

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Escuela de Posgrado**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**RELACIÓN ENTRE LA SALUD BUCAL Y LA CALIDAD DE  
VIDA EN PACIENTES DEL CENTRO DEL ADULTO  
MAYOR, TACNA 2024**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**FIGURELLA ALEXANDRA DEZA MIRANDA**

**Para optar el Grado Académico de:**

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGÍSTER SCIENTIAE*) CON  
MENCION EN SALUD PÚBLICA**

**TACNA – PERÚ**

**2026**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

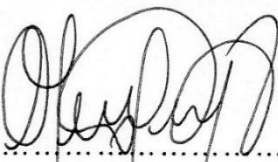
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**RELACIÓN ENTRE LA SALUD BUCAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, TACNA 2024.**

Tesis sustentada y aprobada el 14 de enero del 2026; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE

  
: .....

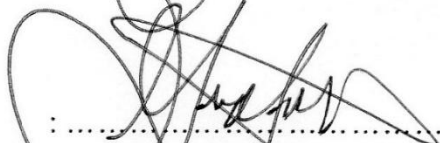
Dr. Milton Saúl Flor Rodríguez

SECRETARIO

  
: .....

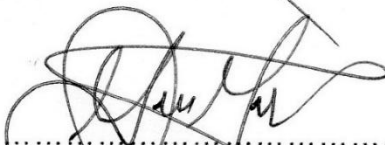
Dr. Jaime Barcena Taco

MIEMBRO

  
: .....

Dr. Alejandro Aldana Cáceres

ASESOR

  
: .....

Dr. Alejandro Aldana Cáceres

### CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dr. Alejandro Aldana Cáceres, en mi condición de asesor acreditado con resolución de Escuela de Posgrado N° 14384-2024-ESPG/UNJBG del 23 de agosto del 2024, del trabajo de tesis titulado: "RELACIÓN ENTRE LA SALUD BUCAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, TACNA 2024", presentado por la Srta. Fiorella Alexandra Deza Miranda, para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias (*Magíster Scientiae*) con mención en Salud Pública.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 6%.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado a solicitud del interesado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Grado Académico de Maestro en Ciencias (*Magíster Scientiae*) con mención en Salud Pública

Tacna, 23 diciembre 2025

FIRMA ASESOR

Nombres y apellidos

  
.....  
Dr. Alejandro Aldana Cáceres  
Dni N° 00682890



FIRMA TESISTA

Nombres y apellidos

  
.....  
Srta. Fiorella Alexandra Deza  
Miranda  
DNI N° 71903483



## **DEDICATORIA**

A mi madre, por todo su apoyo incondicional que me ofrece día a día y por encaminarme durante toda mi vida para lograr mis metas.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesor, Dr. Alejandro Aldana Cáceres por su apoyo y disponibilidad en todo el proceso de la elaboración de la presente tesis.

A la Universidad por brindarme la oportunidad de permitirme culminar la maestría.

A los pacientes del Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Tacna por colaborar para obtener los datos para la presente tesis.

## ÍNDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA</b> .....	IV
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	V
<b>RESUMEN</b> .....	X
<b>ABSTRACT</b> .....	XI
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPITULO I</b> .....	3
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	3
<b>1.1. Identificación del problema</b> .....	3
<b>1.2. Formulación del problema</b> .....	5
<b>1.3. Justificación e importancia de la investigación</b> .....	6
<b>1.4. Objetivos</b> .....	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos específicos .....	7
<b>1.5. Hipótesis</b> .....	7
1.5.1. Hipótesis alterna .....	7
1.5.2. Hipótesis nula .....	7
<b>1.6. Variables</b> .....	8
1.6.1. Identificación de las variables.....	8
1.6.2. Caracterización de las variables.....	8
<b>1.7. Definición operacional de las variables</b> .....	11
<b>1.8. Limitaciones de la investigación</b> .....	12
<b>1.9. Descripción de las características de la investigación</b> .....	13
1.9.1. Tipo de estudio.....	13
1.9.2. Nivel de investigación .....	13
<b>CAPITULO II</b> .....	14
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	14
<b>2. Antecedentes</b> .....	14

2.1	Antecedentes internacionales .....	14
2.2	Antecedentes nacionales .....	19
<b>2.3.</b>	<b>Bases teóricas.....</b>	<b>21</b>
2.3.1.	Calidad de vida .....	21
2.3.2.	Salud .....	22
2.3.3.	Calidad de vida relacionada con la salud bucal .....	23
2.3.4.	Salud bucal en adultos mayores.....	23
2.3.5.	Envejecimiento saludable .....	25
<u>2.3.6.</u>	<u>Envejecimiento fisiológico de la cavidad bucal.....</u>	<u>26</u>
2.3.7.	Enfermedades bucodentales.....	28
2.3.8.	Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal .	32
2.3.9.	Perfil de Impacto en la salud bucal (OHIP- 14).....	33
<u>2.3.10.</u>	<u>Índice de dientes cariados, perdidos y obturados.....</u>	<u>34</u>
<u>2.3.11.</u>	<u>Índice de Higiene Oral Simplificado.....</u>	<u>34</u>
<b>2.4.</b>	<b>Definición de términos.....</b>	<b>35</b>
<b>CAPITULO III.....</b>		<b>36</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>		<b>36</b>
<b>3.1.</b>	<b>Diseño de investigación.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.</b>	<b>Población y muestra de estudio .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3.</b>	<b>Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....</b>	<b>37</b>
<b>3.4</b>	<b>Análisis estadístico .....</b>	<b>39</b>
<b>CAPITULO IV .....</b>		<b>40</b>
<b>RESULTADOS .....</b>		<b>40</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>		<b>57</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>		<b>60</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>		<b>61</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>62</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>67</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Índice CPOD relacionado con el nivel de calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	40
Tabla 2. Índice de Higiene Oral Simplificado relacionado con el nivel de calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	41
Tabla 3. Pruebas de normalidad.....	43
Tabla 4. Prueba de Rho de Spearman del Índice del CPOD relacionado con la calidad de vida.....	45
Tabla 5. Prueba de Rho de Spearman del Índice de Higiene Oral Simplificado relacionado con la calidad de vida.....	46
Tabla 6. Distribución de las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	47
Tabla 7. Distribución del nivel de calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	50
Tabla 8. Distribución del nivel de prevalencia del Índice CPOD en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	51
Tabla 9. Distribución del nivel del Índice de Higiene Oral Simplificado en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	53
Tabla 10. Distribución del sexo de los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	54
Tabla 11. Distribución de la edad de los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	56

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Índice CPOD relacionado con el nivel de calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	41
Figura 2. Índice de Higiene Oral Simplificado relacionado con el nivel de calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	42
Figura 3. Distribución de las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	49
Figura 4. Distribución del nivel de calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	51
Figura 5. Distribución del nivel de prevalencia del Índice CPOD en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	52
Figura 6. Distribución del nivel del Índice de Higiene Oral Simplificado en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.....	54
Figura 7. Distribución del sexo de los pacientes del Centro del Adulto Mayor.....	55
Figura 8. Distribución de la edad de los pacientes del Centro del Adulto Mayor.....	56

## RESUMEN

**Objetivo:** Relacionar la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024 mediante el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14). **Materiales y métodos:** Estudio relacional, transversal, en donde la muestra fue de 120 adultos mayores. El instrumento utilizado para medir la salud bucal fue el Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD) además del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), por otro lado, para medir la calidad de vida se utilizó el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14). Los datos como tablas de frecuencias y porcentajes fueron ingresados al paquete estadístico SPSS versión 27, además se utilizó la prueba de correlación de Spearman, todas las pruebas con nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** El promedio de dientes cariados, perdidos y obturados fue de 2, 14 y 2. También se encontró una muy alta severidad de caries en un 35%, mientras que la higiene oral fue buena en un 40,8%. Asimismo, la media del OHIP-14 fue de 8,93, encontrándose una buena calidad de vida en un 85,8%, regular en un 13,3% y mala en un 0,8%. En cuanto a las dimensiones del OHIP-14 predominó una buena calidad de vida, solo en la dimensión de molestias psicológicas un 11,67% fue mala. **Conclusiones:** El OHIP-14 identificó como buena calidad de vida al 85,8% de adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor en Tacna y se encontró que no hay relación entre la salud bucal y la calidad de vida.

**Palabras clave:** calidad de vida, salud bucal, adulto mayor, índice de higiene oral, índice CPOD

## ABSTRACT

**Objective:** To relate oral health and quality of life in patients at the center for the elderly, Tacna 2024 through the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). **Materials and methods:** This is a relational, cross-sectional study, in which the sample was 120 older adults. The instrument used to measure oral health was the index of decayed, missing and filled teeth (DMFT) in addition to the Oral Hygiene Index (IHOS) on the other hand, the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) was used to measure quality of life. The data such as frequency and percentage tables were entered into the SPSS version 27 statistical package. In addition, Spearman's correlation test was used, all tests with a significance level of 0,05. **Results:** The average number of decayed, missing and filled teeth was 2, 14 and 2. A very high severity of caries was also found in 35%, while oral hygiene was good in 40,8%. Likewise, the mean of the OHIP-14 was 8,93, with a good quality of life in 85,8%, regular in 13,3% and bad in 0,8%. As for dimensions of OHIP-14 prevailed a good quality of life only in the dimension of psychological impacts on 11,67% was bad. **Conclusions:** The OHIP-14 identified with good quality of life to the 85,8% of older adults that turn to Senior Center of Tacna and it was found that there is no relationship between oral health and quality of life.

**Keywords:** Quality of life, oral health, elderly, Oral Hygiene Index, DMF Index

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación describe la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Tacna, centrándose en evaluar la salud bucal mediante el Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados y el Índice de Higiene Oral Simplificado, además de evaluar la calidad de vida mediante el cuestionario Perfil de Impacto en la Salud Bucal. Es importante recalcar que el presente estudio brinda información relevante a la comunidad odontológica, ya que permitió valorar en qué medida las condiciones bucales afectan el comportamiento individual y social.

En el primer capítulo se aborda la fundamentación del problema, la justificación y la formulación del problema; asimismo, el objetivo general fue evaluar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de Tacna en el año 2024. El segundo capítulo se basa en los antecedentes de investigación realizados en los últimos años, con la finalidad de obtener información actualizada sobre el tema, así como en el marco teórico, que permitió conocer la salud bucal en los adultos mayores, las principales afecciones orales, la calidad de vida y los diferentes índices, como el Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados y el Índice de Higiene Oral Simplificado, además del Perfil de Impacto en la Salud Bucal.

En el tercer capítulo se plantea la hipótesis, presumiéndose determinar si existe o no relación entre la salud bucal y la calidad de vida en adultos mayores. En el capítulo IV se menciona que el estudio es observacional, descriptivo, transversal y analítico. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes que acudieron al Centro del Adulto Mayor de Tacna; de esta muestra se obtuvieron los exámenes bucales y se aplicó el cuestionario Perfil de Impacto en la Salud Bucal.

A partir de los resultados de la investigación, y teniendo en cuenta que una buena salud bucal podría influir de manera positiva en la calidad de vida, se considera importante proponer acciones orientadas a una mejor atención integral del adulto mayor, ya que se debe tener

como meta mejorar su calidad de vida, a fin de que de esta manera mejore su expectativa de vida y se promueva su bienestar psicosocial. En el capítulo IV también se presentan la discusión y las conclusiones.

Finalmente, se incluyen las recomendaciones y las referencias bibliográficas que fueron revisadas durante la realización de la investigación. Se adjuntan los anexos: la documentación presentada para la ejecución del estudio.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Identificación del problema**

La calidad de vida relacionada con la salud bucal evalúa la manera en que los factores funcionales, psíquicos y sociales, así como la experiencia de dolor o malestar relacionados con problemas bucales, afectan el bienestar de una persona. Esto evidencia que la salud bucal influye en la salud general; por ello, es importante mantener una buena salud bucal, sobre todo en los adultos mayores, ya que ellos suelen padecer más enfermedades crónicas y tomar más medicamentos, lo que los vuelve susceptibles a presentar problemas bucales. Por ello, es importante prevenir las enfermedades bucales y brindar tratamientos adecuados a sus necesidades, con el fin de mejorar la función del aparato estomatognático, las relaciones interpersonales y, por ende, la calidad de vida de la persona (1).

Este estudio se enfoca en adultos mayores porque se evidencia que este grupo poblacional se encuentra en aumento. Según la OMS, entre 2015 y 2050, el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 12 % al 22 % (2). Asimismo, según el INEI, en 1950, en el Perú los niños ocupaban gran parte de la población; así, de cada 100 personas, 42 tenían menos de 15 años, mientras que en el año 2024, 24 de cada 100 habitantes son menores de 15 años. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor del 5,7 % en el año 1950 al 13,9 % en el año 2024. (3) Frente a una población de adultos mayores en aumento, los problemas de salud, incluyendo la salud física, psicológica e incluso la calidad de vida relacionada con la salud, se han convertido en una importante preocupación de salud pública.

Las investigaciones han evidenciado que la salud bucal es una pieza clave de la salud general y que, con frecuencia, la calidad de vida se pasa por alto cuando se crean enfoques integrados para promover la salud general. La enfermedad bucal en los adultos mayores

produce dolor, lo que da lugar a una menor eficiencia masticatoria y a problemas en la pronunciación y en la apariencia física; además, afecta la salud general y aumenta el riesgo de enfermedades neurológicas, endocrinas, cardiovasculares y respiratorias. Las enfermedades bucales producen cambios en la alimentación, reduciendo la calidad nutricional y la calidad de vida.(4)

En múltiples estudios se ha utilizado el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14), el cual es un instrumento que mide la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Este instrumento tiene validación interna y ha sido sometido a una adaptación transcultural.(5)

Muchos investigadores han abordado el tema. Académicos en Singapur encontraron que la puntuación media del OHIP-14 fue de  $4,5 \pm 7,2$ , y se asoció con el número de dientes y el número de unidades oclusivas funcionales.(6) Los investigadores brasileños también encontraron que la severidad del impacto medida con el OHIP-14 fue de 8,50 puntos, donde el mayor impacto se observó en el dominio de malestar psicológico y el OHIP-14 aumentó 4,8 puntos en las personas a quienes les faltaban dientes.(7) Además, un estudio realizado en una población sueca de ancianos mostró que el 34 % tenía una mala calidad de vida relacionada con la salud bucal, cuyos factores asociados fueron problemas de deglución, una mala salud física, psicológica y bucal, así como el sexo femenino. (8) Asimismo, un estudio evaluó a 438 ancianos que vivían en la ciudad de Pelotas, Brasil y encontró que la puntuación media del OHIP-14 fue de 9,1 y los principales impactos se relacionaron con el malestar psicológico (28,1 %) y dificultad para comer (24,4 %).(9) Otro informe estudió a los ancianos en la región de Magway en donde la media del OHIP-14 fue de 8,1, el 52,7% de los participantes presentaron una calidad de vida relacionada con la salud bucal deteriorada, también se encontró que prevaleció en su mayoría el malestar psicológico (60,2%) seguido del dolor físico (51,7%) y la discapacidad física (40,9%). (10) Otro estudio evaluó a adultos mayores de diferentes etnias que viven en San Bernardino, California en donde la puntuación media del OHIP-14 fue de 7,4 %,12,5 % y 24,5 % para los caucásicos, asiáticos e hispanos, además, la mayoría de los participantes respondió con nunca o casi nunca a la pregunta

relacionada con incapacidad funcional debido a problemas con sus dientes o boca, mientras que gran parte de los participantes informó experimentar ocasionalmente dolor en su boca, malestar al comer alimentos y sentirse cohibidos debido a sus dientes y boca.(11) También se realizaron estudios en Perú, por un lado, en Chiclayo se evaluó a 57 ancianos utilizando el cuestionario OHIP-14, encontrándose que hubo un mayor impacto en las dimensiones de dolor físico, malestar psicológico e incapacidad física.(12) Otro estudio realizado en Tacna evaluó a 222 ancianos, encontrándose que el 45,7 % de los ancianos encuestados tuvo una percepción de mediano impacto sobre su salud oral.(13)

Diversos estudios concluyeron que la condición de la salud bucal repercute de manera significativa en la calidad de vida de los adultos mayores y ocasiona, principalmente, malestar psicológico debido a enfermedades bucales. Además, se encontró que los problemas de salud bucal más frecuentes fueron las dificultades para masticar alimentos, y que la cantidad de dientes y las condiciones gingivales fueron fuertes predictores de la calidad de vida relacionada con la salud bucal.(9) (6) (7) (14)

En el caso de Tacna, no existen datos confiables y actualizados sobre la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en adultos mayores; por ello, este constituyó el objetivo de la presente investigación.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en los pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024?

### **1.3. Justificación e importancia de la investigación**

Este trabajo se considera de originalidad parcial, ya que existen investigaciones similares a nivel mundial y nacional; sin embargo, no se cuenta con evidencia de datos sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor.

La relevancia científica está expresada a través de la obtención de datos de esta población de estudio, lo que permitirá agregar conocimientos para diseñar programas de salud bucal eficaces que puedan mejorar la calidad de vida, así como inspirar protocolos de prevención e ideas para un mejor manejo de esta población en riesgo.

Conocer la relación entre la salud bucal y la calidad de vida puede generar, en el futuro, el desarrollo de otras investigaciones, con la intención de impulsar el desarrollo de políticas y estrategias nacionales de salud bucal, a fin de facilitar la detección temprana de los problemas de salud bucal y promover la concienciación sobre la importancia de la salud bucal.

El desarrollo de la investigación es viable, puesto que se cuenta con los recursos humanos, financieros y de equipamiento necesarios para el cumplimiento de los objetivos.

Asimismo, se trata de una investigación que responde a las líneas matrices de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann (calidad de vida y servicios de salud).

Finalmente, esta propuesta es el resultado de una motivación personal, dado que el envejecimiento de la sociedad peruana ha incrementado el interés por mejorar la calidad de vida relacionada con la salud bucal de las personas mayores. Los resultados de este grupo, centrados en el paciente, ayudarían a mejorar las decisiones sanitarias y resultan significativos, valiosos y útiles para el paciente.

## **1.4. Objetivos**

### 1.4.1. Objetivo general

Relacionar la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024 mediante el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14).

### 1.4.2. Objetivos específicos

- a) Identificar el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud bucal según las dimensiones de limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía.
- b) Determinar el Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados de los pacientes del Centro del Adulto Mayor.
- c) Determinar el Índice de Higiene Oral Simplificado de los pacientes del Centro del Adulto Mayor.
- d) Determinar las características sociodemográficas de los pacientes del Centro del Adulto Mayor.

## **1.5. Hipótesis**

### 1.5.1. Hipótesis alterna

Existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.

### 1.5.2. Hipótesis nula

No existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.

## 1.6. Variables

### 1.6.1. Identificación de las variables

- Variable independiente:  
Salud Bucal
- Variable dependiente:  
Calidad de vida

### 1.6.2. Caracterización de las variables

Variable independiente: Salud Bucal

Las dimensiones del índice CPOD son: dientes cariados, perdidos y obturados

Las dimensiones del índice IHO-S son: placa blanda y calcificada

Variable dependiente: Calidad de vida

Las dimensiones son:

Limitación funcional

Dolor físico

Molestias psicológicas

Incapacidad física

Incapacidad psicológica

Incapacidad social

Minusvalía

Para el índice CPOD:

<b>Puntuación</b>	<b>Clasificación</b>
0-1,1	Muy bajo
1,2-2,6	Bajo
2,7-4,4	Moderado
4,5-6,5	Alto
Más de 6,6	Muy alto

Para el Índice de Higiene Oral Simplificado los criterios utilizados son:

<b>Puntuación</b>	<b>Criterio</b>
0	Ausencia de detritus o mancha extrínseca en la superficie examinada
1	Presencia de detritus cubriendo menos de 1/3 de la superficie dental o ausencia de detritus, más presencia de mancha extrínseca.
2	Presencia de detritus cubriendo más de 1/3, pero no más de 2/3 de la superficie examinada, podrá haber o no presencia de mancha extrínseca.
3	Presencia de detritus cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, podrá haber o no presencia de mancha extrínseca.

Puntuación	Criterio
0	Ausencia de cálculo supragingival
1	Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie examinada.
2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical.
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o bien una banda continua de cálculo subgingival alrededor de la región cervical del diente.

Valores clínicos de placa:

Puntuación	Clasificación
0	Excelente
0,1-1,2	Bueno
1,3-3,0	Regular
3,1-6,0	Malo

### 1.7. Definición operacional de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE CATEGORÍA
Salud bucal	Diente con cavidad inconfundible.	Dientes cariados	Cualitativo	Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD)	Ordinal	0-1,1 Muy Bajo 1,2-2,6 Bajo 2,7-4,4 Moderado 4,5 – 6,5 Alto + 6,6 Muy Alto
	Como resultado por caries u otro motivo.	Dientes perdidos				
	Presenta una o más restauraciones permanentes y no existe caries	Dientes obturados				
	Detritus que cubren la superficie dental	Índice de placa blanda	Cualitativo	Índice de Higiene Oral Simplificado	Ordinal	0 Excelente 0,1-1,2 Bueno 1,3-3,0 Regular 3,1-6,0 Malo
	Presencia de cálculo supra o subgingival	Índice de placa calcificada				
Calidad de vida	Problemas para pronunciar palabras y alteración en el sentido del gusto	Limitación funcional	Cualitativo	Cuestionario OHIP-14 ITEM 1 ITEM 2	Ordinal	0= Nunca 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Frecuentemente 4=Casi siempre
	Dolor en boca y malestar al comer	Dolor físico		Cuestionario OHIP-14 ITEM 3 ITEM 4		
	Conciencia de sí mismo y estar tenso	Molestias psicológicas		Cuestionario OHIP-14 ITEM 5 ITEM 6		
	Dieta insatisfactoria y	Incapacidad física		Cuestionario OHIP-14 ITEM 7		

Calidad de vida	comidas interrumpidas			ITEM 8		0= Nunca 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Frecuentemente 4=Casi siempre
	Dificultad para relajarse y sentirse avergonzado	Incapacidad psicológica		Cuestionario OHIP-14 ITEM 9 ITEM 10		
	Irritabilidad y dificultad para realizar las tareas diarias	Incapacidad social		Cuestionario OHIP-14 ITEM 11 ITEM 12		
	Encontrar la vida menos satisfactoria	Minusvalía		Cuestionario OHIP-14 ITEM 13 ITEM 14		
Características socio demográficas	Años cumplidos al momento de la encuesta.	Edad	Cuantitativo	DNI	De razón	60-69 años 70-79 años 80 años a más
	Características físicas externas del sujeto.	Sexo	Cualitativo	DNI	Nominal	Masculino Femenino

### 1.8.Limitaciones de la investigación

Algunos participantes no recordaron con exactitud algunas de las respuestas a las preguntas del cuestionario Perfil de Impacto en la Salud Bucal.

## **1.9.Descripción de las características de la investigación**

### 1.9.1. Tipo de estudio

El estudio es observacional ya que no se realizó ninguna intervención en la población. Es transversal, puesto que los datos se obtuvieron en un solo momento, luego de haber realizado la investigación.

Asimismo, es analítico, debido a que se evaluaron dos variables de estudio.

### 1.9.2. Nivel de investigación

Es de nivel relacional, ya que se evaluó la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en los adultos mayores.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2. Antecedentes

##### 2.1 Antecedentes internacionales

**Htun KCSS, Peltzer K.**(10) En su investigación titulada “Oral health-related quality of life among community dwelling middle-aged and older adults in an urban area in Magway region, Myanmar. Nagoya. 2019”, el estudio tuvo como objetivo describir la calidad de vida relacionada con la salud bucal y determinar sus factores asociados en adultos mayores y de mediana edad que residen en la comunidad en Myanmar. Fueron incluidos 633 participantes de entre 35 y 65 años, a los cuales se les entrevistó utilizando un cuestionario que incluía información sociodemográfica (edad, sexo, educación e ingresos del hogar), estado de salud bucal, estado de salud general, comportamiento de salud bucal y salud general, así como calidad de vida relacionada con la salud bucal; esta última se midió utilizando el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14). El análisis de datos se realizó con SPSS (versión 24,0), utilizando un análisis de regresión logística para evaluar la asociación entre los factores asociados. Se encontró que más de un tercio de los participantes (38,9 %) tenía educación postsecundaria y el 41,2 % tenía un ingreso familiar de 300 000 kyat o más. En cuanto al estado de salud bucal, el 11,1 % de los participantes reportó tener entre 0 y 19 dientes naturales, el 48,2 % tenía una o más caries y el 7,1 % percibió su estado periodontal como malo. En cuanto al estado de salud general, el 17,9 % de los participantes informó haber sido diagnosticado con una o más enfermedades crónicas y el 3,9 % obtuvo resultados positivos en síntomas depresivos. Con relación al comportamiento de salud bucal, el 55,6 % de los encuestados indicó que el agua que bebían provenía de fuentes que contienen flúor; el 58,0 % se limpiaba los dientes dos o más veces al día; el 84,2 % utilizaba pasta dental con flúor; el 42,2 % consumía refrescos una o más veces al día y el 51,2 % nunca había acudido al dentista. En cuanto al comportamiento de salud general, el 24,2 % de los participantes eran

fumadores actuales, el 10,4 % eran bebedores, el 48,8 % eran físicamente inactivos y el 80,4 % no consumían suficientes frutas y verduras. El 57,2 % presentó una calidad de vida relacionada con la salud bucal alterada. En los ítems individuales, el problema más frecuente fue la cohibición (55,9 %), seguida de la incomodidad al comer (46,3 %) y el dolor en la boca (41,7 %). Entre los siete dominios del OHIP-14, se encontró mayor afectación en el malestar psicológico (60,2 %), seguido del dolor físico (51,7 %) y la discapacidad física (40,9 %). Se concluyó que hubo una alta prevalencia de calidad de vida relacionada con la salud bucal deteriorada en adultos de mediana edad y adultos mayores en el centro de Myanmar.

**Masood M, Newton T, Nazahiah N, Khalid T, Masood Y.**(15) En su investigación titulada “The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. 2017”, el objetivo fue identificar los determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre las personas mayores en el Reino Unido. Se utilizaron datos de la Encuesta de Salud Dental de Adultos del Reino Unido, y se incluyeron 1 277 participantes de edad avanzada. Se empleó el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14); además, se evaluaron variables como factores sociodemográficos (edad, sexo y estado civil), estado socioeconómico (nivel de educación, ocupación e índice de privación múltiple) y estado de salud bucal (caries, bolsa periodontal, cantidad de dientes ausentes, sangrado gingival, caries radicular, desgaste dental, tabaquismo y problemas de salud general). Se utilizó el software estadístico R-Project, así como modelos de regresión Poisson inflado a cero, en análisis bivariados y multivariados, para analizar el OHIP-14. No se encontraron diferencias significativas en la puntuación media del OHIP-14 según la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación y el índice de privación múltiple. La presencia de caries activa, dolor dental, caries radicular activa, un mayor número de dientes perdidos y ser fumador actual se asoció con puntuaciones más altas del OHIP-14. La puntuación total media del OHIP-14 fue de 2,95 (0,17). La mayor puntuación se observó en la dimensión de dolor, mientras que la menor correspondió a la dimensión de discapacidad social. Los usuarios de prótesis dentales, los fumadores actuales y las personas con mala salud general autopercebida presentaron mayores probabilidades de informar discapacidad física.

**Koistinen S, Olai L, Ståhlacke K, Fält A, Ehrenberg A.**(8) En su investigación titulada “Oral health-related quality of life and associated factors among older people in short-term care. 2020”, el objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en personas mayores que reciben cuidados a corto plazo y sus factores asociados. Este estudio transversal incluyó a 391 personas mayores; los datos se recopilaron mediante evaluaciones clínicas bucales, preguntas sobre salud bucal y salud general autopercebida, el Índice de Katz de Actividades de la Vida Diaria, la Guía de Evaluación Bucal y el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14). Para los análisis se utilizaron las pruebas chi cuadrado y análisis de regresión logística multivariante. Se encontró que el 34 % de las personas mayores presentaron una calidad de vida deficiente, y los factores asociados fueron problemas de deglución, salud física y psicológica y salud bucal autopercebida como muy mala.

**Koenig, et al.**(14) En su investigación titulada “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre personas mayores en atención domiciliaria resultado de la encuesta de estudio INSEMAP en Alemania. 2024”, el objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal y sus factores asociados. Se trató de un estudio observacional y transversal realizado en personas mayores de 60 años residentes en Hamburgo, con una muestra de 1 622 personas. Se encontró que el 40 % de las personas mayores presentaron al menos uno de los catorce impactos del OHIP-14 con bastante frecuencia o muy a menudo. Mediante un modelo de regresión multivariable, se encontró que una mejor calidad de vida relacionada con la salud bucal se relacionó con una buena autopercepción del estado bucal y un menor número de visitas al dentista.

**Goergen J, et al.**(16) En su investigación titulada “Condiciones bucales asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud bucal: un estudio transversal de base poblacional en Brasil.2023”, este estudio tuvo como objetivo estimar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud bucal en una población brasileña de adultos y personas mayores, y evaluar su asociación con 11 condiciones bucales. Se empleó el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14). En la revisión oral se evaluó la presencia de gingivitis, cálculo

dental, pérdida de dientes, recesión gingival, hipersensibilidad dentinaria, caries dental, erosión dental y lesiones cervicales no cariosas. Los cuestionarios registraron las siguientes variables orales autoinformadas: xerostomía, halitosis y necesidad percibida de tratamiento dental. Se analizaron 1 022 individuos. La media general del Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14) fue de  $9,2 \pm 9,7$  puntos. La xerostomía, la halitosis, la caries dental y la hipersensibilidad dentinaria se asociaron significativa y directamente con los impactos negativos del OHIP-14. La recesión gingival se asoció significativa e indirectamente con una calidad de vida relacionada con la salud bucal deficiente, debido a una mayor hipersensibilidad dentinaria. La necesidad percibida de tratamiento dental se asoció significativa y directamente con un OHIP-14 más alto. Se observó una deficiente calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos y personas mayores brasileños, principalmente por la presencia de xerostomía, halitosis, caries, recesión gingival y hipersensibilidad dentinaria, mientras que la pérdida de dientes, la gingivitis, el cálculo dental y la erosión dental no se asociaron con la calidad de vida relacionada con la salud bucal.

**Mirhosseini N, Shoorgashti L, Lesan N.**(17) En su investigación titulada “La evaluación de los factores clínicos que afectan la salud bucal repercute en la calidad de vida de los pacientes ancianos iraníes que visitan clínicas dentales, un estudio transversal.2024”, se consideró como muestra a 171 personas mayores de 65 años, quienes fueron evaluadas por medio de los cuestionarios OHIP-14 y GOHAI. Se registraron el género, la edad, las enfermedades sistémicas, el uso de medicamentos, el uso de prótesis removibles, la cantidad de dientes restantes y la presencia de lesiones bucales. Según ambos cuestionarios, se encontró que la calidad de vida se ve afectada por enfermedades cardiovasculares, hipertensión, xerostomía y la cantidad de dientes restantes; mientras que, a mayor número de dientes restantes, mejor flujo salival y mejor percepción de dulzura y acidez, se presenta una mejor calidad de vida. Estos resultados demuestran que, para una buena salud general y bucal, es necesario mejorar la calidad de vida.

**Chan PY, Tan ZHJ, Saffari SE, So YJ, Teoh KH.**(6) En su investigación titulada “Estado bucal funcional y calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que viven en la comunidad de Singapur. 2024”, el objetivo fue evaluar la asociación entre el estado bucal, evaluado por el número de dientes funcionales y las unidades oclusivas funcionales, y la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Se evaluaron a 1 037 adultos mayores mediante el cuestionario OHIP-14 y un examen bucal. Se halló que la puntuación media del OHIP-14 fue de  $4,5 \pm 7,2$ ; además, se encontró una puntuación menor del OHIP-14 en relación con tener al menos 20 dientes funcionales o 10 unidades oclusivas funcionales. Por otro lado, las prótesis dentales pueden compensar de manera limitada la falta de dientes y mantener la calidad de vida relacionada con la salud bucal.

**Kwon R, et al.**(11) En su investigación titulada “Conocimientos sobre salud bucal y calidad de vida relacionada con la salud bucal de los adultos mayores. 2020”, desarrollaron un estudio transversal que incluyó a personas de 65 años o más de diferentes etnias, como asiáticos, caucásicos e hispanos, que vivían en el condado de San Bernardino, California. Las variables independientes fueron la demografía, las prácticas de higiene bucal y la utilización de servicios dentales. Se evaluaron 304 encuestas, en las cuales la puntuación del OHIP-14 fue de 7,4, 12,5 y 21,4 para los caucásicos, asiáticos e hispanos, respectivamente. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos étnicos ( $p < 0,001$ ), donde los caucásicos presentaron la gravedad más baja y los hispanos la más alta. Los participantes, en su mayoría, respondieron nunca o casi nunca a la pregunta relacionada con la incapacidad para funcionar debido a problemas con sus dientes o boca; además, la mayoría reportó presentar ocasionalmente dolor en la boca, malestar al comer alimentos y sentirse cohibidos debido a sus dientes y boca.

## 2.2 Antecedentes nacionales

**Morales D, Yanira E, García C.**(12) En su investigación titulada “Perfil de impacto en la salud oral de ancianos del hogar San José Hermanita de los ancianos desamparados Chiclayo-Perú.2019”, realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en el cual se evaluó a 57 ancianos utilizando el cuestionario OHIP-14, encontrándose un mayor impacto en las dimensiones de dolor físico, malestar psicológico e incapacidad física. El 62 % de los participantes respondió “algunas veces” a la pregunta correspondiente a la dimensión de malestar psicológico, mientras que el 57 % respondió “algunas veces” a la pregunta de la dimensión de dolor físico. Por otro lado, los menores de 80 años presentaron malestar psicológico en un 20,28 %; en personas entre los 80 y 89 años se encontró un 19,86 % para las dimensiones de dolor físico y malestar psicológico, y en mayores de 89 años, la dimensión de malestar psicológico alcanzó un 22,16 %. Asimismo, se encontró un porcentaje de 20,57 % en mujeres y 20,38 % en hombres en la dimensión de malestar psicológico.

**Pintado C.**(13) En su investigación titulada “Percepción sobre salud oral en adultos mayores de 60 a 79 años en el distrito de Tarata-Tacna 2020”, desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 222 adultos mayores y el instrumento utilizado fue el OHIP-14. Se encontró que el 45,74 % de los participantes presentó una percepción de mediano impacto sobre su salud oral, mientras que el 43,95 % mostró una percepción de bajo impacto y el 10,31 % una percepción de gran impacto. Además, en los participantes de 70 a 74 años, la percepción fue de mediano impacto en un 62,22 %, mientras que en los participantes de 75 a 79 años fue de 56,25 %. Según el género, los hombres presentaron una percepción de mayor impacto sobre su salud oral en un 49,06 %.

**Espinoza D.**(18) En su investigación titulada “Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del Adulto Mayor de San Isidro; Universidad Cayetano Heredia. 2017”, realizó un estudio transversal cuya muestra estuvo conformada por 184 personas. Se utilizó el Perfil del Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14), aplicándose la prueba exacta de Fisher y la razón de prevalencias. Se encontró que el 9,8 % de los participantes presentó una mala calidad de vida, mientras que un 23,4 % fue buena y un 66,8 %, excelente. El 71 % de las mujeres presentó una mejor calidad de vida que los varones. La mayoría de los participantes realizaba sus actividades diarias con normalidad; sin embargo, un 7,1 % no logró hacerlo. El 61,4 % sufrió malestar psicológico, el 49,4 % presentó limitación funcional y el 16,9 % tenía minusvalía. Finalmente, el OHIP-14 arrojó que un 90 % de los participantes presentó una calidad de vida excelente y regular relacionada con la salud bucal.

**Villareal L.**(19) En su investigación titulada “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo de Canevaro; Universidad Cayetano Heredia. 2011”, realizó un estudio transversal en el que se evaluó a 177 adultos mayores. Se registraron variables como sexo, edad, estado civil y grado de instrucción. Asimismo, se empleó el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14) y se realizó el examen clínico, en el cual se registraron la caries, las lesiones mucosas, el estado de la prótesis, los dientes presentes, la higiene bucal y la higiene de la prótesis. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y la correlación de Spearman. Se halló una correlación mínima entre el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) y el OHIP-14 (0,04). Se concluyó que el grado de instrucción influye en la percepción de la calidad de vida y que la experiencia de caries afecta la calidad de vida. El OHIP-14 fue de 8,9, y el 81,4 % de los adultos mayores reportó presentar dolor físico (88,2 %), molestias psicológicas (75,9 %), incapacidad física (68,9 %) y limitación funcional (47,5 %).

## **2.3. Bases teóricas**

### **2.3.1. Calidad de vida**

Según la OMS (1994), la calidad de vida es la evaluación subjetiva que hace un individuo sobre su posición en la vida, enmarcada en la cultura y los valores del medio que lo rodea y en función de sus metas, aspiraciones, reglas y preocupaciones. Este constructo es intrínsecamente multidimensional, abarcando aspectos personales como la salud, la autonomía, la independencia y el grado de satisfacción con la vida, además de dimensiones ambientales que incluyen las redes de apoyo y los servicios sociales.

Las personas con problemas en su calidad de vida necesitan mejorar su salud para tratar de aminorar los daños y calmar sus dolencias, además de recibir atención inmediata y rehabilitación, si fuese necesario. Asimismo, la calidad de vida ayuda a reconocer múltiples problemas que pueden padecer las personas. Si se logra comprender este concepto, se pueden prevenir posibles daños que puedan dejar las enfermedades, así como identificar los tratamientos adecuados para solucionar dichos padecimientos; sin embargo, algunas personas que sanan y sobreviven a largo plazo pueden sufrir recaídas. Para evitar esto, se debe tener en cuenta la calidad de vida. Asimismo, la calidad de vida es fundamental para elegir el tratamiento, ya que de ello depende también el pronóstico del paciente.

Asimismo, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud suele definirse como “un término que se refiere a los aspectos de salud de la calidad de vida, que generalmente se considera que refleja el impacto de la enfermedad y el tratamiento sobre la discapacidad y el funcionamiento diario; también se ha considerado que refleja el impacto de la salud percibida en la capacidad de un individuo para vivir una vida plena. Sin embargo, la calidad de vida relacionada con la salud es una medida del valor asignado a la duración de la vida, modificada por deficiencias, estados funcionales, percepciones y oportunidades, influenciada por enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas”(20).

Guyatt et al. definieron la calidad de vida relacionada con la salud como “un concepto multidimensional que está relacionado con el funcionamiento físico, psicológico, emocional y social y, por lo tanto, representa la salud general de un individuo, yendo más allá de las medidas directas de la salud de la población, la esperanza de vida y las causas de muerte, y centrándose en el impacto que el estado de salud tiene en la calidad de vida”. Los mismos autores enfatizan que “un concepto relacionado con la calidad de vida relacionada con la salud es el bienestar, que evalúa los aspectos positivos de la vida de una persona, como las emociones positivas y la satisfacción con la vida”.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, mental y complejo que abarca todos los aspectos de la vida; es decir, una comprensión individual única y una forma de expresar los sentimientos de una persona sobre la salud u otros aspectos de la vida, analizados a través de sus percepciones, creencias y el uso de herramientas estándar.(21)

### 2.3.2. Salud

La OMS (1946) adoptó la definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Las medidas precisas del estado de salud individual pueden guiar los servicios personalizados de medicina preventiva y las sugerencias de estilo de vida, y aplicarse a programas de salud poblacional, agrupando los datos de salud de un individuo en conjuntos significativos. Las enfermedades crónicas son cada vez más costosas tanto para los pacientes como para la sociedad, y la mayoría pueden prevenirse o retrasarse mediante servicios de medicina preventiva. Estos servicios deben proporcionarse de manera rutinaria y consistente, maximizando así el potencial para controlar los costos de atención médica. (22)

### 2.3.3. Calidad de vida relacionada con la salud bucal

Incluye la percepción personal de la salud bucal como un elemento adicional a la evaluación bucal.

La salud bucal está estrechamente relacionada con la salud general y la calidad de vida de un individuo, ya que afecta las funciones bucales y las interacciones sociales. Por ejemplo, la caries dental puede ser causa de mala masticación, disminución del apetito, problemas para dormir y disminución del rendimiento académico y ocupacional, o incluso afectación de las relaciones sociales.

Partiendo del concepto de parámetros subjetivos y desde un punto de vista más integral, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal ha evolucionado para evaluar cómo la salud bucal impacta en la conducta y en la actividad social de los individuos, complementando los exámenes clínicos bucales.

La literatura muestra que factores sociodemográficos, como el bajo nivel educativo, el sexo femenino y el estado civil, pueden estar relacionados con un mayor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Además, esta misma tendencia se observa en los fumadores. Asimismo, la literatura evidencia que los ancianos con menor número de dientes, menor frecuencia de cepillado dental, trastornos temporomandibulares y periodontitis presentan un mayor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud bucal..(23)

### 2.3.4. Salud bucal en adultos mayores

En 2016, la Federación Dental Mundial adaptó su definición de salud bucal de un enfoque limitado únicamente a la enfermedad a una visión más amplia y multidimensional, que abarca la habilidad para conversar, reír, olfatear, degustar, palpar, morder, deglutir y expresar una gama de emociones mediante gestos faciales de manera segura y sin molestias. Alteraciones en la función, como fracturas dentales o prótesis dentales desajustadas,

ocasionan malestar, dolencias e infecciones orales, afectando la calidad de vida. Mayormente, estas afecciones se relacionan con una menor ingesta de alimentos, cambios en el comportamiento alimentario, problemas para comunicarse, así como problemas masticatorios y de deglución. Las enfermedades bucales pueden originarse por múltiples condiciones, como la xerostomía, especialmente asociada al consumo de distintos medicamentos, la menor cantidad de dientes, la reducción de la potencia masticatoria y un menor control para realizar una higiene bucal adecuada, ya sea por problemas físicos o neurológicos. Debido a este malestar, los adultos mayores pueden presentar la llamada anorexia del envejecimiento, que implica pérdida de apetito y disminución en la ingesta de alimentos, provocando desnutrición por pérdida de peso y fragilidad.(24)

Entre los adultos de 65 años o más, son comunes la ausencia de dientes, lesiones cariosas, enfermedades periodontales, infecciones bucales, lesiones de la mucosa bucal y trastornos temporomandibulares. Las personas mayores suelen padecer enfermedades crónicas, por lo que requieren medicación diaria. Un efecto secundario oral común de los medicamentos es la hiposalivación. Las caries o las infecciones de las mucosas aumentan drásticamente con el deterioro de la función salival, dando lugar a múltiples problemas bucales; esto afecta la realización de tareas cotidianas como masticar y conversar, ocasionando padecimientos físicos como desnutrición y malestar psicosocial, generando desconfianza en uno mismo e inadaptación social.

La salud bucal está estrechamente vinculada con la calidad de vida relacionada con la salud bucal, convirtiéndose en un criterio enfocado en el individuo para valorar los efectos de la salud bucal. La mala salud bucal autopercibida predice una mala salud general, baja autoestima y menor satisfacción con la vida, lo que indica el vínculo consciente y psicológico entre la salud bucal, la salud general y el bienestar psicológico..(25)

La salud bucal de las personas mayores constituye un importante desafío de salud pública. Presentan importantes problemas de salud bucal, con disparidades relacionadas con las condiciones socioeconómicas, las discapacidades mentales y el acceso a los servicios de salud bucal. Un mal estado de salud bucal afecta la calidad de vida y la capacidad de comer,

comunicarse y socializar. Además, los microorganismos patológicos presentes en la saliva, las dentaduras postizas y los dientes pueden inhalarse y provocar neumonía, siendo esta la causa más común de mortalidad en personas frágiles. (26)

#### 2.3.5. Envejecimiento saludable

La población mundial está envejeciendo rápidamente y se espera que los adultos mayores vivan más tiempo. En las últimas décadas, las tendencias poblacionales indican una aparición más temprana de muchas enfermedades crónicas y una mayor incidencia de multimorbilidad en los adultos mayores. A medida que surgen estos problemas, los adultos mayores pueden experimentar mayores niveles de discapacidad y una peor calidad de vida.

Se define el envejecimiento, también conocido como senescencia, como el deterioro fisiológico intrínseco que se produce a medida que un organismo envejece, lo que conduce a una disminución de la fertilidad y la reproducción, así como a un aumento de los riesgos de morbilidad y mortalidad relacionadas con la edad.

Al aumentar el alcance y la eficiencia de los servicios de salud, el aseguramiento del apoyo alimentario, así como la creación de oportunidades para lograr una vida equilibrada en el seno de la familia y la sociedad, se podrá optimizar el fortalecimiento corporal, emocional y social de los adultos mayores.

El concepto de envejecimiento exitoso fue introducido en 1960. Sus connotaciones incluyen la necesidad de que los adultos mayores mantengan una adecuada salud mental y una función cognitiva normal, sean socialmente activos, mantengan buenas relaciones interpersonales y se encuentren físicamente sanos.(27)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló una definición de envejecimiento saludable, el cual se define como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.(28)

La capacidad funcional es tener las capacidades que permitan a las personas ser y hacer lo que valoran además de cubrir sus demandas esenciales para adquirir conocimientos, desarrollarse, hacer elecciones, moverse, establecer vínculos y aportar a la comunidad.

La OMS define capacidad funcional como el resultado de la interacción entre la capacidad interna de una persona y las características del entorno en el que se encuentra. Naturalmente se entiende que la capacidad intrínseca incluye las capacidades mentales y físicas de una persona. Las características ambientales están relacionadas con el hogar, la comunidad y la sociedad en su conjunto.(28)

La OMS define al envejecimiento activo como el procedimiento de maximizar las posibilidades de salud, intervención y protección con el propósito de optimizar la calidad de vida a lo largo del envejecimiento. El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad.(28)

Por tanto, el envejecimiento activo es una respuesta eficaz a la experiencia del envejecimiento. Un desafío importante para la sociedad que envejece actualmente comprende la optimización del envejecimiento activo para mejorar la supervivencia y el desarrollo de los adultos mayores, promover su participación social y su desarrollo general, y mejorar su nivel de vida.(27)

#### 2.3.6. Envejecimiento fisiológico de la cavidad bucal

En el proceso de envejecimiento, la cavidad bucal sufre numerosos cambios fisiológicos; sin embargo, muchos de estos cambios son secundarios a enfermedades sistémicas crónicas y a sus tratamientos (medicación, quimioterapia y radioterapia).

Los cambios asociados al envejecimiento en la anatomía e histología dental dependen del desgaste químico y mecánico de la masticación, así como de factores como la cultura, la dieta, la ocupación, la composición de los dientes y la resistencia y resiliencia de los dientes y del periodonto.

El proceso de desmineralización-rem mineralización que se produce a lo largo de la vida tiene un impacto en la dureza del esmalte, lo que puede provocar desgaste dental.

El módulo de elasticidad y la dureza de la superficie externa del esmalte aumentan entre un 12 % y un 16 % en el esmalte envejecido, lo que conlleva una disminución de la permeabilidad, un aumento de la fragilidad y la fractura dental.

Debido a impactos químicos o mecánicos, se forma dentina secundaria, se presenta esclerosis de los túbulos dentinarios y disminuye el espesor de la dentina radicular, lo que conduce a la fractura radicular. Asimismo, al existir mayor formación de dentina reparadora y una disminución de la solubilidad de la dentina, se producen cambios en el color de los dientes y disminuye la hipersensibilidad dentinaria.

Disminuyen las capacidades reparadoras de la pulpa debido a la reducción del flujo sanguíneo pulpar y de los vasos sanguíneos, así como al aumento de la calcificación pulpar. Estos cambios provocan un retraso en las respuestas a los estímulos térmicos y una disminución de la sensibilidad y de la percepción del dolor.

Con relación al cemento, puede formarse mayor cantidad de cemento en el tercio apical de la raíz, el cual soporta mayor carga durante la masticación, provocando hipercementosis, lo que conlleva una menor sensibilidad a los estímulos térmicos. Asimismo, puede ocurrir recesión gingival, lo que contribuye a un mayor riesgo de presentar lesiones cariosas radiculares..(29)

Los cambios relacionados con la edad por sí solos no causan una pérdida clínicamente significativa del aparato de inserción periodontal; más bien, esta pérdida es el resultado de una combinación de enfermedades, procesos inflamatorios y cambios biomoleculares de las

células periodontales. Los estudios epidemiológicos indican una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en los adultos mayores.

La función de la mucosa oral es proporcionar al huésped defensa, masticación, deglución, habla y percepción de los sabores. Los cambios en la mucosa oral relacionados con la edad muestran una disminución de las fibras elásticas, así como engrosamiento y desorganización de los haces de fibras de colágeno en el tejido conectivo. La mucosa oral se vuelve menos resistente y, con la reducción de la microvasculatura, se produce una mala cicatrización de las heridas. Además, puede verse afectada la inmunidad, lo que hace a la cavidad bucal más susceptible a infecciones oportunistas por microorganismos.

Se han identificado cambios en la composición de la saliva, como el aumento en la concentración de la inmunoglobulina A y una disminución en la concentración total de proteínas, lo que da lugar a una saliva más espesa.

El microbioma oral cambia en su composición y complejidad de colonización de especies como parte de un proceso de envejecimiento normativo. En adultos sanos de alrededor de los 60 años, en la microbiota del biofilm predominan aerobios grampositivos; mientras que, en las últimas etapas de la vida, en la región orofaríngea son más comunes las enterobacterias, *Pseudomonas*, estafilococos, actinomicetos y levaduras.(29)

#### 2.3.7. Enfermedades bucodentales

Las enfermedades bucales y otras enfermedades no transmisibles importantes comparten factores de riesgo modificables comunes, como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el estrés psicosocial y una dieta deficiente con alto contenido de azúcares libres. En este contexto de factores de riesgo comunes, la causa principal de la aparición y progresión de las afecciones bucales más frecuentes es la placa dental, una matriz de bacterias y subproductos que se adhieren a los dientes y a las dentaduras postizas.

Sin una eliminación regular de esta biopelícula, las comunidades microbianas se ven empujadas hacia la disbiosis, un cambio ecológico que favorece una mayor actividad patógena. Además, puede desencadenarse la diseminación hematógena de bacterias y mediadores inflamatorios, lo que resulta en una amplificación dañina de la inflamación sistémica en algunos individuos. Junto con otros mecanismos biológicos, la huella patológica resultante afecta a múltiples órganos, perjudicando especialmente a los sistemas endocrino, cardiovascular, pulmonar y neurológico. Esta huella inflamatoria se ve exacerbada por el proceso inflamatorio crónico, lo que contribuye a una regulación positiva de bajo grado del estado proinflamatorio asociado al envejecimiento.

A pesar de que la mayoría de los problemas bucales pueden prevenirse, se ha evidenciado que la edentación total, las enfermedades periodontales y la caries representan 23,1 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

La caries dental no tratada en los dientes permanentes afecta aproximadamente a 2,5 mil millones de personas, con la mayor incidencia a los 70 años, y muestra una marcada variación internacional en las personas de 65 años o más. La distribución global sesgada de personas con caries dental puede explicarse, en parte, por un panorama cambiante de los determinantes comerciales de la salud, con factores diferenciados según el nivel de ingresos del país. Por ejemplo, el mayor consumo de bebidas azucaradas, por sí solo, ha aumentado sustancialmente el riesgo de caries graves no tratadas en la dentición adulta promedio de los Estados Unidos. La evidencia sugiere que los países de ingresos medios (por ejemplo, Bolivia, Honduras, India e Indonesia) presentan la mayor prevalencia de caries dental, lo que podría deberse a cambios en los factores sociales, económicos y comerciales, así como a una atención de salud bucal poco desarrollada o inasequible.

Los adultos mayores suelen padecer, en su mayoría, caries, enfermedades periodontales, cáncer oral y edentulismo. El 95 % de los cánceres orales se detecta entre los 40 y 60 años; por otro lado, los problemas periodontales son más comunes en personas mayores de 60 años, con una variación regional, siendo la prevalencia más alta en África

subsahariana oriental (51 %) y la más baja en Oceanía (10 %). La carga de la enfermedad periodontal se ha reducido en los adultos mayores de los países de altos ingresos.(24)

Los traumatismos dentales originados por caídas son frecuentes en adultos mayores; se ha reportado que, en un año, más de uno de cada cuatro adultos mayores sufre una caída. Los tratamientos para los traumatismos dentales son costosos (entre 2 000 000 y 5 000 000 de dólares por millón de habitantes), requieren una alta demanda de mano de obra y están considerados dentro del top 5 de las enfermedades más prevalentes. Se ha sugerido a múltiples profesionales de la salud oral que formen parte de equipos multidisciplinarios para brindar apoyo a personas con osteoporosis, con mayor énfasis en la prevención de fracturas. A pesar de ello, los traumatismos dentales continúan provocando alteraciones en la calidad de vida de los adultos mayores.

En todo el mundo, aproximadamente el 30 % de los adultos entre 65 y 74 años presenta edentulismo, siendo la enfermedad periodontal la causa principal. El edentulismo representa la mayor proporción de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles a trastornos bucales, con una mayor carga en los países de ingresos altos y en el grupo etario de 75 a 79 años. La proporción de adultos del Reino Unido con edentulismo sigue de cerca el gradiente social, y aquellos pertenecientes a clases sociales más bajas presentan consistentemente tasas más elevadas de edentulismo. La pérdida dentaria tiene profundas consecuencias, especialmente en términos de deterioro de la nutrición y de la calidad de vida en general.

La periodontitis, el sexto problema de salud más común en todo el mundo, tiene profundas implicaciones en la salud sistémica. La existencia de un vínculo bidireccional entre la diabetes tipo 2 y la periodontitis es inequívoca. La periodontitis grave afecta negativamente las concentraciones de glucosa en sangre, tanto en personas con diabetes como sin ella, y el riesgo de desarrollar diabetes aumenta incluso en presencia de periodontitis moderada. En estos pacientes, se acentúa el beneficio del cuidado bucal de rutina. La terapia periodontal mecánica puede mejorar el control glucémico, hasta el punto de reducir las complicaciones asociadas con concentraciones elevadas de hemoglobina A1C e incluso mitigar la necesidad

de un segundo fármaco en el tratamiento farmacológico de personas con diabetes. Una adecuada higiene bucal es esencial para controlar la carga bacteriana bucal, mantener o restablecer el equilibrio simbiótico oral y prevenir la diseminación de bacterias orales a otros sitios del cuerpo.(24)

Existe evidencia de alta calidad que respalda una asociación entre la enfermedad cardiovascular y la salud bucal, específicamente la relación entre la periodontitis crónica y la aterosclerosis. Los estudios muestran que la terapia periodontal se asocia con reducciones en los marcadores sustitutos de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Los estudios de laboratorio preclínicos también sugieren un vínculo entre la enfermedad periodontal y los trastornos neurodegenerativos. Es posible que, cuando las personas desarrollan etapas avanzadas de demencia, la capacidad de cuidar su salud bucal se vuelva más limitada, lo que conduce a un aumento de la mala higiene bucal y al desarrollo de enfermedad periodontal.

Las bacterias orales también pueden aspirarse directamente al tracto respiratorio, lo que puede causar neumonía, especialmente en personas mayores con dificultades para la deglución. El uso de dentaduras postizas durante la noche puede duplicar el riesgo de neumonía por aspiración. Por ello, es fundamental que las personas usuarias de prótesis dentales y sus cuidadores sean conscientes de estos riesgos para la salud, así como de la importancia de mantener buenas prácticas de salud bucal.

Los factores de riesgo para las enfermedades bucales en los adultos mayores, tales como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y las condiciones socioeconómicas desfavorables, están ampliamente extendidos a nivel global. En algunas regiones de Europa, el Mediterráneo Oriental y Asia, fumar o mascar tabaco sigue siendo común entre muchos adultos mayores y constituye la principal causa de cáncer oral, enfermedad periodontal y pérdida prematura de dientes, aunque la tendencia mundial en la prevalencia del tabaquismo ha disminuido de forma sostenida desde 1990.

El consumo de alcohol, otro factor de riesgo importante para el desarrollo de cánceres del labio y de la cavidad bucal, causó 177 757 muertes en el año 2020, y la mayoría de los casos nuevos (377 713 casos en 2020) se atribuyen en gran medida a su consumo. Cuando se

combinan el consumo de alcohol y el tabaco, el riesgo de cáncer oral aumenta hasta quince veces. Asimismo, es más probable que ocurran lesiones dentales por accidentes o caídas cuando se ha consumido alcohol, y los adultos mayores de los países de ingresos altos presentan un mayor consumo en comparación con los de países de ingresos medios.(24)

En muchos países se ha visto que un bajo nivel socioeconómico aumenta las probabilidades de tener enfermedades bucales como la caries, problemas periodontales y cáncer oral, mientras que personas que se encuentran bien económicamente pueden cubrir los gastos y tener acceso a servicios odontológicos. Los adultos mayores que viven en zonas urbanas también tienen más probabilidades de haber recibido atención por un problema bucal que los de zonas rurales lo que refleja las desigualdades multifacéticas en el acceso a la atención dental.(24)

#### 2.3.8. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal

Los instrumentos validados y comúnmente utilizados, dirigidos a las personas mayores, incluyen el Índice de Evaluación de la Salud Bucal General o Geriátrica (GOHAI), el Impacto Oral en el Rendimiento Diario (OIDP) y el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14), siendo este último el más empleado por investigadores y odontólogos.

El Perfil de Impacto en la Salud Bucal fue elaborado originalmente por Slade y Spencer en Australia, diseñado para medir el impacto negativo de los problemas bucales en la vida de una persona, e incluye 49 ítems (OHIP-49), creados con base en declaraciones recopiladas en entrevistas con pacientes. Estos ítems se agrupan en siete dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía, basadas en el modelo teórico propuesto por Locker. Posteriormente, se desarrollaron versiones abreviadas de este instrumento, destacando el Perfil de Impacto en la Salud Bucal-14 (OHIP-14).(30)

### 2.3.9. Perfil de Impacto en la salud bucal (OHIP- 14)

El OHIP-14 es un instrumento comúnmente utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Posee adecuada fiabilidad, validez y precisión.

Desde su publicación, el OHIP-14 ha sido traducido a diversos idiomas. Además, ha sido utilizado en múltiples poblaciones y contextos; asimismo, se ha evaluado el desempeño del instrumento en la población general, en pacientes jóvenes sometidos a tratamiento de ortodoncia, en poblaciones indígenas y en mujeres posparto.

El cuestionario de 14 ítems comprende siete dominios: limitación funcional (dificultades para pronunciar palabras y cambios en el sentido del gusto), dolor físico (dolor en la boca e incomodidad al masticar alimentos), malestar psicológico (conciencia de sí mismo y sensación de tensión), discapacidad física (alimentación deficiente y alteraciones en la ingesta de alimentos), discapacidad psicológica (dificultad para tranquilizarse y experiencia de vergüenza), discapacidad social (irritabilidad y problemas para realizar tareas diarias) y minusvalía (percibir la vida como menos satisfactoria). Se pregunta a los participantes si han experimentado el problema descrito en cada ítem durante los últimos 12 meses.(31)

Cada ítem se evalúa mediante la misma pregunta: “¿Con qué frecuencia durante el último año ha experimentado la siguiente situación debido a un problema con sus dientes, boca, dentadura postiza?”

Las calificaciones se realizan en una escala Likert de cinco puntos codificada como nunca (puntuación 0), casi nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3) y casi siempre (4).

Los rangos de puntuación oscilan entre 0 y 14 o entre 0 y 56, obtenidos mediante la suma de los puntajes de las preguntas individuales; en consecuencia, las puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida relacionada con la salud bucal.(32)

### 2.3.10. Índice de dientes cariados, perdidos y obturados

Este índice fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson (1930). Se ha establecido como el índice principal en los estudios odontológicos destinados a medir la prevalencia de caries, ya que refleja la experiencia de caries pasada y actual, al considerar dientes con caries activas y dientes que han recibido tratamientos.

La caries se registra como presente cuando una lesión en una fosa o fisura, o sobre una cara libre, presenta una cavidad inconfundible, esmalte socavado o un suelo o pared visiblemente reblandecidos. Un diente con una restauración temporal, o uno que esté sellado pero deteriorado, se considera como caries. Cuando la corona se ve afectada en gran medida por caries y únicamente está presente la raíz, se anota como caries coronal.

Un diente se considera obturado cuando presenta una o múltiples restauraciones definitivas y no hay caries coronal.

Un diente se considera perdido cuando ha sido extraído debido a la presencia de caries o por otra razón, ya sea que haya sido extraído por motivos ortodónticos, enfermedad periodontal, traumatismos, agenesia dental, entre otros. (33)

La base para el cálculo del índice CPOD es de 28 dientes. Para obtener el resultado, se suman los dientes considerados como cariados, perdidos y obturados. Para hallar el valor del índice CPOD comunitario, se suman los dientes cariados, perdidos y obturados y luego se divide entre el total de examinados.

### 2.3.11. Índice de Higiene Oral Simplificado

Este índice mide la superficie del diente cubierta por desechos y cálculo. Está compuesto por un índice de desechos simplificado (IPB) y un índice de cálculo simplificado.

Se evalúan las caras vestibulares del incisivo central superior derecho (pieza 1,1) y del incisivo central inferior izquierdo (pieza 3,1). Si estos dientes están ausentes, se toman como reemplazo el incisivo central superior izquierdo (pieza 2,1) o el incisivo central inferior

derecho (pieza 4,1). Para el sector posterior, se examina la superficie bucal del primer molar superior derecho (pieza 1,6) y del primer molar superior izquierdo (pieza 2,6), y se evalúan las superficies linguales de los primeros molares inferiores. En caso de ausencia de estas piezas, se evaluarán los segundos molares.

Después de obtener los valores de placa blanda y placa calcificada, se calcula el promedio de placa blanda (IPB) y el promedio de placa calcificada (IPC), sumando y dividiendo los valores entre el número de superficies examinadas. Finalmente, para obtener el IHO-S, se suma el promedio de IPB y el de IPC; según este valor se determina el nivel del índice de higiene oral simplificado, que corresponde al grado clínico de higiene bucal(34)

#### **2.4. Definición de términos**

1. Adulto mayor: Persona con edad superior a 60 años.(35)
2. Calidad de vida: Concepto genérico que refleja interés en modificar y mejorar las condiciones de vida (p.ej. el entorno físico, político, moral y social) al igual que la salud y la enfermedad.(36)
3. Salud bucal: Estado óptimo de la boca y el funcionamiento normal de los órganos de la boca sin signos de enfermedad. (37)
4. Perfil de impacto en la salud bucal: Mide la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Evalúa la limitación funcional, el dolor físico, el malestar psicológico, la incapacidad física, la incapacidad psicológica, la incapacidad social y la minusvalía.(38)
5. Envejecimiento. Cambios graduales e irreversibles en la estructura y función de un organismo que se producen como consecuencia del paso del tiempo.(39)

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Diseño de investigación**

El estudio es observacional, ya que no se realizó ninguna intervención en la muestra de estudio. Es transversal, debido a que los datos se obtuvieron en un único momento, luego de haber realizado la investigación.

Es de nivel relacional, ya que se evaluó la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en los adultos mayores.

Es analítico, puesto que se evaluaron dos variables de estudio.

#### **3.2. Población y muestra de estudio**

Población

Adultos mayores que acudieron al Centro del Adulto Mayor de Tacna durante el año 2024.

La muestra estuvo conformada por 120 adultos mayores.

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico, dentro del cual se empleó el muestreo intencional, y se trabajó con los adultos mayores que accedieron a participar del estudio y que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Personas que tengan 60 años en adelante
- Personas que sean capaces de entender los procedimientos del estudio
- Personas que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Personas que no firmen el consentimiento informado
- Personas que presenten incapacidad física que les impida responder el cuestionario
- Personas con impedimento mental

Consideraciones éticas

Se siguieron principios éticos, incluido el consentimiento informado, la confidencialidad y el derecho a retirarse de la participación en cualquier momento sin brindar un motivo.

Se solicitó la revisión del proyecto de investigación al Comité Institucional de Ética en Investigación de Es Salud. La investigación se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos de la Declaración de Helsinki.

### **3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

El enrolamiento se realizó en el Centro del Adulto Mayor de EsSalud Tacna, de lunes a viernes, entre las 7:30 a. m. y las 5:00 p. m., y duró aproximadamente tres semanas. Se dejó de enrolar participantes cuando se alcanzó el número de adultos mayores que firmaron el consentimiento informado.

Se abordó a todas las personas que se encontraban en el Centro del Adulto Mayor de EsSalud Tacna.

La encuestadora se acercó a cada uno de los participantes, se presentó, explicó que se encontraba realizando un estudio y solicitó permiso para evaluar si el paciente cumplía con los criterios de inclusión para participar en el estudio.

Cuando un sujeto cumplía con los criterios de inclusión, la investigadora lo condujo a una sala privada, luego de haber asistido a sus talleres, para explicarle con mayor detalle el estudio. Le explicó verbalmente el objetivo del estudio y en qué consistiría su participación. Además, se le entregó el documento de consentimiento informado con información sobre el estudio (Anexo 1).

Se brindó un tiempo prudente para que el participante pudiera leer el consentimiento y aclarar sus dudas. Finalmente, si el participante aceptó participar en el estudio, firmó el documento del consentimiento informado.

La intervención fue brindada por una odontóloga que contó con cinco años de experiencia.

Se pactó previamente la evaluación con el paciente de manera presencial.

La evaluación fue brindada en un salón del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Tacna, durante el turno de la mañana (7:30 a. m. a 12:00 m.) y el turno de la tarde (2:00 p. m. a 5:30 p. m.), durante tres semanas comprendidas entre los meses de octubre y noviembre de 2024.

La evaluadora recolectó las variables de interés en dos pasos: aplicación del cuestionario y evaluación oral. Todo este proceso se realizó en un salón del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Tacna.

Para medir la variable calidad de vida, primero se aplicó el cuestionario Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14), el cual contó con 14 preguntas distribuidas en siete dimensiones (limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía). Cada pregunta presentó cinco alternativas de respuesta (escala de Likert): nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente

y casi siempre, con un puntaje que varió de 0 a 56 puntos; de modo que un valor cercano a 0 indicó una buena calidad de vida, mientras que un puntaje cercano a 56 indicó una mala calidad de vida.

Posteriormente, para medir la variable salud bucal, se realizó la evaluación oral a cada uno de los participantes. Para ello, se utilizaron 120 bajalenguas, una linterna, revelador de placa (Eviplac), 120 microbrushes, campos descartables, guantes descartables y barbijos. Se pidió a los participantes que se sentaran; luego, la investigadora realizó un examen oral a cada uno para detectar la presencia de lesiones cariosas, restauraciones y dientes perdidos, además de evaluar la presencia de placa blanda y placa dura. Todos los datos fueron registrados en el instrumento de recolección de datos.

### **3.4 Análisis estadístico**

Para analizar los resultados del índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) y del índice de higiene oral simplificado (IHOS), además del cuestionario de Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14), se utilizó estadística descriptiva, la cual se presentó en forma de frecuencias y porcentajes. Los datos fueron ingresados mediante doble digitación en el programa Excel y exportados al paquete estadístico SPSS versión 27.

Para el análisis inferencial, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que las variables cualitativas no presentaron una distribución normal, condición que fue verificada mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Todas las pruebas se realizaron con un nivel de significancia de 0,05.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### Tablas de contingencias de la salud bucal relacionado con la calidad de vida.

**Tabla 1.** *Índice de CPOD relacionado con el nivel de calidad de vida en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.*

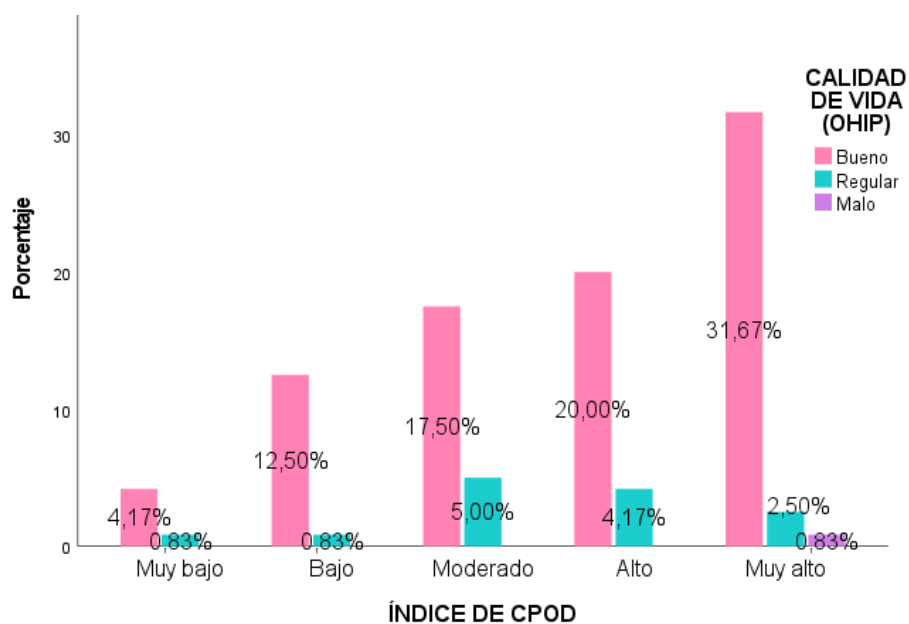
Índice de CPOD	Calidad de vida (OHIP-14)							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy bajo	5	4,17	1	0,83	0	0,00	6	5,00
Bajo	15	12,50	1	0,83	0	0,00	16	13,33
Moderado	21	17,50	6	5,00	0	0,00	27	22,50
Alto	24	20,00	5	4,17	0	0,00	29	24,17
Muy alto	38	31,67	3	2,50	1	0,83	42	36,00
<b>Total</b>	103	85,83	16	13,33	1	0,83	120	100,00

*Fuente: Tabla N° 4 y 7*

$$x_{cal}^2 = 6,111 \quad p = 0,635$$

#### Interpretación

En la Tabla 1, se observa la relación del índice CPOD con la calidad de vida. Se evidencia un ligero predominio de adultos mayores que presentan un índice de CPOD muy alto y, a su vez, una buena calidad de vida, lo que representa el 31,67 %. Dado que el p-valor = 0,635 es mayor que el nivel de significancia ( $\alpha = 0,05$ ), se concluye que el índice CPOD no se relaciona con la calidad de vida, con un 95 % de confiabilidad.



**Figura 1.** Índice de CPOD relacionado con el nivel de calidad de vida en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

Fuente: Tabla 1

**Tabla 2.** Índice de higiene oral simplificado relacionado con el nivel de calidad de vida en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

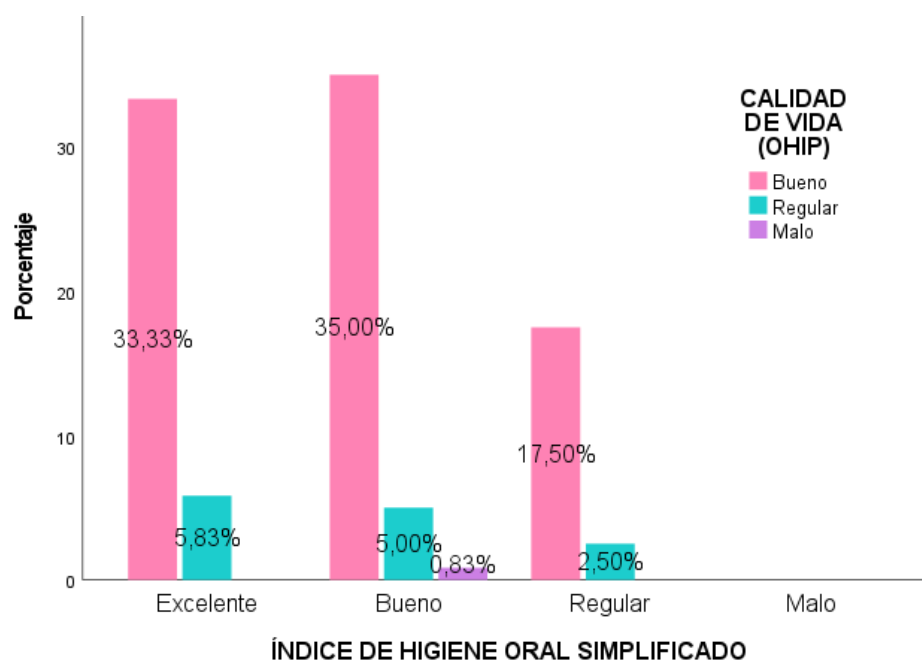
Índice de higiene oral simplificado	Calidad de vida (OHIP-14)							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Excelente	40	33,33	7	5,83	0	0,00	47	39,17
Bueno	42	35,00	6	5,00	1	0,83	49	40,83
Regular	21	17,50	3	2,50	0	0,00	24	20,00
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>85,83</b>	<b>16</b>	<b>13,33</b>	<b>1</b>	<b>0,83</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Tabla N° 5 y 7

$$x_{cal}^2 = 1,602 \quad p = 0,809$$

## Interpretación

En la Tabla 2, se observa la relación del Índice de Higiene Oral Simplificado con la calidad de vida. Se evidencia un ligero predominio de adultos mayores que presentan buena higiene oral y, a su vez, una buena calidad de vida, lo que representa el 35 %. Dado que el p-valor = 0,809 es mayor que el nivel de significancia ( $\alpha = 0,05$ ), se concluye que el Índice de Higiene Oral Simplificado no se relaciona con la calidad de vida, con un 95 % de confiabilidad.



**Figura 2.** Índice de higiene oral simplificado relacionado con el nivel de calidad de vida en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

Fuente: Tabla 2.

## VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Antes de verificar la prueba de hipótesis, se comprobó si las variables cumplían el supuesto de normalidad respecto de sus instrumentos de medición, a saber: salud bucal (Índice de CPOD e Índice de higiene oral simplificado) y calidad de vida (OHIP-14). Para ello, se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov ( $n > 50$ ), mediante la cual se verificó la normalidad de los datos del presente estudio de investigación

### PRUEBA DE NORMALIDAD

#### 1) Formular hipótesis

**H<sub>0</sub>:** La distribución de la variable de medición en estudio es normal

**H<sub>1</sub>:** La distribución de la variable de medición en estudio no es normal.

#### 2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5\% = 0,05$$

#### 3) Estadística de prueba

**Tabla 3**

*Pruebas de normalidad*

Instrumentos de medición	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Índice de CPOD	0,167	120	< 0,001
Índice de higiene oral simplificado	0,198	120	< 0,001
Calidad de vida	0,137	120	< 0,001

Fuente: SPSS versión 27,0

#### 4) Decisión

Como los p-valor=sig. (< 0,001) son menores que el nivel de significancia ( $\alpha=0,05$ ), entonces se rechaza H<sub>0</sub>.

## 5) Conclusión

Con un 5 % de significancia, se concluye que la distribución de la variable de medición en estudio no es normal, luego de efectuar la prueba de normalidad; estos resultados demuestran que los puntajes no siguen una distribución normal. En consecuencia, el estadístico de prueba para comprobar la hipótesis debe corresponder a métodos no paramétricos.

## VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

“Existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024”.

### 1) Planteamiento de la hipótesis

$H_1$ : Existe relación entre la salud bucal (Índice de CPOD) y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024

$H_0$ : No existe relación entre la salud bucal (Índice de CPOD) y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

### 2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5\% = 0,05$$

### 3) Estadístico de prueba

**Tabla 4**

*Prueba de Rho de Spearman del Índice del CPOD relacionado con la calidad de vida.*

<b>RHO DE SPEARMAN</b>			
		<b>Índice CPOD</b>	<b>Calidad de vida</b>
<b>Índice CPOD</b>	coeficiente de correlación	1,000	-0,050
	sig. (bilateral)	.	0,585
	n	120	120
<b>Calidad de vida</b>	coeficiente de correlación	-0,050	1,000
	sig. (bilateral)	0,585	.
	n	120	120

*Fuente: SPSS versión 27.0*

$$\rho = -0,050 \quad p = 0,585$$

### 4) Decisión

Como p-valor= 0,585 es mayor al nivel de significancia  $\alpha=0,05$ ; entonces no se rechaza  $H_0$ .

### 5) Conclusión

Al nivel del 5 % de significancia se concluye que no existe relación entre la salud bucal (Índice de CPOD) y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

#### 1) Planteamiento de la hipótesis

$H_1$ : Existe relación entre la salud bucal (Índice de higiene oral simplificado) y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

$H_0$ : No existe relación entre la salud bucal (Índice de higiene oral simplificado) y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

**2) Nivel de significancia**

$$\alpha = 5\% = 0,05$$

**3) Estadístico de prueba****Tabla 5**

*Prueba de Rho de Spearman del Índice de higiene oral simplificado relacionado con la calidad de vida.*

<b>RHO DE SPEARMAN</b>			
		<b>Índice de higiene oral simplificado</b>	<b>Calidad de vida</b>
<b>Índice de higiene oral simplificado</b>	coeficiente de correlación	1,000	-0,022
	sig. (bilateral)	.	0,815
	n	120	120
<b>Calidad de vida</b>	coeficiente de correlación	-0,022	1,000
	sig. (bilateral)	0,815	.
	n	120	120

*Fuente: SPSS versión 27.0*

$$\rho = -0,022 \quad p = 0,815$$

**4) Decisión**

Como p-valor= 0,815 es mayor al nivel de significancia  $\alpha=0,05$ ; entonces no se rechaza  $H_0$ .

**5) Conclusión**

Al nivel del 5% de significancia, se concluye que no existe relación entre la salud bucal (Índice de higiene oral simplificado) y la calidad de vida en pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024.

**Tabla 6.**

*Distribución de las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.*

Dimensiones	Niveles	Pacientes	
		Nº	%
Limitación funcional	Bueno	99	82,50
	Regular	16	13,33
	Malo	5	4,17
	Total	120	100,00
Dolor físico	Bueno	68	56,67
	Regular	44	36,67
	Malo	8	6,67
	Total	120	100,00
Molestias Psicológicas	Bueno	75	62,50
	Regular	31	25,83
	Malo	14	11,67
	Total	120	100,00
Incapacidad física	Bueno	98	81,67
	Regular	22	18,33
	Malo	0	0,00
	Total	120	100,00
Incapacidad Psicológica	Bueno	106	88,33
	Regular	11	9,17
	Malo	3	2,50
	Total	120	100,00
Incapacidad social	Bueno	113	94,17
	Regular	7	5,83
	Malo	0	0,00
	Total	120	100,00
Minusvalía	Bueno	110	91,67
	Regular	10	8,33
	Malo	0	0,00
	Total	120	100,00

*Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes*

## INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se clasificó a los 120 pacientes según las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, mostrándose los siguientes resultados:

En la dimensión “Limitación funcional”, el 82,50 % de los pacientes evaluados se encuentra en el nivel bueno, en tanto que el 13,33 % se ubica en el nivel regular; por el contrario, un grupo minoritario de pacientes se sitúa en el nivel malo, lo que representa el 4,17 %. Esto permite afirmar que la mayoría de los pacientes evaluados se encuentra en el nivel bueno en la dimensión limitación funcional de la calidad de vida en los adultos mayores.

En la dimensión “Dolor físico”, el 56,67 % de los pacientes evaluados se encuentra en el nivel bueno, el 36,67 % se ubica en el nivel regular; mientras que el 6,67 % se sitúa en el nivel malo. Esto permite afirmar que, en la dimensión dolor físico, la mayoría de los pacientes adultos mayores evaluados se encuentra en el nivel bueno de la calidad de vida.

En la dimensión “Molestias psicológicas”, el 62,50 % de los pacientes evaluados se encuentra en el nivel bueno, el 25,83 % se ubica en el nivel regular; mientras que el 11,67 % se sitúa en el nivel malo. Esto permite afirmar que, en la dimensión molestias psicológicas, la mayoría de los pacientes adultos mayores evaluados se encuentra en el nivel bueno de la calidad de vida.

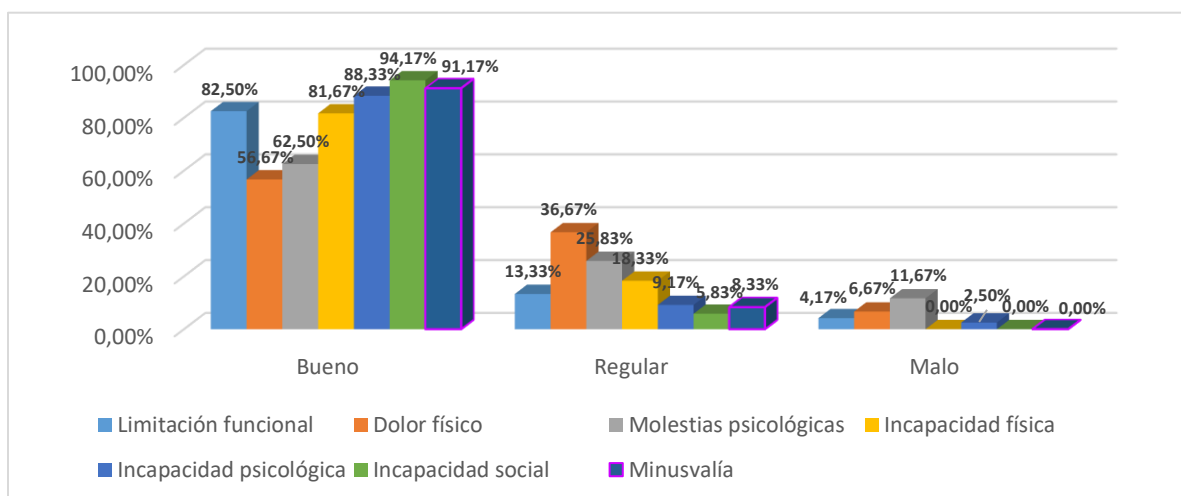
En la dimensión “Incapacidad física”, el 81,67 % de los pacientes evaluados se encuentra en el nivel bueno, el 18,33 % se ubica en el nivel regular; mientras que ningún paciente se sitúa en el nivel malo. Esto permite afirmar que, en la dimensión incapacidad física, la mayoría de los pacientes adultos mayores evaluados se encuentra en el nivel bueno de la calidad de vida.

En la dimensión “Incapacidad psicológica”, el 88,33 % de los pacientes evaluados se encuentra en el nivel bueno, el 9,17 % se ubica en el nivel regular; mientras que el 2,50 % se sitúa en el nivel malo. Esto permite afirmar que, en la dimensión incapacidad psicológica, la

mayoría de los pacientes adultos mayores evaluados se encuentra en el nivel bueno de la calidad de vida.

En la dimensión “Incapacidad social”, el 94,17 % de los pacientes evaluados se encuentra en el nivel bueno, el 5,83 % se ubica en el nivel regular; sin embargo, ningún paciente se sitúa en el nivel malo. Esto permite afirmar que, en la dimensión incapacidad social, la mayoría de los pacientes adultos mayores evaluados se encuentra en el nivel bueno de la calidad de vida.

Finalmente, en la dimensión “Minusvalía”, el 91,67 % de los pacientes evaluados se encuentra en el nivel bueno, el 8,33 % se ubica en el nivel regular; sin embargo, ningún paciente se sitúa en el nivel malo. Esto permite afirmar que, en la dimensión minusvalía, la mayoría de los pacientes adultos mayores evaluados se encuentra en el nivel bueno de la calidad de vida.



**Figura 3.** Distribución de las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

Fuente: Tabla 6.

**Tabla 7.**

*Distribución del nivel de calidad de vida en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.*

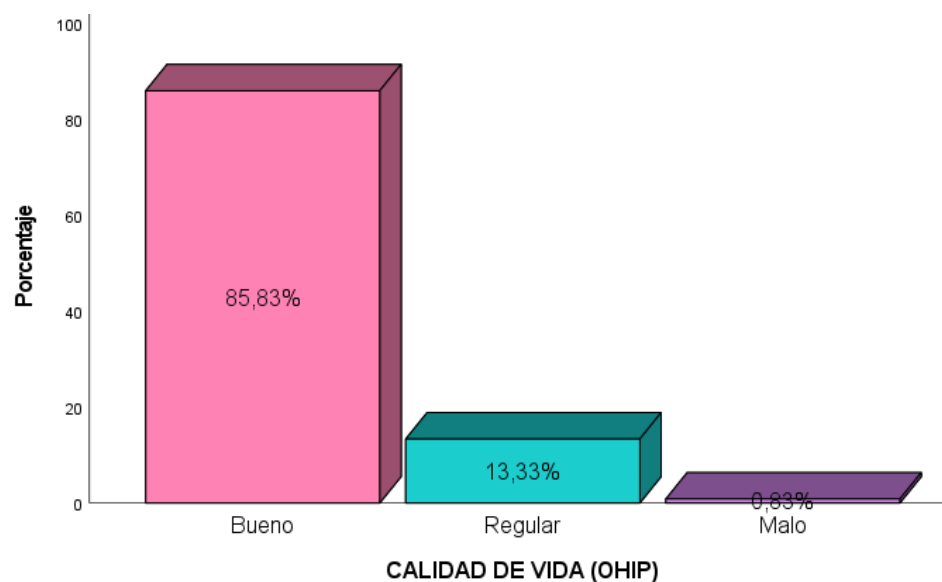
Niveles	Pacientes	
	Nº	%
Bueno	103	85,83
Regular	16	13,33
Malo	1	0,83
Total	120	100,00

*Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes.*

## INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se clasificaron a los 120 pacientes según la calidad de vida, donde se muestran los siguientes resultados:

Se observa en la tabla que, en general, respecto a la calidad de vida de los pacientes adultos mayores evaluados, en cuanto a las siete dimensiones, los pacientes evaluados presentan una calidad de vida buena en un 85,83 %; por otro lado, el 13,33 % presenta una calidad de vida regular; en cambio, el 0,83 % de los pacientes presentó una mala calidad de vida. Por lo cual, se afirma que la mayoría de los pacientes adultos mayores evaluados presenta una buena calidad de vida en sus siete dimensiones.



**Figura 4.** Distribución del nivel de calidad de vida en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

Fuente: Tabla 7.

**Tabla 8.** Distribución del nivel de prevalencia del Índice de CPOD en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

Niveles	Pacientes	
	N°	%
Muy bajo (0,0-1,1)	6	5,00
Bajo (1,2-2,6)	16	13,33
Moderado (2,7-4,4)	27	22,50
Alto (4,5-6,5)	29	24,17
Muy alto (> de 6,6)	42	35,00
Total	120	100,00

Fuente: Odontograma aplicado a los pacientes.

## INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se clasificaron a los 120 pacientes según el nivel de prevalencia del Índice de CPOD, donde se muestran los siguientes resultados:

El 35 % de los pacientes encuestados presenta una muy alta prevalencia de caries de CPOD, seguido del 24,17 %, que presenta una prevalencia alta de caries; el 22,50 %, una prevalencia moderada de caries; el 13,33 %, una baja prevalencia de caries de CPOD; en cambio, el 5 % restante presenta una muy baja prevalencia de caries dental.

Por lo cual, se afirma que una mayor proporción de los pacientes encuestados presenta una muy alta prevalencia de caries de CPOD en el Centro del Adulto Mayor.



**Figura 5.** *Distribución del nivel de prevalencia de CPOD en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.*

*Fuente: Tabla 8.*

**Tabla 9.** *Distribución del nivel del Índice de higiene oral simplificado en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.*

Niveles	Pacientes	
	Nº	%
Excelente (0)	47	39,17
Bueno (0,1-1,2)	49	40,83
Regular (1,3-3,0)	24	20,00
Malo (3,1-6,0)	0	0,00
Total	120	100,00

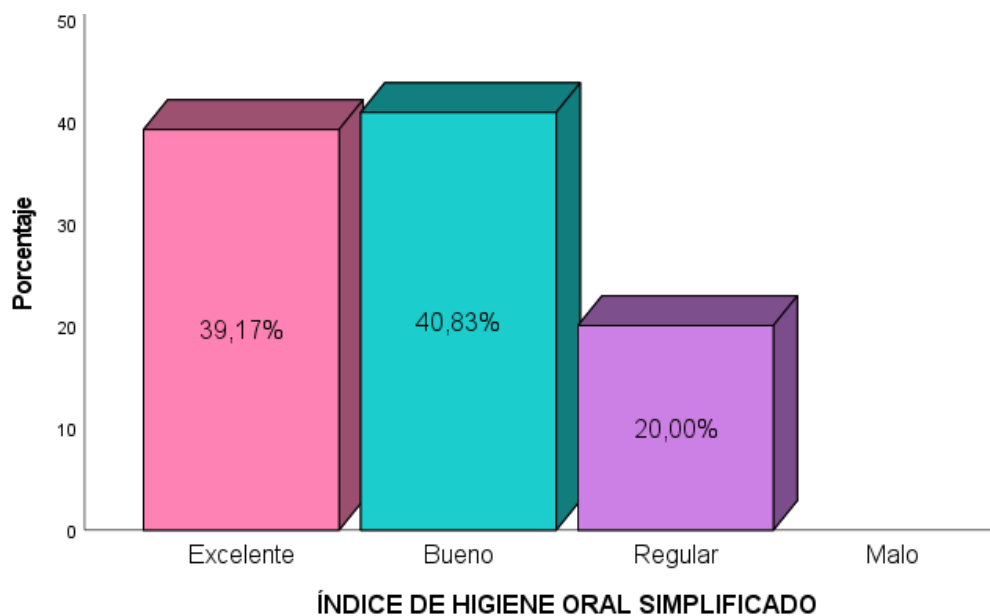
*Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes.*

## INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se clasificaron a los 120 pacientes según el nivel del Índice de Higiene Oral Simplificado, donde se muestran los siguientes resultados:

El 40,83 % de los pacientes presenta un Índice de Higiene Oral Simplificado bueno, seguido del 39,17 %, que presenta un índice excelente de higiene oral simplificado; en cambio, el 20 % restante presenta un índice de higiene oral simplificado regular, de los cuales ningún paciente presentó un índice malo de higiene oral simplificado.

Por lo cual, se afirma que una mayor proporción de los pacientes presenta un Índice de Higiene Oral Simplificado bueno en el Centro del Adulto Mayor.



**Figura 6.** Distribución del nivel del Índice de higiene oral simplificado en los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

Fuente: Tabla 9.

### Características sociodemográficas

**Tabla 10.** Distribución del sexo de los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.

Sexo	Pacientes	
	N°	%
Masculino	27	22,50
Femenino	93	77,50
Total	120	100,00

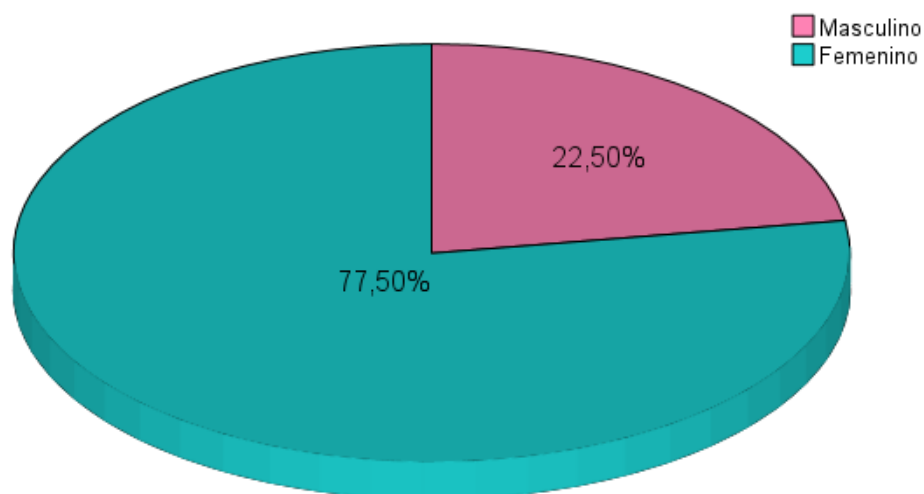
Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes.

### INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se clasificaron a los 120 pacientes según sexo, donde se muestran los siguientes resultados:

El 77,50 % de los pacientes corresponde al sexo femenino; en cambio, el 22,50 % restante corresponde al sexo masculino.

Por lo cual, se afirma que la mayoría de los pacientes pertenece al sexo femenino.



**Figura 7.** *Distribución del sexo de los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.*

*Fuente: Tabla 10.*

**Tabla 11.** *Distribución de la edad de los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.*

Edad (Años)	Pacientes	
	N°	%
60-69 años	20	16,67
70-79 años	72	60,00
80 a más	28	23,33
Total	120	100,00

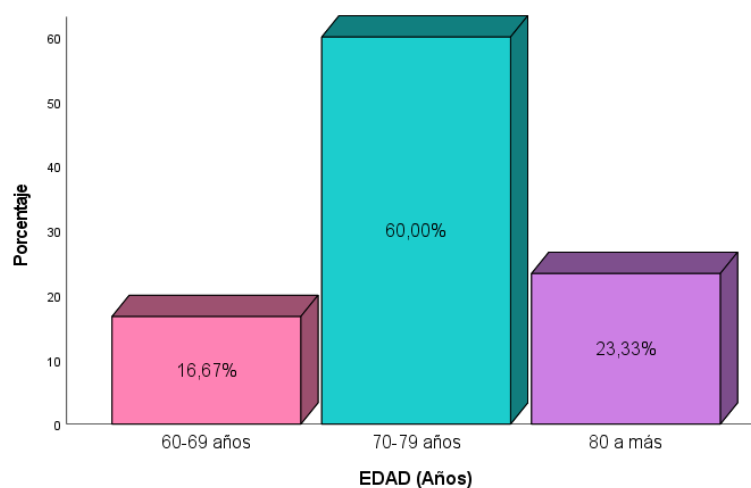
*Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes.*

## INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se clasificó a los 120 pacientes según edad, donde nos muestran los siguientes resultados:

El 60 % de los pacientes encuestados tienen de 70 a 79 años, seguido del 23,33 % que tienen a más de 80 años, en cambio, el 16,67 % de los pacientes tienen de 60 a 69 años.

Por lo cual se afirma que la mayoría de los pacientes encuestados tienen de 70 a 79 años en el centro del adulto mayor.

**Figura 8.** *Distribución de la edad de los pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.*

*Fuente: Tabla 11*

## DISCUSIÓN

En este estudio se describe la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor. Los resultados muestran que el índice CPOD poblacional fue de 18,24, lo que indica una muy alta severidad de caries, hallándose también que el CPOD fue muy alto en el 35 % de los casos, alto en un 24,7 % y moderado en un 22,50 %. Además, se encontró que el promedio de dientes cariados por paciente fue de 2, el de dientes perdidos fue de 14 y el de dientes obturados fue de 2. Por el contrario, un estudio encontró que solo el 5,1 % de los encuestados tenía más de 20 dientes y presentaban, en promedio, 6 dientes.(40) Además, otro estudio obtuvo un promedio de 1 dienteariado, 8 dientes perdidos y 5 dientes obturados.(41). Asimismo, otro estudio obtuvo que el promedio de los dientes perdidos fue de 11.(42). También, otro estudio encontró un promedio de 13 dientes obturados y 26 dientes cariados además, de que el 34,5% fue edéntulo total.(43) En cambio en nuestro estudio se encontró que solo el 9% de pacientes presento edentulismo total.

En cuanto a la higiene oral, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado, encontrándose que fue bueno en un 40,8 %, excelente en un 39,17 % y regular en un 20 %. Por el contrario, en el estudio realizado por Villareal, se encontró que el 76,8 % de los participantes presentó una higiene bucal mala y solo el 1,8 % presentó una buena higiene bucal.(43)

También se encontró que la media del OHIP-14 fue de 8,93. La mayoría de los participantes informaron una buena calidad de vida relacionada con la salud bucal, representando el 85,8 %, mientras que el 13,3 % presentó una calidad de vida regular. En cuanto a las dimensiones del OHIP-14, se observó que, dentro de las siete dimensiones, predominó una buena percepción de la calidad de vida; sin embargo, se identificó una mala percepción únicamente en algunas dimensiones, principalmente en molestias psicológicas (11,67 %), seguida de dolor físico (6,6 %), limitación funcional (4,1 %) e incapacidad psicológica (2,5 %). Por el contrario, un estudio encontró que, al evaluar a los participantes, el ítem “Ha sentido un fuerte dolor en la boca”, incluido en el dominio de dolor físico, y el

ítem “Ha sentido que la vida en general empeoró por problemas con los dientes, la boca o las prótesis dentales”, correspondiente al dominio de minusvalía, presentaron los puntajes más altos (media: 0,56; DE: 0,23). Asimismo, el ítem “Ha sentido dificultad para realizar actividades diarias debido a problemas con los dientes, la boca o las prótesis dentales”, perteneciente al dominio de incapacidad social, mostró los valores más bajos (media: 0,008; DE: 0,08).(44) Además, otro estudio reportó que el 13,5 % de los encuestados obtuvo una puntuación de 0 en el OHIP-14, lo que indica la ausencia de impacto de las condiciones bucales; asimismo, la media (DE) del OHIP-14 fue de 17,6 (42). De igual manera, otro estudio encontró que los participantes presentaron una puntuación media de 8,1 en el OHIP-14, lo cual se relaciona con los hallazgos del presente estudio, dado que la media del OHIP-14 fue de 8,93. En dicho estudio, también se observó que la mayor prevalencia de problemas correspondió a las dimensiones de molestias psicológicas (60,2 %), seguida del dolor físico (51,7 %) y la incapacidad física (40,9 %), resultados que se asemejan a los obtenidos en esta investigación. (45). Asimismo, un estudio determinó que los tres problemas más frecuentes se presentaron en las dimensiones de dolor físico, incapacidad social y minusvalía, evidenciándose una mala calidad de vida, y que la puntuación media del OHIP-14 fue de 11.(46) Mientras que, en otro estudio, la puntuación media del OHIP fue de 24,4, y la mayoría de los participantes presentó una buena calidad de vida en la dimensión de incapacidad física; no obstante, en las dimensiones de dolor físico e incapacidad psicológica se reportó una mala calidad de vida.(47). La media del OHIP-14 de este estudio fue de 8,93, este resultado es semejante a otro estudio en la cual la media fue de 9,2.(48) y la media del OHIP del estudio de Villareal fue de 8,90.(43) Por el contrario en el estudio de Chan y col. se halló que la media del OHIP-14 fue de 4,5.(49)

Este estudio reveló que se presentó una buena calidad de vida en el 85,8 %, lo cual concuerda con el estudio de Espinoza, en el que el 66,8 % de los participantes presentó una buena calidad de vida.(50) Por el contrario, en el estudio de Pintado se encontró un predominio de una calidad de vida regular, con un 45,7 %.(51)

El presente estudio encontró que no existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida; sin embargo, otros estudios concluyeron que un mal estado de salud bucal se asocia negativamente con el deterioro de la calidad de vida.(45) (48) (49) (52) (53) (51) (43)

La dimensión que presentó mayor porcentaje de un OHIP-14 malo fue la de molestias psicológicas con un 11,67% lo que concuerda con el estudio de Morales.(53) y Espinoza en donde se encontró que un 61,4 % tuvo molestias psicológicas.(50) Por el contrario, en el estudio de Pintado se encontró una mala percepción sobre su calidad de vida en la dimensión de incapacidad física con un 69,96 %.(51) Mientras que en el estudio de Villareal se encontró que los problemas más frecuentes fueron en la dimensión de dolor físico (88,2 %) y molestias psicológicas (75,9 %).(43)

## CONCLUSIONES

1. Se ha determinado que no existe relación entre la salud bucal (Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados e Índice de Higiene Oral Simplificado) y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna, 2024, de acuerdo con el resultado obtenido en la prueba estadística del coeficiente de Rho de Spearman.
2. Se ha determinado que el impacto en la calidad de vida, según las dimensiones de limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, psicológica y social, y minusvalía de los pacientes adultos mayores presentaron un predominio de impacto bueno en cada dimensión de la calidad de vida.
3. Se ha determinado que el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), de los pacientes adultos mayores evaluados presentan un predominio de un índice muy alto que representa el 35 % (> de 6,6) por persona y el Índice CPOD poblacional obtenido en la muestra de 120 pacientes, mediante la aplicación de odontogramas fue de 18,24, lo que nos indica que presentan una muy alta severidad de la experiencia de caries dental.
4. Se ha determinado que el índice de higiene oral simplificado de los pacientes adultos mayores, presentan un índice bueno de higiene oral que representa el 40,83 %.
5. Se ha determinado que, en cuanto a las características sociodemográficas en relación con el sexo, se observa un predominio de adultos mayores del sexo femenino, que representa el 77,50 %; y, con respecto a la edad, se observa un predominio de los pacientes adultos mayores que tienen edades de 70 a 79 años, lo que representa el 60 % del total de pacientes evaluados.

## RECOMENDACIONES

1. Para futuras investigaciones, se recomienda tomar en cuenta la variable interviniente la cual es la rehabilitación oral del paciente sea por medio de prótesis fija o removible, con la finalidad de controlar los resultados y medir con precisión la relación entre la salud bucal y la calidad de vida.
2. Se recomienda a los adultos mayores, que, para poder seguir teniendo una buena percepción sobre su calidad de vida y salud bucal, seguir con una adecuada rutina de cuidado de su salud bucal, a fin de prevenir problemas futuros.
3. Debido al alto nivel de índice CPOD encontrado en los adultos mayores, se recomienda que el Seguro Social de Salud implemente programas integrales de salud bucal enfocados en la prevención, detección precoz y tratamiento adecuado de las enfermedades bucodentales.
4. Se recomienda a los adultos mayores continuar con buenos hábitos de higiene bucal, tales como el cepillado dental y el uso diario del hilo dental, así como acudir al odontólogo, como mínimo, una vez al año y mantener una dieta saludable sin exceso de azúcares.
5. Se recomienda que los Centros del Adulto Mayor brinden mayor apoyo social y emocional, así como actividades específicas dirigidas a las mujeres de 70 a 79 años, de modo que este espacio contribuya a su bienestar, autonomía y convivencia, mejorando su calidad de vida frente a los retos de la vejez.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bianco A et al. Oral Health Status and the Impact on Oral Health-Related Quality of Life among the Institutionalized Elderly Population: A Cross-Sectional Study in an Area of Southern Italy. *Int J Environ Res Public Health*.2021;18(4):2175
2. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://m.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/#lista>
4. Cuidado con la salud bucal del adulto mayor [Internet]. [citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/38191-cuidado-con-la-salud-bucal-del-adulto-mayor>
5. Riva F, Seoane M, Reichenheim ME, Tsakos G, Celeste RK. Adult oral health-related quality of life instruments: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*.2022;50(5):333-8.
6. Chan PY, Tan ZHJ, Saffari SE, Soh YJ, Teoh KH. Functional oral status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol*.2024;52(3):313-9.
7. Echeverria MS, Wunsch IS, Langlois CO, Cascaes AM, Ribeiro Silva AE. Oral health-related quality of life in older adults-Longitudinal study. *Gerodontology*.2019;36(2):118-24.
8. Koistinen S, Olai L, Ståhlacke K, Fält A, Ehrenberg A. Oral health-related quality of life and associated factors among older people in short-term care. *Int J Dent Hyg*.2020;18(2):163-72.
9. Silva AE, Demarco FF, Feldens CA. Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. *Gerodontology*.2015;32(1):35-45.
10. Htun KC, Peltzer K. Oral health-related quality of life among community dwelling middle-aged and older adults in an urban area in Magway region, Myanmar. *Nagoya J Med Sci*.2019;81(1):103-12.
11. Kwon SR, et al. Oral health knowledge and oral health related quality of life of older adults. *Clin Exp Dent Res*. 2021;7(2):211-8.

12. Davila M, Yanira E, Garcia C. Perfil de impacto en la salud oral de ancianos del Hogar San José Hermanitas de los Ancianos Desamparados Chiclayo. (Tesis). Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020.
13. Pintado O. Percepción sobre salud oral en adultos mayores de 60 a 79 años en el Distrito de Tarata-Tacna. (Tesis). Perú. Universidad Jorge Basadre Grohman; 2021.
14. Koenig A, et al. Assessing oral health-related quality of life among older people in home based care survey results of the InSEMaP study in Germany. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):1-14
15. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *J.Dent*. 2017;56(1):78-83.
16. Goergen J, et al. Oral conditions associated with oral health related quality of life: A population-based cross-sectional study in Brazil. *J Dent*. 2023;129(1):104390
17. Mirhosseini N, Shoorgashti R, Lesan S. The evaluation of clinical factors affecting oral health impacts on the quality of life of Iranian elderly patients visiting dental clinics: A cross sectional study. *Spec Care Dentist*. 2024;44(4):1219-27
18. Espinoza DA. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de San Isidro. (Tesis). Perú. Universidad Cayetano Heredia; 2017.
19. Villarreal LC. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico «Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro» año 2011. (Tesis). Perú. Universidad Cayetano Heredia; 2012.
20. Haraldstad K, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. 2019;28(10):2641-50.
21. Azami S, Pournagh F, Moosavi A, Mohseni M, Derakhshani N, Kalajahi RA. Oral Health and Related Quality of Life in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2021;50(4):689-700.
22. Sokoya T, et al. Health Indicators as Measures of Individual Health Status and Their Public Perspectives: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*. 2022;24(6):38099.
23. Colaço J, et al. Oral health-related quality of life and associated factors in the elderly: a population-based cross-sectional study. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(10):3901-12.
24. Patel J, et al. Oral health for healthy ageing. *The Lancet Healthy Longevity*. 2021;2(8):521-7.

25. Wong FM, Ng YT, Leung WK. Oral Health and its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents. A Systematic Review. *IJERPH*. 2019;16(21):4132.
26. Choufani A, Folliguet M, El-Osta N, Rammal S, Doumit M. Oral health status and care of institutionalized elderly individuals in Lebanon. *Indio J Dent Res*. 2020;31(4):507-14.
27. Zhang K, et al. The promotion of active aging through older adult education in the context of population aging. *Front Public Health*. 2022;10:998710.
28. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020;139(1):6-11.
29. Thompson LA, Chen H. Physiology of Aging of Older Adults. *Dental Clinics of North America*. 2021;65(2):275-84.
30. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos JA. Use of Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) in Different Contexts. What Is Being Measured? *IJERPH*. 2021;18(24):13412.
31. Gera A, Cattaneo PM, Cornelis MA. A Danish version of the oral health impact profile-14 (OHIP-14): translation and cross-cultural adaptation. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):254.
32. El Osta N, Haddad E, Fakhouri J, Saad R, El Osta L. Comparison of psychometric properties of GOHAI, OHIP-14, and OHIP-EDENT as measures of oral health in complete edentulous patients aged 60 years and more. *Qual Life Res*. 2021;30(4):1199-213.
33. Petersen PE, Baez RJ, World Health Organization. Oral health surveys: basic methods [Internet]. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/97035>
34. Mora K, Calle D, Sacoto F. Índice de higiene oral simplificado en escolares de 6 años de edad, Ecuador, 2016. *Odontología Vital*. 2020;1(33):73-8.
35. Descriptores en ciencias de la salud. Adulto [Internet]. 2023 [citado 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/#1>
36. Descriptores de ciencias de la salud. calidad de vida [Internet]. 2023 [citado 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

37. Descriptores en ciencias de la salud. Salud bucal [Internet]. 2023 [citado 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
38. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):106.
39. Descriptores en ciencias de la salud. Envejecimiento [Internet]. 2023 [citado 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
40. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):106.
41. Padilla S et al. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. *CES Odontología*. 2017;30(2):16-22.
42. Sheng X, et al. Correlation between oral health and quality of life among the elderly in Southwest China from 2013 to 2015. *Medicine*. 2018;97(21):10777.
43. Villareal N. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de atención residencial geronto-geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda de Canevaro” año 2011. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia;2012.
44. Machado L, et al. Impact of Seniors Centers on oral health-related quality of life of older adults. *Rev Saude Publica*. 54:7.
45. Htun K, Peltzer K. Oral health-related quality of life among community dwelling middle-aged and older adults in an urban area in Magway region, Myanmar. *Nagoya J Med Sci*. 2019;81(1):103-12.
46. Koenig A, et al. Assessing oral health-related quality of life among older people in home-based care - survey results of the InSEMaP study in Germany. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):734.
47. Kwon SR, et al. Oral health knowledge and oral health related quality of life of older adults. *Clinical and Experimental Dental Research*. 2021;7(2):211-8.
48. Goergen J, et al. Oral conditions associated with oral health related quality of life: A population-based cross-sectional study in Brazil. *Journal of Dentistry*. 2023;129:104390.

49. Chan PY, Tan ZHJ, Saffari SE, Soh YJ, Teoh KH. Functional oral status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults in Singapore. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2024;52(3):313-9.
50. Espinoza. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES CONCURRENTES AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE SAN ISIDRO. (Tesis). Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
51. Pintado C. Percepción sobre salud oral en adultos mayores de 60 a 79 años en el Distrito de Tarata – Tacna 2020. 2021. (Tesis). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman;2021.
52. Mirhosseini N, Shoorgashti R, Lesan S. The evaluation of clinical factors affecting oral health impacts on the quality of life of Iranian elderly patients visiting dental clinics: A cross-sectional study. *Special Care in Dentistry*. 2024;44(4):1219-27.
53. Davila M. Perfil de impacto en la salud oral de ancianos del hogar San José Hermanitas de los hermanos desamparados Chiclayo Perú 2019. (Tesis). Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo;2020.

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Métodos	Instrumento
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del Centro del Adulto Mayor, Tacna 2024?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Relacionar la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024 mediante el Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14)</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud bucal según las dimensiones de limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, psicológica y social y minusvalía.</p> <p>Determinar el índice de dientes cariados, perdidos y obturados.</p> <p>Determinar el índice de higiene oral simplificado.</p> <p>Determinar las características sociodemográficas.</p>	<p>Hipótesis alterna</p> <p>Existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.</p> <p>Hipótesis nula</p> <p>No existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida en pacientes del centro del adulto mayor, Tacna 2024.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Salud bucal</p>	<p>Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD)</p> <p>Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)</p>	<p>Tipo Observacional, transversal, prospectivo</p> <p>Nivel Relacional</p> <p>Muestra 120 adultos mayores que aceptaron participar del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión.</p>	<p>Odontograma</p> <p>Ficha del índice de higiene oral simplificado.</p>
				<p>Variable dependiente</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Perfil de Impacto en la Salud Bucal (OHIP-14)</p>	

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación sobre “Relación de la salud bucal y calidad de vida en pacientes del Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Tacna, 2024”. Entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento. Nombre del participante

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Perú, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sección a llenar por el investigador o su representante. He explicado al Sr.(a) \_\_\_\_\_ la naturaleza de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente para realizar investigación con seres humanos y declaro mi apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procedió a firmar el presente documento.

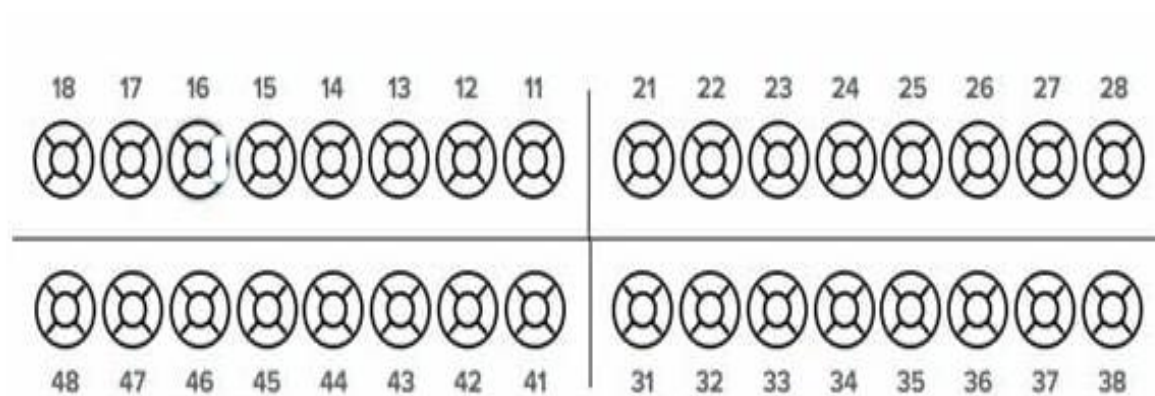
Firma del investigador \_\_\_\_\_

**FICHA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Cariados:

Perdidos:

Obturados:

C+P+O=

**FICHA DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO**

<b>Pieza dental</b>	<b>1,6</b>	<b>1,1</b>	<b>2,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,1</b>	<b>4,6</b>	<b>Resultado</b>
<b>Superficie</b>	<b>vestibular</b>	<b>vestibular</b>	<b>vestibular</b>	<b>lingual</b>	<b>vestibular</b>	<b>lingual</b>	
<b>Placa blanda</b>							
<b>Placa dura</b>							

## PERFIL DE IMPACTO EN LA SALUD BUCAL (OHIP-14)

### Limitación funcional:

1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

2. ¿Ha sentido que el sabor de sus alimentos ha variado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

### Dolor físico:

3. ¿Ha tenido incomodidad dolorosa en su boca?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

4. ¿Ha sentido incomodidad al comer algunos alimentos debido a sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

### Molestias psicológicas:

5. ¿Ha estado preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

6. ¿Ha estado nervioso o estresado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

### Incapacidad física:

7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos por problemas con su boca?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

8. ¿Ha tenido que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

Incapacidad psicológica:

9. ¿Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

10. ¿Se ha sentido avergonzado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

Incapacidad social:

11. ¿Se ha sentido irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

12. ¿Ha tenido dificultades para realizar sus actividades diarias debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

Minusvalía

13. ¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria debido al problema con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	------------	--	---------------	--	----------------	--	--------------	--

14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Casi siempre	
-------	--	---------------	--	------------------	--	----------------	--	-----------------	--

**TOTAL:** \_\_\_\_\_