

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA POBLACIÓN PERUANA

QUALITY OF LIFE RELATED FOR ORAL HEALTH IN OLDER ADULTS IN PERUVIAN POPULATION

Adriana Gallardo Schultz^{1a}, Miguel Ángel Picasso Pozo^{1b}, Nancy Huilca Castillo^{1c}, Juan Carlos Ávalos Marquez^{1d}

RESUMEN

Objetivo. Determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú. **Material y métodos.** El estudio fue de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Se realizó el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, nivel educativo y presencia de enfermedades sistémicas se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. **Resultados.** La mayoría de la muestra presentó una "mala" autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por "regular" (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ($p: 0,239$), con el nivel educativo ($p: 0,085$), ni con la existencia de enfermedades sistémicas ($p: 0,438$). **Conclusiones.** La mayor parte de la muestra presentó una autopercepción "mala" de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del estado. Asimismo, el GOHAI constituye un instrumento de sencilla aplicación, que permite evaluar la autopercepción de salud oral y detectar las necesidades de atención del adulto mayor; sin embargo, se requieren estudios adicionales que permitan validar el instrumento y evaluar su aplicación en programas preventivos de salud. (KIRU.2013;10(2):145-50).

Palabras clave: Salud bucal, adulto mayor, odontología geriátrica, calidad de vida, autopercepción (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective. To determine the self-perceived quality of life related to oral health in elderly served in the House for the Elderly in the Municipality of Chorrillos, Lima, Peru. **Material and methods.** The study was descriptive. The sample consisted of 164 elderly selected using non-probability sampling with volunteers. The information was obtained by a structured interview; the data collection instrument included information on age, sex, educational level, presence of systemic diseases and the Geriatric Oral Health Index (GOHAI). We performed a descriptive analysis of the indicators, grouped in absolute and relative frequencies. To evaluate the relationship between self-rated oral health and sex, educational level and presence of systemic diseases Chi square test was used with a significance level of 5%. **Results.** The majority of the sample had a "bad" self-perceived oral health (77.4%), followed by "regular" (18.3%). No relationship was found between self-rated oral health and sex ($P = 0.239$), neither with educational level ($P = 0.085$), neither the existence of systemic disease ($P = 0.438$). **Conclusions.** The majority of the sample has a "bad" self-perceived oral health and need dental care, service should be included in government health programs. Also, the GOHAI provides a means of simple application, designed to measure self-perceived oral health and identify the needs of the elderly care, but additional studies to validate the instrument and assess their application in preventive health programs are required. (KIRU.2013;10(2):145-50).

Key words: Oral health, aged, geriatric dentistry, quality of life, self-concept (Source: MeSHNLM).

¹ Facultad de Odontología, Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

^a Cirujano dentista. Docente de Periodoncia I.

^b Maestría en Docencia e Investigación en Estomatología. Docente de Periodoncia I.

^c Maestría en Docencia Universitaria. Especialista en Periodoncia. Docente coordinador de Periodoncia I.

^d Maestría en Docencia Universitaria. Docente de Periodoncia I.

Correspondencia

Adriana Gallardo Schultz
Calle Badajoz 264, San Luis. Lima 30, Perú. Teléfono: 9919-00787
Correo electrónico: gallardodrdent@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la "tercera edad", vejez o ancianidad empieza a los 60 años de edad⁽¹⁾, etapa en la cual este grupo humano es denominado "población adulto mayor" (PAM). Este parámetro tiene que ver con la expectativa de vida (promedio

de vida o esperanza de vida), definida como el número promedio de años que se espera que viva un recién nacido, en el supuesto que se mantengan las condiciones de mortalidad observadas en la fecha a la que están referidas los cálculos. Hace 2000 años la expectativa de vida se encontraba entre los 20 y 30 años, mientras que en la actualidad se encuentra entre los 64 y 70 años para

el hombre y 70-78 años para la mujer; sin embargo, esta cifra tiende a ser mayor en los países desarrollados (75 años) que en los países en desarrollo (45-60 años)⁽²⁾.

Según proyecciones de la OMS, la población global está aumentando a una tasa anual de 1,7%, mientras que la población mayor de 65 años aumenta a una tasa de 2,5%. Estas cifras presentarán variaciones significativas hacia el año 2050, principalmente en el grupo de mayores de 80 años. Este grupo generalmente abarca el 11% de la población mayor de 60 años; para el 2050 las Naciones Unidas estiman que la población mayor de 80 años abarcará cerca del 60% de la población mayor de 60 años del mundo⁽³⁾.

Este proceso también se manifiesta en nuestro país. En los últimos 35 años la población de 60 y más años de edad se ha triplicado, aumentando en 1 millón 700 mil personas, y el ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años es cerca de dos veces que la del conjunto de la población peruana⁽¹⁾. Respecto al proceso de envejecimiento, hacia 1970 la PAM constituía el 5,54% del total nacional; en el censo de 1993 alcanzó el 6,34%; por tanto, en 23 años la PAM creció en casi 1%. El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década. Esto significa que en los próximos 20 años la PAM llegará casi a duplicarse. Al respecto, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) en su informe trimestral abril-mayo-junio 2011 ha reportado que la PAM representa el 8,9% del total de población, aumentando tres décimas porcentuales en comparación con el año anterior, cifras que confirman la tendencia creciente de este grupo etario^(1,4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades"⁽⁵⁾, mientras que a la calidad de vida la define como: "La percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural"^(5,6).

La investigación de la calidad de vida implica un enfoque multifactorial que también se ve reflejado en el campo odontológico. La PAM suele presentar una condición oral deficiente, considerando que las enfermedades orales tienden a agravarse con el paso del tiempo si no reciben tratamiento, y a la filosofía asistencial que imperaba hasta hace poco basada en las extracciones dentarias.

Uno de los primeros instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral desde un punto de vista funcional fue el índice de salud oral geriátrico (*Geriatric Oral Health Assessment Index* o GOHAI), desarrollado por Kathryn A. Atchinson y Teresa A. Dolan de las Universidades de California y Florida, en 1990⁽⁷⁾. Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de 12 preguntas, lo que facilita su uso y aumenta las probabilidades de que sea contestado en forma completa. Diversos estudios han

demostrado que el instrumento presenta una adecuada validez y confiabilidad, y ha sido traducido a distintos idiomas para su aplicación en otros países.

La importancia del índice GOHAI radica en que es fácilmente aplicable y permite evaluar la autopercepción de salud oral, así como el impacto de las enfermedades bucales y de los problemas psicosociales asociados a este campo; puede ser aplicado a ensayos clínicos, al análisis costo-utilidad de los tratamientos y a la auditorías de servicios de salud⁽⁸⁾.

Bajo estas consideraciones, el objetivo del estudio fue determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral mediante el Índice GOHAI en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad distrital de Chorrillos, Lima, Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por la totalidad de la PAM atendida en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad distrital de Chorrillos, Lima, Perú. Se seleccionó esta sede teniendo en cuenta que permitiría obtener una muestra representativa del distrito. La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores de 60 años seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el índice de salud oral geriátrico (GOHAI).

El GOHAI consta de 12 ítems relacionados a la salud oral, que comprenden tres dimensiones: 1) Función física, que influye en comer, hablar y deglutir; 2) Función psicosocial, que incluye la preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de su salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) Dolor e incomodidad, que incluye el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral.

El formato de respuestas es de tipo Likert. Cada ítem presenta cinco opciones de respuesta, con valores que van de 1 a 5. Seguidamente se calculó la sumatoria de las respuestas para cada participante, obteniéndose un rango entre 0 y 60 puntos. El valor más alto indica la mejor autopercepción de salud oral, la cual fue catalogada como: "Buena" (57-60 puntos); "Regular" (51-56 puntos), y "Mala" (50 puntos o menos). Finalmente, se realizó el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, nivel educativo y presencia de enfermedades sistémicas se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0 para Windows.

RESULTADOS

Para verificar la confiabilidad del instrumento se le aplicó a una muestra piloto de 20 adultos mayores, del cual se obtuvo una adecuada confiabilidad (Alfa de Cronbach: 0,9) según los criterios de Polit y Hungler⁽⁹⁾. En el análisis del total de la muestra, el instrumento también presentó una adecuada confiabilidad (Alfa de Cronbach: 0,9).

La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores: 133 hombres (81,1%) y 31 mujeres (18,9%). Respecto al nivel educativo, 25 fueron analfabetos (15,2%); 81 con educación primaria (49,4%); 43 con educación secundaria (26,2%), y 15 con educación superior (9,1%). Del total de la muestra, 137 refirieron presentar alguna enfermedad sistémica (83,5%). Las enfermedades más prevalentes fueron: 91 enfermedades cardiovasculares (55,5%), 65 problemas articulares (39,6%), y 32 con diabetes (19,5%).

La puntuación GOHAI promedio del total de la muestra fue de 41,17 (DE: 10,2), lo que corresponde a la categoría de "Malo". Al analizarse la distribución de la muestra, se encontró que la mayoría se encontraba en este nivel (127 pacientes, equivalente al 77,4%). (Tabla 1).

Al realizarse el análisis inferencial no se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ($p = 0,239$), ni con el nivel educativo ($p = 0,085$) ni con

la existencia de enfermedades sistémicas ($p = 0,438$) (Tabla 2).

Tabla 1. Autopercepción de salud oral en pacientes atendidos en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos. Lima – Perú, 2013

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD ORAL (Índice GOHAI)		
	n	%
Malo	127	77,4
Regular	30	18,3
Bueno	7	4,3
Total	164	100

DISCUSIÓN

El estudio encontró que la mayor parte de la muestra presentaba una autopercepción "mala" de su salud oral (77,4%), seguido por "regular" (18,3%). La puntuación GOHAI promedio del total de la muestra fue de 41,17, cifra que corresponde a la categoría de autopercepción "mala" y que coincide con lo anterior.

En nuestro medio no contamos con estudios que evalúen la aplicación del Índice GOHAI en la PAM. Sin embargo, el formato original y las versiones traducidas de este in-

Tabla 2. Autopercepción de salud oral en relación al sexo, nivel educativo y enfermedades sistémicas en pacientes atendidos en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos. Lima – Perú, 2013.

FACTOR ASOCIADO	AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD ORAL (Índice GOHAI)								CHI CUADRADO	P
	MALO		REGULAR		BUENO		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
SEXO										
Mujeres	104	81,9	22	73,3	7	100,0	133	81,1	2,9	0,239
Hombres	23	18,1	8	26,7	0	0,0	31	18,9		
Total	127	100	30	100,0	7	100,0	164	100,0		
NIVEL EDUCATIVO										
Analfabeto	25	19,7	0	0,0	0	0,0	25	15,2	11,1	0,085
Primaria	59	46,5	17	56,7	5	71,4	81	49,4		
Secundaria	30	23,6	11	36,7	2	28,6	43	26,2		
Superior	13	10,2	2	6,7	0	0,0	15	9,1		
Total	127	100,0	30	100,0	7	100,0	164	100,0		
ENFERMEDADES SISTÉMICAS										
Presenta	106	83,5	24	80,0	7	100,0	137	83,5	1,7	0,438
No presenta	21	16,5	6	20,0	0	0,0	27	16,5		
Total	127	100,0	30	100,0	7	100,0	164	100,0		

dicador han sido aplicados en distintos países. Murariu *et al.* ⁽¹⁰⁾ evaluaron una versión rumana, encontrando un alfa de Cronbach global de 0,6 (uno de los ítems obtuvo una correlación de valor significativo negativo (-0,8), y al ser eliminado el alfa de Cronbach aumentó a 0,7) y una correlación test-retest de 0,7. Daradkeh y Khader ⁽¹¹⁾ evaluaron una versión árabe del índice GOHAI, reportando un alfa de Cronbach global de 0,9 y un coeficiente de correlación test-retest de 0,7. Ambos estudios coinciden en señalar que el índice presenta una adecuada confiabilidad, pero aconsejan realizar la validación del instrumento al emplear versiones traducidas a otro idioma.

Al comparar las estadísticas hay que precisar que algunos estudios expresan sus resultados como prevalencias para cada categoría del GOHAI, mientras que en otros casos reportan el promedio global de sus muestras. Entre los estudios realizados en Brasil, Miranda *et al.* ⁽¹²⁾ encontraron que el 36,3% tenía una autopercepción de su salud oral “regular” y 31,9% “mala”. Souza *et al.* ⁽¹³⁾ encontraron que la percepción “regular” fue de 17,5% y la “mala” fue de 78,6%. Costa *et al.* ⁽¹⁴⁾, Alcarde *et al.* ⁽¹⁵⁾, Bonan *et al.* ⁽¹⁶⁾, Lima *et al.* ⁽¹⁷⁾, Henriques *et al.* ⁽¹⁸⁾ y Santos *et al.* ⁽¹⁹⁾ reportaron en sus muestras valores promedio de GOHAI catalogados como de una autopercepción “mala”. En México, Esquivel y Jiménez ⁽²⁰⁾ evaluaron el efecto de una rehabilitación protésica, encontrando que -previo al tratamiento- el 88,7% tuvo una autopercepción “regular” o “mala” de su salud oral. En otro estudio, Esquivel y Jiménez ⁽²¹⁾ reportaron que la suma de ambas categorías fue de 92,7%.

Misrachi *et al.* ⁽²²⁾ evaluaron el efecto de una rehabilitación oral en pacientes chilenos, encontrando que al inicio del estudio -antes de la rehabilitación- el GOHAI promedio de ambos grupos (experimental y control) fue de 45,35, catalogado como de una autopercepción “mala”.

En España, Cornejo *et al.* ⁽²³⁾ encontraron que el 67% presentó una percepción “mala” (este estudio no consideró la categoría “regular”). Pinzón y Zunzunegui ⁽²⁴⁾ reportaron que el 68% de la muestra tenía una percepción “mala” o “regular” de su salud oral.

Los estudios anteriormente mencionados coinciden con el nuestro en señalar que la mayor parte de la PAM presenta una autopercepción “regular” o “mala” de su salud oral. Esta situación podría deberse a que los estudios de Brasil, México y Chile han sido realizados en poblaciones que presentan características socioculturales y étnicas similares a las nuestras, aunque los sistemas de atención de salud sean diferentes.

Sin embargo, algunos estudios reportan cifras más favorables. Vasconcelos *et al.* ⁽²⁵⁾ encontraron una autopercepción de salud oral “buena” en el 52% de pacientes brasileños. Asimismo, Silva *et al.* ⁽²⁶⁾ y Silva *et al.* ⁽²⁷⁾ encontraron valores promedio de GOHAI catalogados como de una autopercepción “buena”. En el estudio no se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, ni con el nivel educativo, ni con la existencia de enfermedades sistémicas.

Al respecto, Cornejo *et al.* ⁽²³⁾ reportó que la autopercepción negativa estuvo asociada a problemas de caries, enfermedad periodontal, edentulismo y a problemas protésicos. Díaz *et al.* ⁽²⁸⁾ encontraron que estuvo relacionada con la higiene oral deficiente, problemas endodónticos e hipertensión. Miranda *et al.* ⁽¹²⁾ reportaron que estuvo relacionada al uso de prótesis dental y a no tener cónyuge. Silva y Castellanos ⁽²⁹⁾ encontraron que estuvo asociada al CPITN, a la indicación para exodoncia y las pérdidas dentarias. Silva *et al.* ⁽²⁶⁾ encontraron que estuvo asociada a las pérdidas dentarias, a la necesidad de tratamiento protésico, a mostrar cambios en la mucosa oral y a presentar enfermedades sistémicas. Esquivel y Jiménez ⁽²¹⁾ encontraron que estuvo relacionada a un menor nivel educativo, mayores valores CPOD, a las pérdidas dentarias y a no haber acudido al odontólogo en los últimos 12 meses.

Sin embargo, Henriques *et al.* ⁽¹⁸⁾ no encontraron relación entre la autopercepción de salud oral y la enfermedad periodontal, caries radicular y el uso de prótesis. Asimismo, Santos *et al.* ⁽¹⁹⁾ no encontraron relación con el uso de prótesis.

Lemos *et al.* ⁽³⁰⁾ encontraron que los individuos con prótesis completas no funcionales son 4,5 veces más propensos a mostrar una puntuación baja GOHAI que los individuos con prótesis completas funcionales; los edéntulos son 7,5 veces más propensos a mostrar una puntuación baja GOHAI que los individuos con prótesis completas funcionales.

En algunos casos la comparación del índice GOHAI con otros factores puede dar resultados contradictorios. Silva y Castellanos ⁽²⁹⁾ encontraron una alta prevalencia clínica de las principales enfermedades orales, aunque el 42,7% percibía su salud bucal como “regular”.

Vasconcelos *et al.* ⁽²⁵⁾ encontraron un CPOD promedio de 29,41, aunque la autopercepción de salud oral GOHAI fue “buena” en el 52%; este estudio concluye que la autopercepción de salud oral está más asociada a factores subjetivos que a los hallazgos clínicos.

Esquivel y Jiménez ⁽²⁰⁾ encontraron que la autopercepción de salud oral mejora significativamente luego de una rehabilitación protésica, principalmente respecto a la función de masticación, el habla y la preocupación por el estado de los dientes. Misrachi *et al.* ⁽²²⁾ también encontraron que la autopercepción de salud oral mejora significativamente luego de una rehabilitación protésica, aunque tanto el grupo experimental como el control se mantuvieron en la categoría de autopercepción “mala”. En este caso, el resultado sería atribuible al uso de la prótesis: quienes declaran usar siempre sus prótesis reportaron una mejoría en su salud oral, y quienes declararon no usarla o usarla solo ocasionalmente presentaron una baja proporción en la mejoría de su salud oral.

Souza *et al.* ⁽¹³⁾ encontraron que la percepción “mala” fue más prevalente en el grupo de adultos mayores no insti-

tucionalizados que en el de institucionalizados. Costa *et al.* ⁽¹⁴⁾ reportaron que la mayor parte de su muestra tuvo una autopercepción “mala”, y que no hubo diferencia entre los pacientes institucionalizados y no institucionalizados. Bortoletto *et al.* ⁽¹⁵⁾ no encontró relación entre la puntuación GOHAI y la edad, sexo, estado civil, nivel educativo y el ingreso mensual; sin embargo, los pacientes institucionalizados, los que vivían solos o fuera de un ambiente familiar y los que referían necesidad de rehabilitación protésica, registraron puntuaciones menores. Bonan *et al.* ⁽¹⁶⁾ encontraron un elevado nivel de autopercepción negativa tanto en pacientes institucionalizados como en los no institucionalizados, aunque las condiciones de salud bucal y de rehabilitación oral del segundo grupo fueron peores que las del primero.

Pinzón y, Zunzunegui ⁽²⁴⁾ evaluaron la eficacia del Índice GOHAI para detectar las necesidades de atención bucodental autopercibida en comparación con la evaluación clínica. El estudio encontró que el valor predictivo positivo del índice GOHAI fue de 98,5% para detectar necesidades de atención bucodental; 52,9% para detección de necesidad de tratamiento por enfermedad periodontal; 55,88% para detección de necesidades de atención por caries dental; 80,8% para detección de necesidad de prótesis dental, y 50% para detección de necesidad de tratamiento por deficiencia en higiene oral. El estudio concluye que el GOHAI puede ser empleado para la evaluación y derivación oportuna de los adultos mayores en los centros especializados.

Mesas *et al.* ⁽³¹⁾ encontraron déficit nutricional en el 21,7% de los pacientes, el cual estuvo asociado a las siguientes variables odontológicas: ausencia de oclusión posterior; disminución de flujo salivar estimulado; enfermedad periodontal avanzada, y la percepción negativa de la salud oral.

Es importante considerar que en los estudios de encuesta no es posible verificar la información brindada por el participante. Además, el muestreo no probabilístico limita la representatividad de la muestra. También hay que tener en cuenta que en algunas versiones del índice GOHAI las respuestas para cada ítem tienen solo tres categorías mientras que en otras abarcan cinco; esta situación origina que en el primer caso la escala comprenda de 12 a 36 puntos ^(12,14,15,17-19,22,25-27,29,30), mientras que en el segundo caso abarcaría de 12 a 60 puntos ^(11,13,16,20-24,31), situación que es importante tener en cuenta al momento de comparar los resultados de distintos estudios cuando están expresados como promedios. Además, algunos autores catalogan la autopercepción solamente como “buena” o “mala”, incluyendo en esta última la categoría “regular” ⁽²³⁾.

El estudio concluye que la mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del estado. Asimismo, el GOHAI constituye un instrumento de sencilla aplicación que permite evaluar la autopercepción de

salud oral y detectar las necesidades de atención de la PAM; sin embargo, se requieren estudios adicionales que permitan validar el instrumento y evaluar su aplicación en programas preventivos de salud.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martina M. Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud, 2006-2010. Lima: INEI; 2012.
2. Marin D. ¿Es necesaria la odontogeriatría?. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. 2000; 59 (198): 39-44.
3. Berkey D, Berg R. Geriatric oral health issues in the United States. *Int Dent J.* 2001;51(3 suppl):254-64.
4. Instituto Nacional de Estadística. Perfil sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2007.
5. World Health Organization. WHOQOL Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health - WHO, 1997. [Acceso 25 agosto 201] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
6. Montero J. Calidad de Vida Oral en Población General. Granada 2006 (tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2006.
7. Atchinson KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990;54(11):680-7.
8. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Dental de Chile.* 2005; 96(2):28-36.
9. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6.ª ed. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
10. Murariu A, Hanganu C, Bobu L. Evaluation of the reliability of the geriatric oral health assessment index (GOHAI) in institutionalised elderly in Romania: a pilot study. *OHDMBSC.* 2010;9(1):11-5.
11. Daradkeh S, Khader YS. Translation and validation of the Arabic version of the geriatric oral health assessment index (GOHAI). *J Oral Sci.* 2008; 50(4):453-9.
12. Miranda L, Silveira M, Miranda L, Bonan P. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(2):251-69.
13. Souza E, Barbosa M, Oliveira P, Espindola J, Gonçalves K. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(6):2955-64.
14. Costa E, Saintrain M, Vieira A. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(6):2925-30.
15. Alcarde A, Bittar T, Fornazari D, Meneghim M, Ambrosano G, Pereira A. A Cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. *Rev Odontol Ciênc.* 2010; 25(2):126-31.

16. Bonan P, Borges S, Haikal D, Silveira M, Martelli-Júnior H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev Odontol Ciênc.* 2008;23(2):115-9.
17. Lima L, Soares M, Passos IA, Rocha A, Feitosa SC, Lima MG. Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais. *Rev. Odontol. UNESP.* 2007; 36(2):131-6.
18. Henriques C, Telarolli R, Loffredo L, Montadon A, Campos J. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. *Cienc Odontol Bras.* 2007;10(3):67-73.
19. Santos F, Morais M, Barbosa A, Sampaio F, Forte F. Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB. *Arq Odontol.* 2007; 43(2):23-32.
20. Esquivel R, Jimenez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM.* 2012; 69(2):69-75.
21. Esquivel R, Jiménez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHA. *Revista Asociación Dental Mexicana.* 2010; 67(3):127-32.
22. Misrachi C, Ponce M, Sepúlveda H. Influencia de la rehabilitación protésica en la salud oral del adulto mayor. *Rev Dent Chile.* 2004; 95(3):3-10.
23. Cornejo M, Pérez G, De Lima KC, Casals-Pedro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013; 18(2):285-92.
24. Pinzón S, Zunzunegui MV. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Revi Mult Gerontol.* 1999; 9 (4):216-24.
25. Vasconcelos L, Prado Junior R, Teles J, Mendes R. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(6):1101-10.
26. Silva D, Held R, Torres S, Sousa M, Neri A, Antunes J. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(6):1145-53.
27. Silva D, Souza M, Wada R. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(4):1251-9.
28. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam.* 2012; 5(1):9-16.
29. Silva S, Castellanos Fernandez R. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(4):349-55.
30. Lemos M, Zanin L, Jorge M, Florio F. Oral health conditions and self-perception among edentulous individuals with different prosthetic status. *Braz. J Oral Sci.* 2013; 12(1):5-10.
31. Mesas A, Andrade S, Cabrera M, Bueno V. Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2010;13(3):434-45.

Recibido: 6 de mayo de 2013

Aceptado para publicación: 16 de agosto de 2013

Citar como: Gallardo A, Picasso MA, Huilca N, Ávalos JC. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *KIRU.2013;10(2):145-50.*