escalas generales de calidad de vida que no reflejan adecuadamente el impacto de la xerostomía en particular. Además, las características de la población estudiada pueden ser distintas. La severidad del control glucémico, la duración de la diabetes, y la presencia de comorbilidades pueden variar significativamente entre los grupos, influyendo en la percepción de la calidad de vida.

Estos hallazgos difieren de los reportados por Giraldo C. (18), quien encontró que la totalidad de sujetos diabéticos presentaba una calidad de vida oral moderada, asociada principalmente con una higiene bucal deficiente o regular, mientras que los sujetos no diabéticos reportaron mejor calidad de vida y una higiene bucal óptima (17). Las diferencias entre ambos estudios pueden atribuirse a varios factores. Primero, la

población estudiada podría tener características sociodemográficas y clínicas distintas, como diferencias en la edad, tiempo de evolución de la diabetes, hábitos de higiene oral y acceso a servicios odontológicos, que influyen directamente en la percepción y evaluación de la calidad de vida bucal. Además, el método de evaluación utilizado para medir la calidad de vida bucal y la severidad de la xerostomía puede variar entre ambos estudios. En nuestro caso, la calidad de vida fue mayoritariamente reportada como regular, lo cual puede reflejar una percepción más positiva o un menor impacto subjetivo de la xerostomía leve predominante en la muestra, mientras que Giraldo C. identificó una calidad de vida moderada relacionada con una higiene oral deficiente, lo que puede reflejar un enfoque más centrado en factores objetivos de higiene y no exclusivamente en la xerostomía.

Estos resultados difieren parcialmente de los hallazgos reportados por Al-Maweri et al. (17), quienes identificaron un flujo salival significativamente menor y un pH salival más bajo en el grupo de control, además de una mayor proporción de sujetos diabéticos (60%) que reportaron xerostomía en comparación con el grupo control (52%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (18). Las diferencias observadas entre ambos estudios pueden explicarse por varios aspectos. En primer lugar, la evaluación objetiva del flujo salival y el pH salival realizada por Al-Maweri et al. proporciona una medición biológica directa que puede diferir de la percepción subjetiva de xerostomía y calidad de vida reportada en nuestro estudio. Es posible que en nuestra muestra, la mayoría de los pacientes experimentara formas leves de xerostomía que no impactaron de manera significativa en la calidad de vida, mientras que en el estudio comparado, las mediciones fisiológicas evidenciaron alteraciones más claras aunque no siempre acompañadas de percepción subjetiva significativa. Esto puede indicar que aunque la

diabetes afecta ciertos parámetros fisiológicos y clínicos, el impacto en la calidad de vida bucal percibida puede no ser tan pronunciado o puede variar dependiendo de factores individuales, como hábitos de higiene, acceso a servicios odontológicos, y adaptación al síntoma de xerostomía.

Estos hallazgos discrepan con los resultados de Layza C. (19) en Áncash, donde se reportó una prevalencia de xerostomía del 54.6%, mayormente en grado moderado (71%), afectando a un 70% de mujeres y 72% de hombres, con mayor prevalencia en personas entre 70 y 80 años. En ese estudio, la xerostomía moderada fue especialmente frecuente en hombres y en el grupo etario más avanzado (70-80 años) (19). Las diferencias entre ambos estudios pueden explicarse por varios factores. Primero, la distribución etaria de las muestras es notablemente distinta; mientras en nuestro estudio la prevalencia más alta se observa en un grupo de edad más joven (52-57 años), Layza C. reporta mayor prevalencia en adultos mayores (70-80 años). Esta diferencia podría deberse a variaciones en la selección de participantes o en la demografía regional, ya que la xerostomía y sus efectos tienden a incrementarse con la edad debido a factores fisiológicos naturales, comorbilidades asociadas y uso de múltiples medicamentos. Además, la severidad predominante de la xerostomía varía entre estudios, siendo leve en nuestro caso y moderada en el estudio de Layza C. Esta discrepancia puede relacionarse con diferencias en la duración y control de la diabetes, el acceso a tratamiento y cuidados bucales, así como en los instrumentos y criterios utilizados para evaluar la xerostomía. En cuanto a la asociación por sexo, mientras ambos estudios coinciden en que la xerostomía afecta tanto a hombres como a mujeres, Layza C. reporta una prevalencia ligeramente más equilibrada entre géneros, mientras que en nuestro estudio predomina en varones. Esto podría estar

influenciado por factores socioculturales, hábitos de higiene bucal, consumo de tabaco o alcohol, y diferencias hormonales que afectan la producción de saliva.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Existe asociación estadísticamente significativa entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

La frecuencia de xerostomía es leve en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

La calidad de vida relacionado con la salud bucal es regular en pacientes diabéticos del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

Existe asociación estadísticamente significativa entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del sexo masculino del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025.

Existe asociación estadísticamente significativa entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos de 52 y 57 años del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz – 2025, según edad.

5.2 Recomendaciones

Se sugiere fomentar la integración interdisciplinaria entre odontólogos, endocrinólogos y personal de enfermería para ofrecer un abordaje integral que contemple tanto el control metabólico como la salud bucal.

Es fundamental promover la educación del paciente diabético respecto a la importancia de una adecuada hidratación, el mantenimiento de una buena higiene oral y la asistencia regular al odontólogo, a fin de prevenir el deterioro de su calidad de vida bucal.

Se recomienda incorporar programas de promoción de salud bucal dirigidos a pacientes diabéticos, priorizando la prevención y tratamiento de la xerostomía, así como capacitar al personal de salud en la detección de signos y síntomas de sequedad bucal y su impacto en la calidad de vida en los hospitales públicos.

Se sugiere ampliar la muestra a diferentes grupos etarios y contextos clínicos para comparar resultados, e incluir variables complementarias como tipo de tratamiento antidiabético, tiempo de diagnóstico y nivel de control glucémico.

Finalmente, sería conveniente desarrollar investigaciones con metodologías mixtas que exploren la percepción subjetiva de los pacientes sobre cómo la xerostomía afecta su bienestar diario y social. Estas acciones permitirán fortalecer la atención odontológica de los pacientes diabéticos desde una perspectiva preventiva, interdisciplinaria y basada en la evidencia científica.

REFERENCIAS

1. Nazir A. et al. The burden of diabetes, its oral complications and their prevention and management. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2018; 6(8): 1545.
2. Villa A, Christopher L, Silvio A. Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. *Therapeutics and clinical risk management*. 2014; 1(1): 45-51.
3. Jeamanukulkit S, Vichayanrat T, Samnieng P. Effects of the salivary gland massage program in older type 2 diabetes patients on the salivary flow rate, Xerostomia, swallowing and oral hygiene: A randomized controlled trial. *Geriatr Gerontol Int*. 2023;23(7):549–57.
4. Carramolino-Cuéllar E. et al. Salivary flow and xerostomia in patients with type 2 diabetes. *Journal of oral pathology & medicine*. 2018; 47(5): 526-530.
5. Aguilera C. et al. The relationship between xerostomia and diabetes mellitus: a little-known complication. *Endocrinología y nutrición: organo de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición*. 2015; 62(1): 45-46.
6. Carrillo-Larco R, Bernabé-Ortiz A. Type 2 diabetes mellitus in Peru: a systematic review of prevalence and incidence in the general population. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2019; 36(1): 26-36.
7. Sáenz G, Clauss S. Xerostomía en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital Regional de Loreto, julio–agosto de 2016. [Tesis]. Loreto: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016.
8. Huang S. et al. Prevalence of xerostomia in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2025; 25(1): 662.
9. Sonpanao P. et al. The prevalence of xerostomia in older thai Individuals with type II Diabetes Mellitus and Its association with Type of Toothpaste and Oral Functions: A Cross-Sectional Study Using Questionnaires. *Geriatrics*. 2023; 8(4): 76.

10. Poudel P et al. Oral Health Knowledge, Attitudes and Practices of People Living with Diabetes in South Asia: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*,. 2022;19(21), 13851.
11. Petropoulou P. et al. Oral health education in patients with diabetes: a systematic review. *Healthcare*. 2024; 12(9): 1-10.
12. Dumitrescu R. et al. Oral Health and Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients: Key Findings from a Romanian Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2025; 14(2): 400.
13. Kumar A. et al. Relationship between glycemic control and oral health status in patients with type 2 diabetes mellitus. 2024; 1(1): 1-15.
14. Srikong A. The associations between dry mouth and oral health-related quality of life in diabetic patients in Songkhla, Thailand. Diss. University of Sheffield, 2023.
15. Tabesh A, Mahboobeh M, Samin S. Oral health-related quality of life and xerostomia in type 2 diabetic patients. *Dental and Medical Problems*. 2023;60(2): 227-231.
16. Aprista S. et al. The effect of xerostomia on the quality of life of controlled and uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients. *Padjadjaran Journal of Dentistry*. 2023; 35(1): 5-9.
17. Al-Maweri A. et al. Xerostomia, salivary flow, and Oral health status among Saudi diabetic patients: a comparative cross-sectional study. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. 2021; 1(1): 451-458.
18. Giraldo C. Relación entre calidad de vida en salud oral y diabetes mellitus tipo II en pacientes que acuden al Policlínico Lifes Good, distrito de San Juan de Miraflores [Tesis]. Lima: [Universidad Norbert Wiener]; 2022
19. Layza C. Prevalencia y valoración de la severidad de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital III Essalud, distrito de Chimbote, provincia del Santa,

- departamento de Áncash, 2018 [Tesis]. Chimbote: Universidad de Los Andes de Chimbote (Uladech); 2021.
20. López-Pintor R. et al. Xerostomia, hyposalivation, and salivary flow in diabetes patients. *Journal of diabetes research*. 2016.1(1): 4372852.
 21. Malicka B, Kaczmarek U, Skośkiewicz-Malinowska K. Prevalence of xerostomia and the salivary flow rate in diabetic patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. 2014; 23(2): 225-233.
 22. Carramolino-Cuéllar E. et al. Salivary flow and xerostomia in patients with type 2 diabetes. *Journal of oral pathology & medicine*. 2018; 47(5): 526-530.
 23. Ivanovski K. et al. Xerostomia and salivary levels of glucose and urea in patients with diabetes. *Contributions of Macedonian Academy of Sciences & Arts*. 2012; 33(2):1-10.
 24. Diep M. et al. Xerostomia and hyposalivation among a 65-yr-old population living in Oslo, Norway. *European Journal of Oral Sciences*. 2021; 129(1): e12757.
 25. Lima L. et al. Salivary flow and xerostomia in older patients with type 2 diabetes mellitus. *PloS one*. 2017; 12(8): e0180891.
 26. Vasconcelos A. et al. Comparative study of the concentration of salivary and blood glucose in type 2 diabetic patients. *Journal of oral science*. 2010; 52(2): 293-298.
 27. López-Pintor R. et al. Xerostomia, hyposalivation, and salivary flow in diabetes patients. *Journal of diabetes research*. 2016; 1(1): 4372852.
 28. Aroonrangsee T, Chairatnathrongporn R, Surarit R, Tansriratanawong K, Santiprabhob J, Boriboonhirunsarn C, Promsudthi A. Salivary Oxidative Stress Biomarkers in Thai Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2023;30;13(4):333-341.

29. Busato I, Saes M. et al. Impact of xerostomia on the quality of life of adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2009; 108(3): 376-382.
30. Slowik, Joanna, et al. Oral health-related quality of life in patients with type II diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health* 25.1 (2025): 485.
31. Pantanetti P, Cangelosi G, Alberti S, Di Marco S, Michetti G, Cerasoli G, Di Giacinti M, Coacci S, Francucci N, Petrelli F, Ambrosio G, Grinta R. Changes in body weight and composition, metabolic parameters, and quality of life in patients with type 2 diabetes treated with subcutaneous semaglutide in real-world clinical practice. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024; 2;15:1394506.
32. Gomes M, Teixeira M, Pimenta P. Clinical predictors of oral health-related quality of life in older adults with diabetes. *Journal of Nursing Referencia*. 2015; 4(7): 81-89.
33. Sadeghi, Rokhsareh, Ferial Taleghani, and Sareh Farhadi. "Oral health related quality of life in diabetic patients." *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects* 8.4 (2014): 230.
34. Baiju R. et al. Oral health and quality of life: current concepts. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2017; 11(6): 21.
35. Bennadi D, Reddy C. Oral health related quality of life. *Journal of international society of preventive and community dentistry*. 2013; 3(1): 1-6.
36. Spanemberg J. et al. Quality of life related to oral health and its impact in adults. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery*. 2019; 120(3): 234-239.
37. Slowik J. et al. Oral health-related quality of life in patients with type II diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2025; 25(1): 485.

38. Mohseni Y. et al. The effect of diabetes mellitus on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis study. *Frontiers in Public Health*. 2023; 11 (1): 1112008.
39. Holt RIG, DeVries JH, Hess-Fischl A, Hirsch IB, Kirkman MS, Klupa T, et al. The management of type 1 diabetes in adults: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2021;44(11):2589-2625.
40. Lucier J, Mathias PM. Type 1 diabetes. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [updated 2024 Oct 5; cited 2025 Jul 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507713/>
41. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;1(46):19–40.
42. Hirsch IB, Juneja R, Beals JM, Antalis CJ, Wright EE. The evolution of insulin and how it informs therapy and treatment choices. *Endocr Rev*. 2020;41(5):733–55.
43. Ruiz PLD, Chen L, Morton JI, Salim A, Carstensen B, Gregg EW, et al. Mortality trends in type 1 diabetes: a multicountry analysis of six population-based cohorts. *Diabetologia*. 2022;65(6):964–72.
44. Ahmad E. et al. Type 2 diabetes. *The Lancet*. 2022; 1(1): 1803-1820.
45. Iafusco D. et al. From metabolic syndrome to type 2 diabetes in youth. *Children*. 2023; 10(3): 516.
46. Pappachan J, Fernandez C, Ambika P. Rising tide: the global surge of type 2 diabetes in children and adolescents demands action now. *World Journal of Diabetes*. 2024; 15.5 (5): 797.

47. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5th ed. Colombia: McGraw Hill Interamericana; [Internet] 2010. Disponible en: https://www.academia.edu/20792455/Metodología_de_la_Investigación_5ta_edición_Roberto_Hernández_Sampieri

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz - 2025?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz - 2025?</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz - 2025?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según sexo?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según edad?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar la frecuencia de xerostomía en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.</p> <p>Determinar la calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.</p> <p>Determinar la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según sexo.</p> <p>Determinar la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según edad.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Hi: Existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.</p> <p>Ho: No existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Hi: Existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según sexo.</p> <p>Ho: No existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según sexo.</p> <p>Hi: Existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según edad.</p> <p>Ho: No existe asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025, según edad.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Xerostomía.</p> <p>Variable 2</p> <p>Calidad de vida relacionado con la salud bucal.</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Tipo básica: porque resolverá problemáticas.</p> <p>Método de la investigación: es Hipotético deductivo. Enfoque de la investigación: es cuantitativo.</p> <p>Tipo de investigación: es de nivel aplicada.</p> <p>Diseño de la investigación: es observacional y analítico de corte transversal.</p> <p>Población y muestra</p> <p>La población será 1000 y la muestra será 278 pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.</p>

Anexo 2: Instrumentos



“FICHA DE RECOLECCION DE DATOS”

EVALUACIÓN DE XEROSTOMÍA

FECHA: / /

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Características sociodemográficas:

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Historia clínica: N° _____

Diabetes: Si ___ No ___ Tipo de diabetes: _____

Tiempo de enfermedad: _____

INSTRUMENTO Inventario de Xerostomía (XI)

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

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO EN SALUD BUCAL

II. INDICADOR OHIP-14SP.

Limitación funcional

1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

2. ¿El sabor de sus alimentos ha empeorado?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

Dolor físico

3. ¿Ha sentido dolor en su boca?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

4. ¿Ha presentado molestia al comer?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

Malestar psicológico

5. ¿Le preocupan los problemas con su boca?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente

e) Siempre
6. ¿Se ha sentido estresado?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

Incapacidad física

7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

Incapacidad psicológica

9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

10. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

Incapacidad social

11. ¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

12. ¿Ha tenido dificultades para realizar sus actividades diarias?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

Minusvalía

13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

Anexo 3: Aprobación del Comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 11 de agosto del 2025.

Autor Responsable:
LIZBET PAOLA ROJAS CARDENAS

Exp. N°: 1999-2025

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "XEROSTOMÍA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD BUCAL EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SAENZ - 2025" Versión Nro. 1, con fecha 08/08/2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
LIZBET PAOLA ROJAS CARDENAS

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La **vigencia** de la aprobación es **24 meses** a partir de la emisión de este documento.
- Toda **enmienda** deberá presentarse al CIEIC-UPNW; el proyecto no podrá ejecutarse sin su aprobación previa.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza la aceptación** por parte de las **instituciones** donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 4: Consentimiento informado

Título de proyecto de investigación: “Xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025”

Investigador : Lizbet Paola Rojas Cardenas

Institución(es): Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025” y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la asociación entre xerostomía y calidad de vida relacionado con la salud bucal en pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025. Su ejecución ayudará a determinar como se relaciona estas variables y como influye si el paciente tiene diabetes.

Duración del estudio (meses): 6 mes.

Nº esperado de participantes: 278 participantes.

Criterios de Inclusión y exclusión:

Pacientes diabéticos del Hospital Luis N. Saenz – 2025.

Pacientes diabéticos tipo I.

Pacientes diabéticos tipo II.

Pacientes que se encuentren en condiciones clínicas estables, sin hospitalización o descompensación aguda en las últimas 4 semanas.

Pacientes diabéticos que firmarán el consentimiento informado.

Pacientes diabéticos mayores de 40 años.

Pacientes diabéticos con capacidad para comunicarse verbalmente o por escrito, y responder cuestionarios autoaplicados o con asistencia del evaluador.

Pacientes con otro tipo de diabetes (gestacional, secundaria a enfermedades endocrinas o inducida por medicamentos).

Pacientes con diagnóstico médico de enfermedades autoinmunes que afectarán la producción salival, como el síndrome de Sjögren.

Pacientes con consumo crónico de medicamentos con alto potencial xerogénico, como anticolinérgicos, antipsicóticos o quimioterápicos, no relacionados con el tratamiento de la diabetes.

Pacientes que presenten infecciones orales activas graves (abscesos, celulitis facial, osteomielitis), que interfieran con la percepción de síntomas.

Pacientes con trastornos neurológicos o psiquiátricos severos que dificultarán la comprensión o cooperación para el llenado del instrumento.

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

- Llenado del consentimiento informado.
- Llenado de la encuesta.

La *encuesta* puede demorar unos 15 minutos.

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.

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto para mejorar 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 (Lizbet Paola Rojas Cardenas, 982501931).

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@uwiener.edu.pe

II. 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.

_____ (Firma)

_____ (Firma)

Nombre **participante:**

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre **investigador:**

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

_____ (Firma)

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



Lima, 14 de noviembre del 2025

Carta N°165-11-2025-EAP-ODON-UPNW

General Médico SPNP Ricardo Jesús Tinoco Tejada
Director
Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted a nombre de la Universidad Norbert Wiener, con motivo de presentar a la Bachiller **Lizbet Paola Rojas Cardenas** de la carrera de **Odontología** para que pueda realizar la recolección de datos estadísticos para su tesis titulada: **“XEROSTOMÍA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD BUCAL EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL HOSPITAL LUIS N. SAENZ – 2025”**.

Por ello, solicitamos brindar el acceso a vuestra digna Institución a la Bachiller para que ejecute las actividades relacionadas a su investigación.

Esperando contar con su apoyo a la formación profesional de nuestros estudiantes aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



 Universidad Norbert Wiener
Dra. Brenda Vergara Pinto
Directora
Programa Académico de Odontología
Universidad Norbert Wiener



Firmado digitalmente por ROJAS CHUQUIN, Jhonnathan Dario FAU 2050436077 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.11.2025 11:47:10 -05:00

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

SEÑOR : General SPNP
RICARDO JESUS TINOCO TEJADA
DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL PNP "LUIS N. SÁENZ"

ASUNTO : Remite E/A sobre solicitud de Autorización para desarrollo de Proyecto de Investigación de Tesis, por motivo que se indica.

REF. : a) PROVEIDO N°001848-2025-DIRPSP-DIRSAPOL (14NOV25)
b) Solicitud S/N de fecha 14NOV25 (EXP.:DIRSAP20250001961)

Por especial encargo del señor General SPNP Director de Sanidad Policial, tengo el honor de dirigirme a su digno Despacho, a fin de remitir el presente expediente que contiene la solicitud presentada por la Bachiller de la carrera de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener: **Lizbet Paola ROJAS CÁRDENAS**, quien solicita autorización para realizar en el Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" el proyecto de investigación de Tesis titulado "**XEROSTOMÍA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD BUCAL EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SAENZ - 2025**". Dicho estudio forma parte de los requisitos académicos establecidos por la citada universidad para la obtención del título profesional de Cirujano Dentista y será desarrollado con fines estrictamente académicos, sin generar costo alguno para el Estado.

En atención a lo expuesto, y a fin de continuar con el trámite correspondiente, es necesario contar con su pronunciamiento. Asimismo, se solicita muy respetuosamente tenga a bien disponer que el Servicio involucrado, el Comité de Ética, y la Unidad de Docencia y Capacitación del nosocomio bajo su digna dirección, formulen el informe correspondiente, sustentando su opinión sobre la viabilidad del proyecto y señalando expresamente el posible beneficio institucional de su ejecución.

Hago propicia la oportunidad, para renovarles los sentimientos de mi especial consideración y deferente estima.

Dios guarde a Ud.

(JRC/rfc)



FIRMADO DIGITALMENTE

OS - 392278

Jhonnathan Dario ROJAS CHUQUIN
MAYOR S. PNP

JEFE (E) ÁREA DE GESTIÓN DE LA ESPECIALIZACIÓN DE PROFESIONALES PARA LA SALUD POLICIAL
OFAD - DIRSAPOL

Esta es una representación impresa cuya autenticidad puede ser contrastada con la representación imprimible localizada en la sede digital de la Policía Nacional del Perú. La verificación puede ser efectuada a partir del 18-11-2025. Base Legal: Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Supremo N° 029-2021-PCM y la Directiva N° 002-2021-PCM/SGTD.
URL: <https://sgd.policia.gob.pe/verifica/inicio.do>
CVD: 0000 0025 6726 0136

Anexo N° 7: Base de datos

A	B	C	D	E	F
N	Sexo	Edad agrupada	Xerostomía	Calidad de vida relacionado con la salud bucal	
1	Masculino	52-57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
2	Masculino	40-45 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad	
3	Masculino	58-63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
4	Masculino	52-57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida	
5	Femenino	52-57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida	
6	Masculino	52-57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida	
7	Femenino	52-57 años	Xerostomía leve	Excelente calidad	
8	Femenino	58-63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida	
9	Masculino	52-57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
10	Masculino	46-51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
11	Masculino	58-63 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida	
12	Masculino	40-45 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida	
13	Masculino	52-57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida	
14	Masculino	52-57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
15	Masculino	46-51 años	Xerostomía marcada	Mala calidad de vida	
16	Masculino	52-57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
17	Femenino	52-57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad	
18	Masculino	52-57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
19	Femenino	58-63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida	
20	Femenino	52-57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida	
21	Masculino	58-63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
22	Masculino	52-57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida	
23	Femenino	40-45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
24	Masculino	58-63 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida	
25	Masculino	58-63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
26	Femenino	52-57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
27	Femenino	46-51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
28	Femenino	52-57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad	
29	Masculino	58-63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
30	Masculino	52-57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida	
31	Femenino	58-63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida	
32	Femenino	52-57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida	
33	Femenino	40-45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
34	Masculino	52-57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad	
35	Masculino	52-57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
36	Masculino	46-51 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida	
37	Masculino	52-57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
38	Masculino	52-57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida	
39	Masculino	58-63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	
40	Femenino	58-63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida	
41	Masculino	52-57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida	
42	Femenino	40-45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida	

A	B	C	D	E
43	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
44	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
45	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
46	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
47	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
48	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
49	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
50	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
51	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
52	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
53	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
54	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
55	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
56	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
57	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Excelente calidad
58	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
59	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
60	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
61	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
62	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
63	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
64	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
65	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía marcada	Mala calidad de vida
66	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
67	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
68	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
69	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
70	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
71	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
72	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
73	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
74	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
75	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
76	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
77	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
78	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
79	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
80	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
81	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
82	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
83	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
84	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
85	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida

A	B	C	D	E
86	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
87	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
88	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
89	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
90	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
91	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
92	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
93	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
94	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
95	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
96	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
97	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
98	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Excelente calidad
99	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
100	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
101	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
102	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
103	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
104	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
105	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
106	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Mala calidad de vida
107	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
108	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
109	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
110	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
111	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
112	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
113	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
114	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
115	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
116	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
117	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
118	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
119	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
120	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
121	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
122	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
123	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
124	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
125	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
126	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
127	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
128	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida

A	B	C	D	E
129	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
130	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
131	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
132	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
133	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
134	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
135	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
136	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
137	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
138	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
139	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
140	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
141	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
142	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
143	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
144	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
145	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
146	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
147	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
148	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Excelente calidad
149	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
150	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
151	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
152	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
153	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
154	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
155	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
156	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Mala calidad de vida
157	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
158	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
159	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
160	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
161	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
162	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
163	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
164	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
165	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
166	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
167	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
168	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
169	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
170	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
171	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida

A	B	C	D	E
172	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
173	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
174	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
175	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
176	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
177	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
178	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
179	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
180	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
181	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
182	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
183	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
184	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Excelente calidad
185	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
186	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
187	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
188	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
189	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
190	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
191	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
192	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Mala calidad de vida
193	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
194	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
195	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
196	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
197	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
198	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
199	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
200	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
201	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
202	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
203	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
204	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
205	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
206	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
207	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
208	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
209	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
210	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
211	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
212	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
213	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
214	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida

A	B	C	D	E
215	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
216	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
217	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
218	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
219	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
220	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
221	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
222	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
223	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
224	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
225	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
226	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
227	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
228	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
229	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
230	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
231	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
232	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
233	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
234	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Excelente calidad
235	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
236	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
237	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
238	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
239	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
240	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
241	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
242	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Mala calidad de vida
243	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
244	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
245	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
246	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
247	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
248	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
249	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
250	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
251	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
252	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida

A	B	C	D	E
253	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
254	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
255	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
256	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
257	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
258	Femenino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
259	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
260	Masculino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
261	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
262	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
263	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
264	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
265	Femenino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
266	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
267	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
268	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
269	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
270	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Regular calidad de vida
271	Femenino	40 – 45 años	Xerostomía leve	Mala calidad de vida
272	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
273	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía moderada	Excelente calidad
274	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
275	Masculino	46 – 51 años	Xerostomía marcada	Regular calidad de vida
276	Femenino	52 – 57 años	Xerostomía moderada	Mala calidad de vida
277	Masculino	58 – 63 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida
278	Masculino	52 – 57 años	Xerostomía leve	Regular calidad de vida




17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 13% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Trabajos entregados	Universidad del Bosque on 2025-09-23	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-13	1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-07-04	<1%
5	Trabajos entregados	uwiener on 2023-09-12	<1%
6	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-13	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-13	<1%
9	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2024-11-21	<1%