

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN
ADMINISTRACIÓN
HOSPITALARIA Y DE SERVICIOS DE SALUD**



Tesis para optar al Grado Académico de Maestra en Salud Pública con
mención en Administración Hospitalaria y de Servicios de
Salud

“Factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una
Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019”

Autora: Bach. Jessica Mujica Espinoza

Asesor: Mg. Wilfredo Mormontoy Laurel

LIMA - PERÚ

2021

DEDICATORIA

*Quiero dedicar este trabajo a mis
padres, por todo el apoyo y aliento que
siempre me han dado, para conseguir
mis metas y a mi esposo por su
comprensión y paciencia durante toda
esta etapa*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	3
INDICE DE TABLAS.....	5
RESUMEN.....	6
CAPITULO I.....	9
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	9
1.1. Descripción del problema.....	9
1.2. Formulación del problema.....	9
1.2.1 Problema General	10
1.2.2 Problemas específicos.....	10
1.3. Importancia y Justificación del Estudio	11
1.4. Limitación del estudio	12
1.4.1. Delimitación espacial.	12
1.4.2. Delimitación temporal.	12
1.4.3. Delimitación Conceptual o Temática.	12
1.5. Objetivos de investigación	12
1.5.1 Objetivos general.....	12
1.5.2 Objetivos específicos.....	12
CAPITULO II.....	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1 Marco Histórico.....	14
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema.....	14
2.2.1 Antecedentes Internacionales	15
2.2.2 Antecedentes Nacionales.....	20
2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio.....	20
2.4 Definición de términos básicos.....	30
2.5. Hipótesis	32
2.5.1 Hipótesis general	34
2.5.2 Hipótesis específicas.....	34
CAPÍTULO III	38
MARCO METODOLÓGICO	38
3.1. Tipo, método y diseño de investigación	38

3.2. Población y muestra	38
3.2.1. Población de estudio.....	38
3.2.2. Unidad de estudio.....	39
3.2.3. Diseño muestral.....	39
CAPITULO IV	43
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	43
4.1. Resultados.....	43
4.1.1. Resultados Descriptivos	43
4.1.2. Resultados inferenciales	48
4.3. Discusión de resultados	56
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Factores Sociodemográficos	42
Tabla 2	Uso de medicamentos	43
Tabla 3	Hábito de fumar	45
Tabla 4	Uso de prótesis removible	45
Tabla 5	Estado de depresión	46
Tabla 6	Resultados de Variable demográfica	47
Tabla 7	Resultados de Variable uso de medicamentos	48
Tabla 8	Resultados de Variable hábito de fumar	51
Tabla 9	Resultados de Variable prótesis dental removible	52
Tabla 10	Resultados de Variable estado de depresión	53
Tabla 11	Resultados de factores asociados a xerostomía	54

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa. Se realizó mediante una metodología cuantitativa y un diseño prospectivo y analítico con análisis de datos siguiendo la metodología de análisis para caso control, para lo cual se hizo la prueba de Schirmer Oral a 90 adultos mayores independientes, para determinar la presencia o no de xerostomía. Además, se aplicaron encuestas estructuradas acerca de los factores que pueden estar relacionados, entre ellos: edad, sexo, uso de medicamentos, el hábito de fumar, uso de prótesis dental y un test para evaluar depresión. Las pruebas estadísticas usadas fueron chi-cuadrado, y OR IC 95%. Es así que se ha determinado que los factores no asociados significativamente a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, en el distrito de Breña, 2019 son: factores demográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar y uso de prótesis dental. Asimismo, los factores de riesgo y que si se asocian significativamente a la xerostomía son: El uso de medicamentos antihipertensivos donde el p valor es de ($p=0,005<0.05$), lo cual indica que la asociación es significativa, el OR = 3,532, evidenciando que un adulto mayor que usa antihipertensivos tiene 3,532 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de 1,440 y 8,665, ambos mayores a 1 indican que es factor de riesgo; y la depresión donde el p valor es de ($p=0,033<0.05$), lo cual indica que la asociación es significativa; el OR = 3,476, evidencia que un adulto mayor en estado de depresión tiene 3.476 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de 1,057 y 11,374 ambos mayores a 1, nos indican que es factor de riesgo.

Palabras claves: Adulto mayor, xerostomía, medicamentos

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate factors associated with xerostomia in older adults living in a geriatric residence of a religious Congregation. It was performed using a quantitative methodology and a prospective and analytical design with data analysis following the analysis methodology for a control case, for which the Schirmer Oral test was performed on 90 independent older adults, to determine the presence or not of xerostomia. In addition, structured surveys were applied about the factors that may be related, among them: age, sex, use of medications, smoking, use of dental prostheses and a test to evaluate depression. The statistical tests used were chi-square, and OR 95% CI. Thus, it has been determined that the factors not significantly associated with xerostomia in older adults living in a geriatric residence of a Religious Congregation, in the district of Breña, 2019 are: demographic factors, use of medications, smoking habit and use of dental prostheses. Likewise, the risk factors that are significantly associated with xerostomia are: The use of antihypertensive drugs where the p value is ($p = 0.005 < 0.05$), which indicates that the association is significant, the OR = 3.532, showing that an older adult who uses antihypertensive drugs is 3,532 times more likely to have xerostomia and the intervals of 1,440 and 8,665, both greater than 1 indicate that it is a risk factor; and depression where the p value is ($p = 0.033 < 0.05$), which indicates that the association is significant; the OR = 3,476, shows that an older adult in a state of depression is 3,476 times more likely to have xerostomia and the intervals of 1,057 and 11,374, both greater than 1, indicate that it is a risk factor.

Key words: Older adult, xerostomia, medications

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores en los últimos años se está incrementando, sobre todo en América Latina, donde el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido y darse en un escenario de pobreza y de diferencias socio económicas. Este aumento demográfico viene acompañado de cambios a nivel económico, social por lo que también afectará el campo de la salud. El personal de salud debe estar especializado en el tratamiento de estos pacientes, conocer el proceso de envejecimiento y las consecuencias que este podría llevar. Esto también incluye al campo de la odontología; en las evaluaciones a adultos mayores se observan cambios en los tejidos orales propios del envejecimiento o también asociados a enfermedades, por lo cual los odontólogos, deben saber la diferencia entre características normales o asociadas a enfermedades.

La xerostomía, síndrome de boca seca, representa un problema de salud oral muy frecuente en las consultas odontológicas pero muchas veces subestimado, no llegando a conocer o investigar las causas, probablemente debido a que está asociado a muchos factores. Este síndrome se observa con frecuencia en los adultos mayores, en los cuales es complicando su diagnóstico, ya que además de las consecuencias del envejecimiento en los tejidos orales que se observan están también los diversos tratamientos y medicaciones a los que están sometidos, además también presentan estados de ánimo diferentes o ansiedad. La xerostomía podría afectar la calidad de vida de estas personas, ya que interfiere en funciones principales tales como masticar o hablar, así como también podría empeorar su salud bucal y ocasionar alteraciones bucales más graves.

El aumento de la población de adultos mayores también viene reflejado en la necesidad de residencias geriátricas, a nivel nacional existen públicas y privadas. Todas estas cuentan con cuidados especiales y adecuados para los adultos mayores. Algunas presentan centros de atención para el tratamiento de afecciones de los residentes, en estos podemos encontrar también el área de odontología, donde se realizan evaluaciones de rutina y tratamientos básicos, a pesar de que la xerostomía es frecuente, todavía no se incluye el diagnóstico de esta en los exámenes periódicos de rutina que se realizan en adultos mayores.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Descripción del problema

Los adultos mayores representan una población que en los últimos años se ha incrementado, sobre todo en América Latina por lo cual muchos países están realizando programas de salud de acuerdo a sus necesidades. En el Perú se observa el mismo escenario, existe un aumento de esta población y se debe tener en cuenta que estas personas son más vulnerables a diversas enfermedades y presentan necesidades especiales. Es así que para la atención de estos pacientes es importante conocer el proceso de envejecimiento, el cual es un proceso natural, en el que se producirán cambios tanto en el área social, psicológica y de salud, afectando así sus actividades diarias, por lo cual deben ser tratados por especialistas que conozcan estas necesidades. Este proceso de envejecimiento también se observa en la cavidad oral, produciendo cambios a nivel de tejidos duros y blandos, generando signos y síntomas, característicos de este proceso. Estos cambios también están asociados a factores locales entre ellos, el uso de prótesis dental y sistémicos como el uso de medicamentos. En el Perú los pacientes adultos mayores que acuden a consulta odontológica frecuentemente refieren problemas como sequedad bucal, sensación de ardor, dolor en lengua, presencia de aftas entre otras molestias, que interfieren con muchas funciones necesarias para la actividad diaria. Una salud bucal deficiente en adultos mayores generalmente está acompañada por una mala salud general, repercutiendo en su calidad de vida.

1.2. Formulación del problema

La xerostomía que es la sensación de sequedad debido a la disminución del flujo salivar, es multicausal y está relacionada a varios factores o por la combinación de varios de estos. La saliva cumple muchas funciones y es muy importante para mantener la salud bucal, es por eso que es importante conocer si se presenta su disminución. En el adulto mayor no es una condición simple, ya que la xerostomía puede estar relacionada a sus estados emocionales o a los tratamientos a los cuáles están sometidos, puede alterar su calidad de vida y dificultar

funciones como hablar, masticar, tragar que conducirán a trastornos de nutrición, insomnio, irritabilidad, e incluso depresión y dificultad en el uso de la prótesis dental.

Los adultos mayores generalmente están sometidos a diversos tratamientos médicos y odontológicos, como el uso de diversos medicamentos y prótesis dental. Asimismo, algunos presentan hábitos como fumar o consumir alcohol y también tienen diferentes estados emocionales como depresión o ansiedad; todo esto afectará en el flujo salival, por lo tanto, también en su salud bucal, general y calidad de vida.

La residencia geriátrica donde se llevó a cabo el estudio presenta un área médica donde se evalúan y dan tratamiento a los adultos mayores. Una de estas es el área de odontología donde se realiza un examen odontológico anual, en el cual no está incluido la prueba para xerostomía, por lo tanto, no se conoce si los residentes de esta institución presentan este síndrome y cómo podría estar afectando sus actividades, así como los factores que podrían estar relacionados.

De igual manera, se han realizado varios estudios en Latino América sobre xerostomía en adultos mayores, sin embargo, en el Perú a pesar de que este es un síntoma muy frecuente en las consultas odontológicas se han realizado pocos estudios acerca de xerostomía y menos en residencias geriátricas como en la de una congregación religiosa, localizada en el departamento de lima, distrito de Breña.

Por ello, la pregunta de investigación para el presente trabajo fue:

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿De qué manera se asocia el factor socio demográfico a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?
2. ¿De qué manera se asocia el uso de medicamentos a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?

3. ¿De qué manera se asocia el hábito de fumar a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?
4. ¿De qué manera se asocia el uso de prótesis dental removible a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?
5. ¿De qué manera se asocia el estado de depresión a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?

1.3. Importancia y Justificación del Estudio

Este estudio tendrá una relevancia teórica ya que aportará conocimiento acerca de la salud oral en el Perú, pues las enfermedades como la xerostomía pueden repercutir en la salud general y en la calidad de vida de las personas, es por esto que se debe tomar mayor importancia en su conocimiento y estandarizar su diagnóstico sobre todo en adultos mayores. Asimismo, tendrá relevancia social, debido a que los adultos mayores representan un grupo con necesidades especiales y son más vulnerables a problemas orales, lo que repercute en sus actividades diarias, en sus relaciones interpersonales, actividad masticatoria, fonación y autoestima.

Igualmente, tendrá relevancia práctica por que se conocerá cuantos adultos mayores de esta residencia presentan xerostomía y los factores asociados a ésta. De esta manera se les podrá proporcionar la ayuda necesaria para evitar los síntomas generados por la xerostomía. Una vez que se conozca la importancia y prevalencia de xerostomía en esta residencia se podrá sugerir establecer un examen de rutina para su diagnóstico.

El presente estudio permitirá en primer lugar beneficiar a los adultos mayores, disminuyendo molestias asociadas a la sequedad bucal y por lo tanto mejorar su estado de salud bucal, general, así como su calidad de vida. Así mismo a los familiares al mejorar las relaciones con los adultos mayores y los odontólogos que con el mayor conocimiento del tema podrán dar un mejor diagnóstico, tratamiento y prevenir complicaciones posteriores.

1.4. Limitación del estudio

Se encontró limitación con respecto a los adultos mayores que no se encontraban en la residencia por motivos de salud o por salidas coordinadas, por lo que la recolección de datos tomó más tiempo

1.4.1. Delimitación espacial.

La presente investigación se delimitará en el distrito de Breña del departamento de Lima.

1.4.2. Delimitación temporal.

Para la presente investigación se recogieron los datos el año 2019.

1.4.3. Delimitación Conceptual o Temática.

La presente investigación se delimitará conceptualmente acerca de la Xerostomía o boca seca.

1.5. Objetivos de investigación

1.5.1 Objetivos general

Identificar los factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019

1.5.2 Objetivos específicos

1. Identificar si el factor sociodemográfico se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.
2. Identificar si el uso de medicamentos se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.
3. Identificar si el hábito de fumar se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.
4. Identificar si el uso de prótesis dental removible se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

5. Identificar si el estado de depresión se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Histórico

En Estados Unidos la odontología para adultos mayores surgió en la década de los años 60, y fue impulsada por profesionales en odontología quienes poseían interés especial por la salud bucal de adultos mayores a partir de un enfoque geriátrico. La finalidad de estos profesionales fue prevenir, tratar y rehabilitar la salud bucal de adultos mayores, considerando los diversos cambios que se vinculan al proceso de envejecimiento de los mismos. Su avance de mayor notoriedad se dio entre los años 1966 a 1979, fase en que fue publicada la revista internacional *Journal of the American Society for Geriatric Dentistry*. El nombre de esta revista, cambió unos años después por *Special Care in Dentistry*, por motivo que se fusionaron con la Asociación Americana de Dentistas de Hospitales, la Sociedad Americana de Odontología Geriátrica, la Asociación Odontológica de Cuidados Especiales y la Academia de Odontología para personas con discapacidades. Las personas envejecen gradualmente, y ello se va haciendo notorio a través de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos generados en determinados organismos que por el paso del tiempo es irreversible. En el área gerontológica la clasificación que se toma con mayor frecuencia es la que considera al adulto mayor en: viejos- jóvenes (Entre los sesenta a setenta y cuatro años), viejos-viejos (De setenta y cinco a ochenta y nueve años) y viejos –longevos (De noventa años a más).¹

Una de las variabilidades observadas en la cavidad oral de personas adultas mayores es que se ven disminuidos los flujos salivales lo cual se denomina xerostomía, dichas personas evidencian malestar que perjudica su calidad de vida ya que el flujo salival es relevante para que se conserve la salud bucal. Acerca de la xerostomía Bartley en 1868 la describió por primera vez, y determinó que se relacionaba directamente con la calidad de vida de las personas que sufrían los síntomas. Su nivel de incidencia es de 20.0% entre personas cuya edad es mayor a los sesenta años. La Federación Dental Internacional conceptúa la xerostomía como “la enfermedad del ser humano moderno” por motivo de que se ha vuelto casi una epidemia, pues este síndrome afecta a 1 de cada 4 personas, cifra que se incrementa

a partir de los 50 o 70 años por motivo del tratamiento farmacológico al que se somete a las personas entre estas edades, no obstante, actualmente personas jóvenes evidencian los síntomas de este síndrome de boca seca, lo cual podría relacionarse a usar alcohol, tabaco o pastillas antidepresivas.²

2.2 Investigaciones relacionadas con el tema

2.2.1 Antecedentes Internacionales

- Barbe A, Schmidt P, Bussmann, M (2018) efectuaron un estudio en pacientes ortogerátricos con antecedente de caídas. Con el objetivo de que se exploren las prevalencias, así como la intensidad de xerostomía y el nivel de salivación en pacientes adultos mayores internados en un centro hospitalario, para que se determine si existe asociación con el incremento del riesgo de sufrir caídas. Se consideraron en la investigación 40 pacientes de los cuales 28 tenían historias clínicas de caídas y 12 fueron considerados como parte del grupo control. La muestra de adultos mayores evidenciaba problemas bucales que dañaban su salud oral así como su calidad de vida, no obstante, en lo relacionado a la xerostomía e hipo-salivación no se halló una diferencia significativa entre el grupo casos y el grupo control fuera del incremento de disfagia y disminución del sabor al probar los alimentos en pacientes adultos mayores con historia clínica de caídas, concluyendo que la boca seca no evidencia ser un factor de riesgo independiente en pacientes adultos mayores con historia clínica de caídas, empero la salud bucal si se vio afectada.³

- Champonois, P (2018) realizó una investigación en personas adultas mayores con el objetivo de estimar la prevalencia de xerostomía en relación al enfoque del paciente, y conocer si existe relación con la ingesta de medicamentos y líquidos. Esta investigación fue observacional, analítica, de corte transversal con una muestra de 266 pacientes, donde el total de la población fue 856 y una prevalencia esperada del 10.0%, se hizo uso de una encuesta auto administrada y anónima. Del total de la muestra, ochenta y ocho eran varones y ciento setenta y ocho mujeres cuya edad media es 74.05. Entre los resultados se puede constatar que existe relación entre tomar líquidos y tener xerostomía o no, y el grupo farmacológico que mostró relación con la xerostomía fueron los diuréticos. Se concluyó que la prevalencia en la población

de estudio fue de 24.81%, si bien existió un elevado consumo de medicamentos por adultos mayores, sólo los diuréticos evidenciaron correlación con la xerostomía.⁴

- Díaz S, Arrieta K y Ramos K (2012) llevaron a cabo otra investigación en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, con el objetivo de asociar salud bucal y calidad de vida en adultos mayores que se atendieron en esta facultad. La investigación fue de corte transversal, se efectuó en 120 personas adultas mayores, en los cuales se pudo evaluar variables socio-demográficas, familiares, índices de salud bucal geriátricos (GOHAI) y efectuar un diagnóstico de salud oral. La información hallada fue analizada partiendo de proporciones, prueba χ^2 para verificar cuales son las asociaciones significativas estadísticamente y razones de oposición (OR). Al efectuar las pruebas de χ^2 se halló significancia estadística entre salud oral deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida, de acuerdo a GOHAI ($p=0,01$) y calidad de vida y los problemas de origen endodóntico (OR: 3,5; IC95% 1,4-8,4; $p=0.004$), hipertensión arterial (OR: 4,44; IC 95%: 1,5-12; $p= 0,005$) y convivir con más de cinco integrantes en la familia (OR: 3,38; IC 95%: 1,34-8,49; $p=0.009$). En la regresión logística estos factores conformaron el diseño que exponía mejor el menoscabo en la calidad de vida relacionada con la salud oral ($p=0.0001$; $\chi^2 = 21,31$). Concluyendo que los problemas endodónticos implican la calidad de vida en los adultos mayores. Es indispensable un enfoque psico-social de la salud oral que incluya otros factores con capacidad de comprometer el bienestar.⁵

- Cardentey J, Trujillo E, Silva A, Sixto M, Crespo C (2011) realizaron una investigación en la población geriátrica de la Clínica Ormani Arenado, la cual fue descriptiva y transversal; de octubre de Dos mil nueve a julio del Dos mil diez, con el objetivo de evaluar el estado de salud oral de los gerontes del departamento de salud del Policlínico Raúl Sánchez. La muestra estuvo conformada por 390 gerontes, todos mayores de sesenta años, quienes fueron sometidos a una análisis oral y extra-oral, para la recolección de datos se hizo uso de una encuesta epidemiológica de salud buco-dental y otra encuesta para hallar el nivel de conocimiento. Para procesar los datos se aplicó el estadígrafo χ^2 para conocer la asociación entre las variables cualitativas, al 95.0% de fiabilidad. La presión arterial alta fue la afección general que más aquejó a los ancianos, y la diabetes mellitus, la que se relaciona directamente

con la salud oral de los gerontes; las enfermedades periodontal y estomatitis sub-prótesis fueron las enfermedades bucales de mayor prevalencia. Los factores de riesgo de mayor prevalencia fueron la incorrecta higiene bucal y la de las prótesis, además que fueron las que más afectaron a los pacientes objeto de estudio.⁶

- Sánchez M, Román V y Dávila R (2011) realizaron un estudio en pacientes adultos mayores con el objetivo de que se conozca el estado de salud oral, así como el grado de edentulismo de los pacientes. Los mismos fueron medidos mediante el índice CPOD (dientes con caries, obturaciones o ausencia de los mismos por pérdida) y la categorización de Kennedy y se relacionaron con la calidad de vida asociada con la salud, el estado de nutrición, determinadas afecciones crónicas y variables socio-demográficas. Se efectuó la investigación en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, a través de un muestreo no probabilístico, cuya muestra fueron 102 pacientes mayores de sesenta años que evidencian algún nivel de edentulismo. Se aplicó ficha para identificar datos particulares y datos relacionados a enfermedades, y se realizó una revisión de la boca para que se detecten problemas odontológicos. Se hizo uso de los estadígrafos t de Student y ANOVA de un factor, asimismo el coeficiente para correlación de Spearman. El indicador CPOD obtenido fue de 16,10, con una media de 1,76 de dientes con caries y 10,68 de dientes extraídos. En relación a la categorización de Kennedy, se observó la mayor prevalencia en las clases III (34,3%) y I (43,1%) para maxilares superior e inferior. Se halló relación o asociación con significado entre los dientes que se perdieron y la edad, presión arterial alta y las capacidades como hablar y articular de manera correcta, y entre los dientes con caries y el estado de nutrición. Por tanto, se concluyó que la muestra de estudio posee una salud bucal deficiente. La única dimensión de calidad de vida que se relaciona con la salud bucal que se asoció con edentulismo fue la capacidad de pronunciar y hablar de manera correcta.⁷

- Gonzales R, Herrera B, Osorio M y Madrazo D (2010) realizaron un estudio, en el cual se examinó la población mayor de sesenta años del departamento de salud de la Policlínica Moncada, quienes fueron atendidos en la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", La Habana-Cuba, el año Dos mil seis, para que se determinen los factores de riesgo que se asocian con las lesiones bucales, como están distribuidos

de acuerdo a la edad y sexo, asimismo que se identifiquen los tipos de lesiones y donde se localizan anatómicamente. La muestra estuvo conformada por 352 gerontes a quienes fue aplicada una encuesta para que se identifique la presencia de factores de riesgo y se llevó a cabo un examen de la cavidad oral y el cuello para que se detecten lesiones y donde se encuentran localizadas. Entre los resultados principales se obtuvo que el 60.7 % de los adultos mayores evidenciaron factores de riesgo; los de mayor frecuencia fueron: ingerir comida condimentada y calientes en un 83.4%, el hábito de fumar en un 82.1%, seguido del usar prótesis y consumir alcohol, ambos con 72.4 %. El sexo masculino fue el más perjudicado en un 58.2%, entre los factores de riesgo el que predominó fue el consumo de alcohol en un 75.7%. En las mujeres usar ha sido el factor de riesgo que ha predominado con un 73.3%, luego el hábito de fumar; la edad más perjudicada fue la de mayores de 80 años en un 41.7 %. El 48.5% evidencian lesiones, el épulis en la encía fue el de mayor frecuencia con un 39.1%, la estomatitis sub-protésica con un 35.6 %. El punto de localización anatómica hallada más frecuentemente fue el paladar duro, encías inferiores y mucosa del carrillo. A través de los resultados se ha evidenciado la falta de calidad de las tareas de educación en la salud, pues ha predominado un estilo de vida perjudicial a la salud.⁸

- Ibáñez N, López C, Piña B (2009) realizaron una investigación con el objetivo de valorar la presencia de xerostomía en pacientes adultos mayores a través de una investigación retrospectiva, observacional. Luego se revisaron las historias médicas de los pacientes, recolectando los datos necesarios. Se halló como resultado que, de una muestra 120 historias revisadas, el 56.0% tenía como resultado la sialometría, el 42.0% evidenciaron xerostomía, relación hombres mujeres de 1:3.7. De los adultos mayores con xerostomía, 25 (89.0%) evidenciaron algunas enfermedades sistémicas y 27 (96.0%) se encontraban bajo tratamiento con fármacos. Concluyendo que la frecuencia de xerostomía en pacientes adultos mayores varía entre el 30.0 y el 79.0%, las historias clínicas nos señalan que los pacientes gerontes son una población con mayor susceptibilidad pues en ellos se unen diversos factores que son favorables para la xerostomía, y que se concibe por lo general como contestación a hacer uso de medicinas.⁹

- Rodríguez J, Martínez T, Fernández L, Betancuort A, Sanabria D (2008) realizaron otro estudio en adultos” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de xerostomía en relación con el uso de medicamentos en los adultos de 20 años y más del Consultorio Médico 64-02 de Guanabacoa, de julio a diciembre del año 2007. El estudio fue descriptivo y se utilizó muestreo bietápico. La presencia de xerostomía se determinó con 3 preguntas: edad, sexo, uso, cantidad y tipos de medicamentos, según cuestionario. Los resultados se presentan en tablas y se relacionaron las variables, con X^2 y diferencia de proporciones ($p < 0,05$), con el programa Epidat. Se encontró que, de 511 individuos estudiados, 176 (34,4 %) percibieron xerostomía. El sexo femenino fue el más afectado, se incrementa con la edad, fue mayor en el grupo de 60 años a más. Se concluyó que los medicamentos más utilizados fueron: antihipertensivos y antiasmáticos. Todos los que usaron hipoglucemiantes y antialérgicos, percibieron xerostomía, y se incrementó según el número de medicamentos usados.¹⁰

- López S, Ochoa L, Valle N y Aránzazu G (2007) efectuaron una investigación en personas adultas mayores con el objetivo de determinar la cantidad de flujo de saliva en pacientes que evidenciaron compromisos que afectan su organismo y/o consumir medicinas constantemente y que son pacientes de las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás, a través de una investigación observacional analítica de corte trasversal en una población de 110 pacientes, cuyas edades varían entre los 50 y 85 años, tomándose en consideración variables sociodemográficas y aquellas que se relacionan al consumo de medicinas, tipo de medicinas y condición sistémica. Se hizo uso del test Chi cuadrado y test de Fisher para variables cualitativas, para variables cuantitativas se utilizó el estadígrafo t Student y/o Wilcoxon. De aquellos pacientes con compromisos que afectan su organismo, los de mayor frecuencia fueron los que evidenciaban presión alta 37 (33,6%) de los cuales mostraron NFSE anormal 27 (60.0%) y NFSR anormal 30 (53,5%). Aquellos que consumían medicinas como los antihipertensivos 39 (35.4%) mostraron anormalidad en los NFSE 27 (60.0%). Por grupo de condición del organismo e ingesta de medicinas se observaron diferencias significativas respecto al flujo salival con estimulación y al flujo de saliva en reposo, se refiere ($p < 0,001$). Acerca de la frecuencia en la práctica de deportes se halló una

correlación de protección de la disminución del flujo de saliva de 0.63 I.C. [0.41; 0.97] ($p=0.04$). De manera similar ocurrió con la variable de ingesta de comida sólida en el que se halló una correlación de protección 0.61 I.C. [0.37; 1.02] ($p=0.063$). Por tanto, se determinó que existe una correlación directa entre el consumo de medicinas y la disminución del nivel de flujo de saliva estimulado y en reposo.¹¹

- Marques M, Chimenos E, Subirá C, Rodríguez M y López J (2005) efectuaron una investigación acerca de la asociación del síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicinas. Cuyo objetivo fue identificar factores de riesgo para el síndrome de boca ardiente mediante de un estudio de casos y control, efectuándose un análisis cuantitativo del flujo salival estimulado y en reposo; se registró la xerostomía subjetiva, la ingesta de medicinas y el estado psicológico de ansiedad y estado de depresión en 40 pacientes con síndrome de boca ardiente y 40 control, para lo cual de análisis ANOVA mostró diferencia significativa en la medida del número de medicinas/día, cantidad de medicinas xerostomizantes/día, xerostomía subjetiva, depresión y ansiedad en los grupos, no obstante, no se observaron diferencias significativas en las tasas de flujos salivales estimulado y en reposo. El examen de asociación de Odds ratio determinó asociación del síndrome de boca urente con xerostomía y con el consumo de diuréticos e hipotensores. Concluyendo que la ingesta de diuréticos e hipotensores fue un factor de riesgo para el padecimiento del síndrome de boca seca y que la función de las glándulas salivales en los adultos mayores no está deteriorada.¹²

2.2.2 Antecedentes Nacionales

Después de realizar una amplia búsqueda de estudios relacionados con el tema en el Perú, se encontraron los siguientes:

- Quispe F. (2017) realizó una investigación en pacientes de cuarenta a setenta años de edad que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno. El objetivo fue determinar la prevalencia de xerostomía en estos pacientes, con una muestra de 50 pacientes de cuarenta a setenta años de edad, se efectuó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal. Se halló que un 60.0% de adultos y adultos mayores presentaron hipo-salivación o xerostomía <

0,1ml/min, en tanto que en el 20.0% la salivación es reducida $>0,1\text{ml/min}$, y el 20.0% presenta salivación a un nivel normal $>0,3\text{ml/min}$. De treinta mujeres a quienes se evaluó, 22 evidenciaron xerostomía; en tanto que de veinte varones 8 evidenciaron xerostomía. Acerca de la cantidad de pacientes con presencia de xerostomía: De los pacientes entre cuarenta a cincuenta años =3; de los pacientes de cincuenta y uno a sesenta años = 12; de los pacientes de sesenta y uno a setenta=15. Por lo cual se concluye que la prevalencia de Xerostomía es significativa en la muestra de estudio, donde los pacientes cuyas edades oscilan entre cuarenta y setenta años es el de mayor prevalencia de xerostomía con 60 % Asimismo se halla mayor prevalencia en paciente de sexo femenino con 73%.¹³

- Espinoza A. (2017) efectuó una investigación en los pacientes que acuden al Centro de Salud – Ambo. Cuyo objetivo fue determinar la correlación que existe entre las medicinas antihipertensivas y la xerostomía en personas que acuden a este centro de salud. La metodología que se ha utilizado en esta investigación fue de tipo básica, descriptivo, trasversal, prospectivo; donde la muestra estuvo conformada por veinte pacientes que hacen uso de medicinas antihipertensivas; para recolectar los datos se hizo uso de una ficha de observación. De acuerdo a la prueba para la contrastación de hipótesis se tuvo el resultado de $X^2: 0,77 (77\%)$ es $>$ que 9,49, por lo cual se acepta H_1 : “Existe relación significativa entre las medicinas antihipertensivas y la xerostomía en pacientes que acuden al Centro de Salud Ambo”. Concluyendo que un 55.0% de pacientes usan captopril, de los mismos, 35% evidencian xerostomía flujo salival ($<$ de 0,3 ml/min), el 15% (0,3- 0.5 ml/min). Y el 5% ($>$ de 0.5ml/min). Del 30.0% consume enalapril, de los mismos, evidenciaron flujo salival $<$ de 0.3 ml/min. El 15% consume losartán de los mismos el 10% evidenció flujo salival ($>$ de 0.3 ml/ min) y el 5% (0.3 – 0.5ml/min).¹⁴

- Gayoso JC. (2017) efectuó una investigación en pacientes de 25 a 60 años que asisten al hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari de Huánuco, para que se determinen los efectos del tabaquismo sobre la tasa del flujo salival en estos pacientes. La muestra considerada son 40 pacientes que acudieron por atención psicológica en el Hospital objeto de estudio, fueron separados en Grupo 1 de pacientes con tabaquismo y Grupo 2 pacientes sanos. Fueron recolectadas dos

muestras de saliva estimulada y no estimulada que luego se cuantificaron, los estadísticos utilizados fueron prueba de T de student y U de Mann Whitney. Acerca del diagnóstico de tabaquismo, predomina el sexo masculino (35%), y sexo femenino (15%). Tiempo de consumo > ocho años (50%); Se hallaron contrastes significativos ($p < 0,05$) entre los 02 grupos de estudio (flujo de saliva estimulado y tabaquismo). Concluyendo que el tabaquismo tiene efecto sobre flujo salival estimulado de los pacientes de veinticinco a sesenta años. En tanto que el Tabaquismo no tiene efecto alguno sobre el flujo salival no estimulado de las personas que fueron parte de la muestra de estudio.¹⁵

- Sandoval J y Flores H (2015) efectuaron un estudio en el Hospital Regional de Loreto con el objetivo de que se determine la relación entre xerostomía y medicinas antihipertensivas en pacientes hipertensos quienes fueron atendidos en este hospital, a través de una investigación prospectiva, transversal, descriptiva y correlacional, se realizó la medición del flujo salival de los pacientes atendidos con medicinas antihipertensivas en el Hospital objeto de estudio. Se efectuó el test salival global “Schirmer” (sialometría). Las contrastaciones se efectuaron a través la prueba de Ji cuadrado χ^2 . La muestra estuvo conformada por 385 personas; 54.5% varones y 45.5% mujeres. La edad promedio sesenta y cuatro 64 años; el 72.55% de los pacientes con hipertensión evidenciaron un flujo de saliva muy bajo. Los medicamentos más utilizados son el losartán (87,0%), captopril (56,1%), amlodipino (44,7%), enalapril (26,5%), furosemida (25,7%). De otra parte, las medicinas que menos han utilizado son: fenoldopan y propranolol (0,3%). Hidroclorotiazida (0,8%). Concluyendo que existe pre-disposición de atención en varones (54,5%), las medicinas más utilizadas en pacientes con hipertensión son losartán (87%) y el captopril (56,1%), y el 72,55% de los pacientes con hipertensión evidenciaron una xerostomía muy baja.¹⁶

- Rodríguez EH, Sacsquispe SJ (2006) realizaron una investigación titulada “Tasa de flujo salival y nivel de comodidad al emplear saliva artificial y caramelos de menta sin azúcar en personas adultas mayores con xerostomía” donde se va a comparar la variación en el flujo de saliva sin estímulo y el grado de confort cuando se emplea

salivación artificial y dulces de menta sin azúcar en personas adultas mayores con xerostomía. La muestra estuvo formada por 30 pacientes mayores de sesenta años que residen en un albergue. Las variaciones del flujo de saliva cuando inician y finalizan los tratamientos con salivación artificial fue de 0.03 ± 0.23 g., en tanto que en el uso de dulces de menta sin azúcar fue mayor, esta variación fue de 0.08 ± 0.24 g. Los resultados en relación al grado de confort señalan que fueron percibidos ambos productos como óptimos, no obstante, se halló una diferencia de 0.41 ($p=0.014$) que favorecen los caramelos de menta, de igual manera se prefirieron los caramelos por la mayoría de la población entre varones y mujeres (80.8%). Se halló mayor favoritismo para saliva artificial, en los pacientes de mayor edad (82 ± 7.75 años). Por lo cual los resultados de esta investigación sugieren que utilizar caramelos de menta sin azúcar es más eficaz que la saliva artificial, por lo cual, puede considerarse como un tratamiento alternativo para aliviar la xerostomía.¹⁷

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.3.1 El proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento concibe cambios relevantes en los estilos de vida de las diversas poblaciones y repercute de manera significativa en la calidad de vida.¹⁸ Asimismo la característica de este proceso consiste en una disminución gradual de las reservas homeostáticas de cada aparato y sistema. Este detrimento empieza a partir de los 30 años y es progresivo y cambiante entre las personas. Dichos cambios son asimismo bastante diversos entre los diversos aparatos y órganos de un individuo y son influenciados por su estilo de alimentación, su entorno, así como y su estilo de vida.¹⁹

En los adultos mayores se reflejan los comportamientos saludables que fueron adquiridos en la primera fase de los ciclos vitales individuales. Durante el proceso en que se va envejeciendo se van a generar diversos cambios en las relaciones sociales, en las percepciones sensoriales, en la función motora y la función cognitiva y motora de las personas. Es así que cuando las personas envejecen esto se observa también en la cavidad oral, asimismo se generan modificaciones secundarias, y se incrementan la pérdida de la dentadura por motivo de la enfermedad periodontal, caries, lesión de la mucosa oral, así como

la sensación de sequedad en la boca. Cuando faltan dientes y no se cuenta con una prótesis dental esto se relaciona directamente con la salud, ya que, cuando se mastican los alimentos de forma inadecuada, y cuanto más si son alimentos duros, se provoca una nutrición inadecuada. Luego, se perturba la auto-realización, así como aceptación, pues esto genera timidez, autoestima baja, dolores e incomodidades al momento estar ingiriendo los alimentos, así como en el tiempo de socializar.²⁰ La sensación de sequedad en la boca o xerostomía se da con frecuencia en personas adultas mayores, afectando así su calidad de vida, ya que como resultado negativo puede observarse que la persona sufra de insomnio, se halle irritable, deprimido y aún pierda el interés por sociabilizar.²¹

2.3.2 Concepto de Xerostomía

Boca seca o xerostomía es la impresión subjetiva donde ha disminuido o se ha perdido la secreción salival, y está desfavorece la calidad de vida, de cada vez un número mayor de personas, por dicho motivo diversos autores las llaman o mencionan como la enfermedad del hombre moderno. No se trata de una patología precisa, sino que es un síntoma parte de un cuadro patológico o se debe al tratamiento recibido por determinada enfermedad.²² En ciertos casos puede confundirse la xerostomía y la hipofunción de las glándulas salivales. Xerostomía se trata de los síntomas subjetivos de la boca seca, esta sensación puede medirse a través de un cuestionario directo a la persona; y por otra parte los signos objetivos de la boca seca es la hipofunción de las glándulas salivales, en la cual las cantidades de saliva que se producen es menor y puede determinarse a través de la sialometría. Diversos autores señalan que el factor psicológico posee un rol relevante en la presencia de xerostomía sin hipo salivación, como hallarse ansioso o deprimido.^{23,24}

Epidemiología de la xerostomía

La xerostomía y el síndrome de boca seca se evidencia más frecuentemente en adultos mayores, por lo general afecta a 1 de cada 4 personas acrecentándose a partir de los cincuenta años, aunque se conoce de acuerdo a diversos estudios que la edad no es un factor propio de la reducción del flujo salival, este síndrome es común en personas adultas mayores por motivo de los tratamientos con fármacos, así como otros contextos. Entre las personas adultas mayores es mayor la prevalencia en el sexo femenino, básicamente por motivo de los cambios hormonales que se asocian al climaterio.^{22,23}

2.3.3 Concepto de Saliva

La saliva es un líquido acuoso incoloro de poca densidad la cual contiene electrolitos, una mezcla importante de proteínas, agua entre el 90.0% y 99.5% con pH de 5,97, por lo cual es necesario para que se mantenga el equilibrio en la boca y su falta o modificaciones en sus particularidades representaría una dificultad en la salud oral y general de los pacientes.^{15,16}

La saliva total incluye tanto las secreciones de las glándulas salivales como los fluidos gingivales, las células epiteliales bucales y residuos de micro-organismos de la cavidad bucal, donde la estructura autónoma se ocupa de una escrupulosa inspección de la secreción de la saliva.²⁴

La saliva se produce obedeciendo a diversos reflejos que se condicionan a algún estímulo visual, auditivo, olfatorio, recuerdos, entre otros y las respuestas secretoras varían de acuerdo a las glándulas y al origen de los estímulos. En una condición normal diaria se segrega de 1 a 1,5 litros; la cantidad de secreción se ve influenciada por otras razones como es el ritmo circadiano y el ritmo en que se ingieren los alimentos, los tipos de alimentos que se ingieren, el periodo de los ciclos menstruales, el periodo de gestación y la menopausia, entre otros motivos.²⁴

Funciones de la saliva

Entre las funciones más relevantes de la saliva está que actúa para protección: como recubrir los dientes y la mucosa, asimismo lubrica, humidifica, remineraliza los dientes y facilita la fonación; otra de las funciones es que defiende al huésped a través de una labor inmunológica, protege de las bacterias y los virus, es antifúngica y mantiene el Ph apropiado; asimismo opera en las funciones digestivas con enzimas gástricas así como el proceso para formar el bolo alimenticio.^{24,25} El 90.0% de la saliva se secreta por las glándulas mayores y en reposo: parótida produce el 45.0% del total de saliva, submandibular el 40.0% del total, la sublingual el 5.0%; y las glándulas menores generan el 10.0% del total de saliva. La secreción de saliva diaria en individuos sanos fluctúa entre 500 y 700 mL y varía en el día estribando las demandas y etapa fisiológica de los pacientes. Los flujos salivales no estimulada es de 0,3 a 0,5 ml/min; en el periodo de sueño decrece a 0,1 mL/min y la saliva que se estimula se produce entre 2 a 5 ml/min.¹⁷ Acerca de la hipo-secreción de la saliva (sialopenia, hiposialia) si la cifra es menor a 0,1-0,2 mL/min (500 cc/día) en reposo y 0,5 a 0,7 mL/min en saliva estimulada.²⁶

2.3.4 Causas de la xerostomía

Acerca de los procesos patológicos, físicos y químicos de la xerostomía se genera por dos motivos: alteraciones del parénquima glandular o alteraciones funcionales glandulares. Las alteraciones estructurales se ven en enfermedades que destruyen el parénquima y menguan la producción de saliva, por ejemplo: autoinmunidad e infecciones. En contraste, las alteraciones funcionales glandulares corresponden a la deducción de la producción de la saliva con parénquima normal como se suscita por ingerir diversas medicinas, deshidratación, carencia de estímulos mecánicos y hábitos.²⁷

Causas por alteraciones glandulares

Entre estas tenemos.²⁷

Las enfermedades inflamatorias o inmuno mediadas como infecciones virales	Las enfermedades autoinmune como
<ul style="list-style-type: none">• Virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)• Virus de la hepatitis C (VHC)• Citomegalovirus (CMV)• Virus de Epstein Barr (EBV)	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome de Sjögren• rechazo de injerto• lupus eritematoso sistémico• artritis reumatoidea• tiroiditis de Hashimoto• enfermedad de Graves• cirrosis biliar primaria• esclerosis sistémica progresiva• granulomatosis con poliangeitis (ex enfermedad de Wegener)• enfermedad mixta del tejido conectivo

Causas por alteraciones funcionales.

Entre estas tenemos:²⁷

- Deshidratación
- Fiebre
- Shock hipovolémico en los que las secreciones salivales cesan por motivo de que se pierde agua por el sudor
- Respirar agitadamente
- Vómito y diarrea
- Poliurea, entre otros

Estado emocional y hábitos

Otro factor es el estado emocional como estar deprimidos o ansiosos, los hábitos como consumir drogas, tabaco y alcohol, es así que consumir excesivamente el tabaco podría afectar directamente a las glándulas salivales menores. Asimismo, las alteraciones en los componentes de la saliva en determinadas situaciones como el climaterio podrían causar xerostomía.^{27,28}

Consumo de medicamentos

El consumo de medicamentos es la causa más frecuente de xerostomía.^{27,29}

Fármacos relacionados con la xerostomía
• Broncodilatadores
• Intiparkinsonianos
• Antidepresivos
• Antipsicóticos
• Descongestionantes
• Antihistamínicos
• Midriáticos
• Diuréticos
• Antihipertensivos
• Anticolinérgicos
• Relajantes musculares
• Analgésicos opiáceos
• Antiinflamatorios no esteroideos
• Inhibidores de la bomba de protones
• Antieméticos
• Antiretrovirales

Generalmente los adultos mayores de setenta años consumen una media de dos fármacos diarios, información que se incrementa en personas institucionalizadas.

Radioterapia

Aquellos pacientes que se someten a radioterapias de cuello y cabeza podrían tener boca seca pues las lesiones son irreversibles en las glándulas parótidas, se puede observar partiendo de administrar de 10 a 20 Gy, en las radioterapias de carcinomas de cuello y cabeza se administran dosis de 60 a 70 Gy, teniendo como derivación la hipofunción de la glandular. Asimismo, algunos quimioterapéuticos son inductores de hiposalivación o cambian el equilibrio de la saliva haciéndose más densa.²⁴

Enfermedades asociadas a xerostomía

Síndrome de Sjogren se trata de una enfermedad auto-inmune que se encuentra asociada en mayor porcentaje de casos a mujeres en edad post climaterio, caracterizada porque se inflaman las glándulas exocrinas, generando su hipofunción por infiltrarse células de un solo núcleo en el parénquima secretor, generando poca salivación por motivo que se destruyen los acinos salivales mucosos y serosos. Puede clasificarse como primarios en aquellos pacientes que presentan queratoconjuntivitis secundaria y xerostomía, además de alteraciones bucales y oftálmicas presentan enfermedades autoinmunes. En las personas con este diagnóstico la xerostomía representa un criterio importante a considerar para su correcto diagnóstico.^{24, 29, 30}

2.3.5 Xerostomía y adultos mayores

La xerostomía es un síndrome que se da con frecuencia en personas adultas mayores, durante el proceso en que la personas va envejeciendo se generan cambios importantes en las glándulas salivales con pérdida de parénquima que se reemplaza por tejidos adiposos o conectivos. Y aunque existan estos cambios estructurales, envejecer no debe necesariamente conllevar a que las secreciones globales disminuyan pues conserva capacidades funcionales, las cuales se relacionarían a la mayor prevalencia de padecimientos sistémicos, a la gran cantidad de medicinas usadas, la carencia de dentadura, alimentación blanda con poca masticación o ausencia de esta.^{28, 31, 32}

2.3.6 Xerostomía y uso de prótesis dental

En la situación de personas que reciben atención protésica, existe una mayor complicación, pues la mayoría de estos pacientes son personas adultas de una edad avanzada, que tal vez han perdido mucha de su dentadura o toda la dentadura y que asimismo de acuerdo a las enfermedades que presenten necesitan utilizar determinadas medicinas y es por lo cual los protesistas deben estar atentos tanto con aquellos pacientes que asisten por vez primera para ser atendidos, como aquellos que han utilizado prótesis con anterioridad y refieren algunos síntomas; efectuando un diagnóstico para la detección de la presencia de xerostomía (boca seca) y tener la capacidad de tratar este síndrome a través de la prevención y curación de tal manera que disminuyan indisposiciones mayores.³²

Utilizar dentadura parcial removible o el total de la dentadura es una experiencia que provoca desagrado para los pacientes con xerostomía, pues la falta de salivación disminuye la retención de las prótesis, por lo que se sugiere a los pacientes no utilizarlas al dormir, luego deben sumergirlas en agua y lavarlas con jabón. Asimismo, es aconsejable colocar un agente antifúngico, cada vez que las utilicen y al enjuagarse la boca luego de las comidas.³²

2.3.7 Consecuencias de xerostomía

Para hablar de las consecuencias de la boca seca o xerostomía debemos tomar en consideración que no se trata de un síntoma aislado, la disminución salival genera modificaciones relevantes en la calidad de vida de los pacientes provocando también cambios en su estado emocional, asimismo su alimentación y aún puede involucrar su estado de nutrición. Los mismos se evidencian por el padecimiento oral, y se asocian también con algún síntoma extra-oral y una más la elevada incidencia de patología bucal.²⁸ En el caso de que la saliva disminuyera progresivamente esto se relacionará a señales y sintomatologías orales, las mismas serán más o menos graves lo cual depende del motivo de la disminución salival.³³ En personas con xerostomía podrán evidenciarse síntomas diversos y progresivos, como resultado de una lubricación no adecuada de la boca, entre las cuales se hallan las dificultades para vocalizar correctamente, problemas al masticar, al deglutir, de fonación y se altera el sentido del gusto. La salivación generada es poca y densa y al comer se siente un sabor a metal.^{33,28} En las personas adultas mayores es común la xerostomía en horas de la noche debido a que la generación de la saliva por lo general logra su nivel más bajo cuando la persona está durmiendo agravándose el problema cuando se respira por la boca. Los pacientes con boca seca o xerostomía crónica secundaria Síndrome de Sjorgen, radioterapias de cuello y cabeza u otras condiciones pueden experimentar una deducción para que se reconozcan y detecten diversos estímulos del gusto.³⁴

2.3.8 Síntomas y signos de Xerostomía

Síntomas de la Xerostomía

Acerca de la sintomatología de la xerostomía que se halla con mayor frecuencia tenemos: ardor y dolores en la mucosa bucal principalmente en la lengua, estos se pueden observar de forma usual en personas adultas mayores con algún trastorno psicológico acentuándose progresivamente partiendo del medio día y aún más durante las noches. Otro de los síntomas encontrados es la halitosis, debido a que los alimentos se mantienen en la cavidad bucal,

asimismo se puede observar en estas personas sucesos de tos, se altera la voz y manifiestan molestias por la noche.^{23, 35}

Signos intraorales

La señales intrabucales que se pueden ver en pacientes con boca seca o xerostomía son: atrofia, fisuras y diversos niveles de lesiones en la mucosa bucal, también la persona palidece y adelgaza, la lengua se observa como atrofiada y es habitual la queilitis angular, ante las evaluaciones clínicas el espejo oral podría adherirse y los labios se muestran resecos.^{33,35}

Respecto a la dentadura se incrementan las caries principalmente a nivel cervical por motivo de alteraciones cuantitativas o cualitativas de la saliva y carencia del efecto tampón en relación al pH que posibilita el incremento de los gérmenes que producen las caries, así por ejemplo puede observarse la enfermedad periodontal.^{33, 35, 36} En personas que portan prótesis dentales la carencia de lubricación podría generar lesiones en la mucosa y se incrementa la tendencia a infecciones de la mucosa así como la escasa retención de las prótesis por motivo de las películas salivales o poco adecuada densidad de esta.^{33, 36, 37} Otra señal observada es que existe propensión a contraer alguna infección, la carencia de saliva y sus funciones como mantener el pH oral así como la estructura de arrastre están ausentes por lo que existirá una transformación del Ph y aparecerá por ejemplo la candidiasis la cual es también un tipo de infección, esta se evidencia en el paladar, la lengua o como queilitis angular en diversas formas, donde la eritematosas es la de mayor frecuencia. Esporádicamente también se agrandan las glándulas y cuando se presiona manualmente segrega poca saliva y el aspecto es viscoso.³⁵

Signos extraorales de la Xerostomía

Las señales extra orales observadas son la piel seca con desprendimientos, por motivo de que se afectan las glándulas, facilitan la inflamación de la faringe, laringe, asimismo ronquera, tos seca, y problemas para la expectoración. La resequedad nasal genera que se formen costras, epistaxis y deducción en la facultad olfatoria, asimismo pueden observarse síntomas estomacales como estreñimiento y dispepsia.^{33,35}

2.3.9 Diagnóstico de la Xerostomía

El diagnóstico de xerostomía se realiza en primer lugar mediante una buena historia clínica, a través del interrogatorio, haciendo al paciente las siguientes preguntas^{25, 22}:

Pregunta para diagnosticar la xerostomía
¿Qué medicamentos está tomando?
¿Consumes suplementos alimenticios?
¿Usa prótesis dental (de cualquier tipo) y cada cuánto la limpia?
¿Con qué frecuencia se lava los dientes?
¿Le duele la boca o los dientes?
¿Para humedecer la boca frecuentemente bebe sorbos de agua?
¿Siente la boca seca al momento de las comidas?
¿Percibe que tiene menos saliva que antes?
¿Le cuesta trabajo deglutir (tragar)?
¿Le es difícil consumir alimentos secos como galletas, pan o pan tostado?
¿Se levanta en mitad de la noche para beber líquidos?
¿Tiene seca la garganta, ojos o el interior de la nariz?

Luego se debe efectuar el examen clínico para verificar las señales clínicas, a través de la evaluación a través de un análisis extra oral donde se buscan asimetrías o ciertas alteraciones en la piel y la evaluación intra oral, donde deben observarse las mucosas bucales, la lengua y la salida del conducto de Stenon, conducto de Wharton o Bartolini para que se evalúe el incremento de volumen, dilatación o si existen cálculos.²² A través de toques podrá evaluarse si las glándulas son consistentes y si están presentes tumefacciones, se realiza la comparación de una glándula con la contra lateral, si se evidencian cambios en la temperatura y/o dolor. Y también, es relevante valorar el estado general de los pacientes.²⁶

En tercer lugar, se debe efectuar la medición de los flujos salivales cuantitativos; la sialometría en reposo es relevante, y una de las formas de llevarla a cabo es pesar un algodón previamente y luego colocarlo bajo de la lengua un tiempo de 5 minutos o asimismo que se depositen los contenidos salivales en una vasija milimetrada. Existen otros exámenes de mayor complejidad como el test Oral de Schimer's, que consiste en que se deposite una tira de papel filtro milimetrada en el suelo de la boca, próxima a la salida del conducto de Wharton, durante 5 minutos, luego se mide la longitud humedecida. El valor normal es de $40.92 \pm 22:28$ mm/5 en personas sanas.^{38, 39} Para medir el flujo salival estimulado, debe realizarse el estímulo mecánico con masticación de chicles, parafinas o el estímulo químico con el uso de ácido cítrico al 4.0%. Se considera que el flujo de saliva no estimulada inferior a 0,15 mL/ minuto o estimulada de 0,2 a 0,18 mL/minuto no es normal, sin embargo no causa xerostomía.³⁸ La sialografía es un procedimiento que se utiliza cada vez menos en la clínica

ya que se cuenta con pruebas más actuales, se trata de introducir el medio de contraste radiopaco mediante el conducto principal secretor (Stenon o Wharton); este contraste es distribuido por todo el sistema de conductos y para evaluar si los conductos y conductillos son permeables para lo cual se realizan radiografías a nivel frontal y lateral, asimismo para realizar el descarte de obstrucciones por tumores y sialolitos. La gammagrafía es una técnica no invasiva, se usa como trazador de tecnecio-99, ello hace posible la evaluación de la funcionalidad de la glándula, así como la forma, posición y tamaño.³⁹

Otra de las pruebas para efectuar el diagnóstico es la biopsia incisional de las glándulas salivales menores; se trata de una técnica sencilla en la cual se emplea anestesia infiltrativa en el labio inferior, un corte horizontal sobre la mucosa labial y se realiza la disección de las glándulas salivales menores. Para los estudios anatomopatológicos se requieren 5 mm² de foco equivalente a 5 glándulas salivales menores, esta técnica es utilizada para diagnosticar el Síndrome de Sjogren. Otra de las técnicas utilizadas es la punción con aguja fina (PAAF) con jeringa de 20 ml, se utiliza para la evaluación de las masas salivales y para que se diagnostique la presencia de tumores en las glándulas salivales.²⁵

Las radiografías convencionales se utilizan en sospecha de sialolitos, se puede utilizar una radiografía panorámica oclusal o periapical para valorar posición, forma y tamaño en caso de litiasis del conducto de Wharton. Las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas son de utilidad para evaluar neoplasias recurrentes o malignas, extensas o con incursión a otros espacios.³⁹

2.4 Definición de términos básicos

Adulto mayor, debe comprenderse por persona adulta mayor a aquellas que tienen sesenta años de edad a más.⁴⁰

Estilo de vida, forma en que se comporta la persona en las áreas cognoscitivas, afectivas, motoras e interpersonales, estos comportamientos pueden ser unificantes y cohesionantes parcialmente únicos y que tiende a un objetivo.⁴¹

Calidad de vida, estado de satisfacción general, que se deriva de la ejecución de la potencialidad de las personas, que tiene aspectos objetivos y subjetivos.⁴²

Envejecimiento, proceso fisiológico que empieza en la concepción y genera modificaciones en las particularidades de las personas a lo largo de su vida.⁴³

Xerostomía, sensación subjetiva de sequedad en la boca por motivo de que se han alterado las funciones de las glándulas salivales.²²

Hipofunción salival, es la señal objetiva de la deducción de la generación de saliva.²²

Saliva, solución acuosa disuelta conformada por electrolitos y una composición de proteínas, generada por las glándulas salivales.²⁴

Sialometría, medida objetiva de los fluidos salivales.²⁴

Síndrome de Sjögren, enfermedad auto inmune crónica, caracterizada por la penetración mononuclear de glándulas exocrinas y podría afectar diversos sistemas y órganos.⁴⁴

Lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria crónica, de motivo desconocido, caracterizada por afección de diversos sistemas y órganos por motivo de anticuerpos antinucleares.⁴⁵

Artritis reumatoide, enfermedad crónica, gradual, auto inmune, de causa no conocida, cuya característica es que se inflama la membrana sinovial de las articulaciones adyacentes.⁴⁶

Radioterapia, aplicación de radiaciones ionizantes para tratar diferentes enfermedades, esencialmente neoplásicas.⁴⁷

Halitosis, olor repelente que proviene del aliento de un individuo, es una molestia social asociada a una higiene bucal deficiente, enfermedades orales o sistémicas serias.⁴⁸

Caries dental, proceso localizado de origen multifactorial que comienza luego de las erupciones dentarias, genera que el tejido duro de los dientes se ablande.⁴⁹

Enfermedad periodontal, trastorno que perjudica las estructuras de inserción de los dientes, se identifica por la presencia de bacterias que lleva a la pérdida de inserción de los dientes ósea y pérdida de los dientes.⁵⁰

Candidiasis oral, micosis de mayor periodicidad en la cavidad oral, generada por *Cándida albicans*.⁵¹

Sialolito, son formaciones calcificadas únicas o múltiples cuya forma es redonda u ovalada, ocasionan las obstrucciones mecánicas del conducto excretor de la glándula salival.⁵²

Gammagrafía, Técnica de imagen que muestra la distribución en el organismo de un radionúclido o radiofármaco, señalando la actividad en el órgano examinado.⁵³

Tomografía computarizada, técnica para diagnosticar que admite la visualización de cortes del organismo a partir de múltiples determinaciones de absorción de rayos X.⁵³

Resonancia magnética, técnica de imagen que ha uso de campos magnéticos y radiación no ionizante de radiofrecuencia del espectro electromagnético.⁵³

2.5. Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

Los factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019 son: factores sociodemográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar, uso de prótesis dental, estado de depresión

2.5.2 Hipótesis específicas

1. El factor sociodemográfico se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.
2. El uso de medicamentos se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.
3. El hábito de fumar se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.
4. El uso de prótesis dental removible se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.
5. El estado de depresión se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

2.6. Variables

Variable dependiente

Presencia de Xerostomía- Sensación de sequedad bucal asociada a factores locales y sistémicos en adultos mayores.

Variables Independientes

- Sociodemográficas (Edad, sexo)
- Uso de medicamentos
- Hábito de Fumar
- Uso de prótesis dental
- Estado de depresión

**OPERALIZACIÓN DE
VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADORES	INSTRUMENTO	CODIFICACIÓN
Variable Dependiente						
Presencia de Xerostomía	Sensación subjetiva de boca seca	Cualitativa	Nominal	Positivo o Negativo	Ficha de Registro Ítem 2	Si (1) No (0)
Variable Independiente						
Factores Sociodemográficos Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Cuantitativa	Ordinal	Fecha de nacimiento	Ficha de Registro Ítem 1	60-69 (1) 70-79 (2) 80-89 (3) >= 90 (4)
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	Ficha de Registro Ítem 1	Femenino (0) Masculino (1)
Uso de medicamentos	sustancia o preparado que tiene propiedades curativas o preventivas, se administra a las personas o a los animales	Cualitativa	Nominal	Si o No, en caso de ser afirmativo: a).- Antihistamínicos b).Antihipertensivos c).- Anticolinérgicos e).- Sedantes f).- Analgésicos g).- Relajantes musculares h).- Diuréticos	Ficha de Registro Ítem 3	Antihistamínicos (1) Antihipertensivos (2) Anticolinérgicos (3) Sedantes (4) Analgésicos (5) Relajantes musculares (6) Diuréticos (7) Inhibidores de la bomba de protones (8) Calcio (9) Antidepresivos (10) Ninguno de los anteriores (11)

				i).- Inhibidores de la bomba de protones j).- calcio H).- Antidepresivos		
Hábito de Fumar	Aspirar y despedir el humo producido por la combustión del tabaco o de otra sustancia herbácea preparada en forma de cigarro, cigarrillo o pipa	Cualitativa	Nominal	Si O No, en caso de ser afirmativo: a). - <10 cigarrillos/día b). - 10-19 cigarrillos/día c).- >=20 cigarrillos/día	Ficha de Registro Ítem 3	SI (1) NO (0) <10 cigarrillos/día (1) 10-19 cigarrillos/día (2) >=20 cigarrillos/día (3)
Uso de prótesis removible	Elementos colocados en la boca de la persona que le faltan dientes naturales con el objetivo de restaurar la función masticatoria	Cualitativa	Nominal	Si o No, en caso de ser afirmativo: a). - Parcial b).- Total		SI (1) NO (0) Parcial (1) Total (2)
Estado de depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Cualitativa	Ordinal	a.- Normal b.- depresión leve c.- Depresión moderada d.- Depresión severa	Ficha de Registro Ítem 3	Normal (1) Depresión leve (2) Depresión moderada (3) Depresión severa (4)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, método y diseño de investigación

El presente estudio tuvo una metodología cuantitativa y el diseño es analítico, transversal y retrospectivo con análisis de datos siguiendo la metodología de análisis para caso control.⁵⁴ Este se realizó mediante un cuestionario estructurado.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población de estudio

La población considerada para este estudio estuvo conformada por los 300 adultos mayores que viven en la residencia geriátrica de una congregación religiosa. Se consideró incluir en el título del trabajo el tipo de residencia geriátrica: “congregación religiosa” a fin de ubicar la población del estudio espacialmente, sin esta especificación podría pensarse que el estudio se realizó en cualquier residencia tanto estatal como particular. Además, la misma institución en la que se realizó el estudio solicitó incluir en el título el nombre de “congregación religiosa”.

SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR	Nº DE ADULTOS MAYORES
Adultos mayores con dificultad en el habla	20
Adultos mayores con dificultad para escuchar el cuestionario	40
Adultos mayores que no sean independientes	150
Adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, que vivan en la residencia geriátrica, lucidos en espacio, tiempo y persona	90
TOTAL	300

3.2.2. Unidad de estudio

Residencia geriátrica de una congregación religiosa.

3.2.3. Diseño muestra

A. Personas con xerostomía – Casos

Criterios de inclusión

- Mayores de 60 años
- De ambos sexos
- Que vivan en la residencia geriátrica
- Lúcidos en espacio, tiempo y persona
- Idioma español
- Que dieron positivo al diagnóstico de xerostomía

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con dificultad en el habla
- Adultos mayores con dificultad para escuchar el cuestionario
- Adultos mayores que no sean independientes

B. Personas sin xerostomía-Control

Criterios de inclusión

- Mayores de 60 años
- De ambos sexos
- Que vivan en la residencia geriátrica
- Lúcidos en espacio, tiempo y persona
- Idioma español
- Que dieron negativo al diagnóstico de xerostomía

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con dificultad en el habla
- Adultos mayores con dificultad para escuchar el cuestionario
- Adultos mayores que no sean independientes

Por lo tanto, de acuerdo a un muestreo no probabilístico, es decir donde la elección de los miembros para el estudio ha dependido de los criterios específicos de inclusión y exclusión considerados por el investigador, la muestra quedó conformada por 90 adultos mayores que

viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, de acuerdo a la siguiente tabla:

ADULTOS MAYORES	N° DE ADULTOS MAYORES
CASOS	55
CONTROL	35
TOTAL	90

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de datos, el instrumento utilizado fue el cuestionario, la primera hoja consta de instrucciones y un cuestionario guiado, realizado según los objetivos específicos. La primera parte fue acerca los datos socio demográficos, donde el participante indicará la edad que tiene, y marcará la opción femenino o masculino. La segunda parte se trató de la prueba de xerostomía la cual se realizó mediante la prueba de schirmer Oral, que consistió en colocar una tira de papel filtro en el piso de boca del paciente a nivel del conducto de Warton, por cinco minutos y medir la zona humedecida de la tira, considerándose positivo si el área humedecida es ≤ 5 mm en 5 minutos. La tercera pregunta fue sobre el uso de medicamentos, donde se debió marcar alguna de las alternativas. La cuarta pregunta fue sobre el hábito de fumar, se debió marcar sí o no, en caso de ser afirmativo se seleccionó las alternativas con el número de cigarrillos al día. La quinta pregunta fue sobre el uso de prótesis dental removible, que tiene las alternativas sí o no, en caso de ser afirmativo se eligió si esta es parcial o total. Posteriormente se hizo el test de depresión geriátrico para evaluar la variable estado de depresión, que consta de 15 preguntas, de estas 15 preguntas, 10 indican la presencia de depresión cuando se contestan afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se responden negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. Anexo IV.

Cada ficha de registro usada tiene un código, así mismo cada factor evaluado tiene una codificación, estos códigos se muestra en el anexo V.

El cuestionario fue validado mediante juicio de expertos, el cual se realizó por ocho odontólogos especialistas y con experiencia en el tema, los que evaluaron mediante una encuesta y colocaron un puntaje de acuerdo a los ítems mostrados. Los resultados se muestran en anexo VI y VII. En cuanto al test de depresión geriátrico (escala de depresión geriátrica de Yesavage) este es un instrumento ya validado y usado comúnmente para evaluar depresión.

3.3.2 Recolección de datos

Se solicitó una cita con la Madre Superiora de la Residencia Geriátrica, ubicada en el distrito de Breña, y se le explicó el objetivo, la justificación y metodología del estudio. Una vez aceptada la solicitud, se coordinó un día para empezar con las evaluaciones y encuestas a los adultos mayores. Asimismo, se solicitó a la madre superiora el permiso para poder usar el ambiente del servicio de odontología y se coordinó de la misma forma con el personal encargado. Se explicó a los adultos mayores los motivos, procedimientos y confidencialidad del estudio.

A los que aceptaron participar se les entregó el consentimiento informado, donde se explica todo el procedimiento y también la confidencialidad del estudio. Posteriormente se realizó una evaluación y prueba de sialometría a los adultos mayores, esta fue mediante el test de Schirmer oral, que consistió en colocar una tira de papel filtro en la salida del conducto de Warton en el piso de boca por cinco minutos y medir la zona humedecida de la tira, se consideró positivo si el área humedecida era ≤ 5 mm en 5 minutos. Después se realizó encuestas guiadas con preguntas según los objetivos específicos y por último un test de geriátrico de depresión (escala de depresión geriátrica de Yesavage), que fue llenado por el mismo paciente y fue de 15 preguntas, en las que se marcó sí o no en la alternativa. Se evaluó este test de la siguiente manera: 10 indican la presencia de depresión cuando se contestan afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se responden negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.

Aspectos éticos

A los adultos mayores que participaron en el presente estudio, se les entregó el consentimiento informado, donde explica todo el procedimiento, la metodología y también la confidencialidad del estudio. La ficha de registro no presentara nombre del participante por lo que protege la confidencialidad de la información. ANEXO IX

3.4. Descripción de procedimiento de análisis

Se realizó la crítica de los datos donde se procedió a revisar las fichas de registro, se evaluó que todas las preguntas hayan sido respondidas y debidamente llenadas, posteriormente se colocó un código en la parte superior derecha para cada ficha bien llenada. Se puso una línea vertical de diferente color en el margen derecho de la ficha donde se colocó la alternativa seleccionada, esto fue para facilitar la recolección de datos y el llenado en la base de datos. Una vez evaluadas las fichas y recopilada toda la información procedimos a la limpieza de base de datos, ingresando la información en Excel según la ficha de registro.

Para el análisis de datos se usó un software estadístico IBM SPSS v. 20 (Statistical Package for Social and Sciences) y las pruebas estadísticas a usar fueron chi-cuadrado para la evaluación bivariada, la prueba de regresión logística múltiple para el análisis entre varias variables y OR IC 95% para evaluar asociación, estos datos se muestran en la tablas y gráficos que contienen frecuencias relativas y absolutas.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

Los resultados de las variables son presentados en primer lugar descriptivamente. En la segunda parte se tiene los resultados inferenciales mediante las constataciones de hipótesis para el logro de cada uno de los objetivos de estudio.

4.1.1. Resultados Descriptivos

A. Factores Socio demográficos.

Tabla 1
Factores Socio demográficos

Indicadores	Casos		Control	
	Frecuencia (n=55)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Edad				
60 a 69 años	0	0%	3	8,6%
70 a 79 años	18	32,7%	15	42,9%
80 a 89 años	25	45,5%	14	40,0%
Mayor o igual a 90 años	12	21,8%	3	8,6%
Sexo				
Masculino	25	45,5%	14	40,0%
Femenino	30	54,5%	21	60,0%

Fuente: Cuestionario acerca de factores asociados a la xerostomía

Interpretación: Como podemos observar en la Tabla 1, los resultados socio demográficos, acerca de la edad en el grupo casos muestran que se encuentran en el rango de 60 a 69 años de edad el 0,0%; entre 70 a 79 años el 32,7%, en el rango de 80 a 89 años el 45,5% y mayor o igual a 90 años el 21,8%; en el grupo control se encuentran en el rango de 60 a 69 años de edad el 8,6%; entre 70 a 79 años el 42,9%, en el rango de 80 a 89 años el 40,0% y mayor o igual a 90 años el 8,6%. Asimismo, acerca del sexo en el grupo casos el 45,5% es de sexo masculino y el 54,5% de sexo femenino; acerca del sexo en el grupo control el 40,0% es de sexo masculino y el 60,0% de sexo femenino.

Por lo tanto, la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, en el grupo casos se encuentran en el rango de 80 a 89 años (45,5%) y en el grupo control en el rango de 70 a 79 años (42,9%), asimismo en ambos grupos la mayoría son de sexo femenino, en el grupo casos (54,5%) y en el grupo control (60,0%).

B. Uso de medicamentos

Tabla 2
Uso de medicamentos

Indicadores	Casos		Control	
	Frecuencia (n=55)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Uso de medicamentos				
Uso de antihistamínicos				
Si	2	3,6%	1	2,9%
No	53	96,4%	34	97,1%
Uso de antihipertensivos				
Si	34	61,8%	11	31,4%
No	21	38,2%	24	68,6%
Uso de anticolinérgicos				
Si	9	16,4%	4	11,4%
No	46	83,6%	31	88,6%
Uso de sedantes				
Si	17	30,9%	8	22,9%
No	38	69,1%	27	77,1%
Uso de analgésicos				
Si	30	54,5%	18	51,4%
No	25	45,5%	17	48,6%
Uso de relajantes musculares				
Si	9	16,4%	2	5,7%
No	46	83,6%	33	94,3%
Uso de diuréticos				
Si	9	16,4%	2	5,7%
No	46	83,6%	33	94,3%
Uso de inhibidor de la bomba de protones				
Si	10	18,2%	8	22,9%
No	45	81,8%	27	77,1%
Uso de calcio				
Si	13	23,6%	4	11,4%
No	42	76,4%	31	88,6%
Uso de antidepresivos				
Si	11	20,0%	2	5,7%
No	44	80,0%	33	94,3%

Fuente: Cuestionario acerca de factores asociados a la xerostomía

Interpretación: Como podemos observar en la Tabla 2, los resultados acerca del uso de medicamentos en el **grupo casos**, donde acerca del uso de antihistamínicos el 3,6% si usa este medicamento en tanto que el 96,4% no usa antihistamínicos; sobre el uso de antihipertensivos el 61,8% si usa este medicamento y el 38,2% no usa antihipertensivos; acerca del uso de anticolinérgicos 16,4% si usa este medicamento y 83,6% no usa anticolinérgicos; asimismo el 30,9%, usa sedantes y el 69,1% no usa sedantes; respecto al uso de analgésicos el 54,5% si utiliza estos medicamentos y el 45,5% no usan analgésicos; también podemos señalar que el 16,4% usa relajantes musculares y no hace uso de los mismos el 83,6%; sobre el uso de diuréticos, hacen uso de estos medicamentos el 16,4% y no usan diuréticos el 83,6%; asimismo usan inhibidor de la bomba de protones el 18,2% y no hacen uso del inhibidor de la bomba de protones el 81,8%; sobre el uso del suplemento vitamínico de calcio el 23,6% si lo usa y no lo usa el 76,4%; acerca del uso de antidepresivos el 20,0% si utiliza y no utiliza el 80,0%. Asimismo en el **grupo control**, acerca del uso de antihistamínicos el 2,9% si usa este medicamento y el 97,1% no usa antihistamínicos; sobre el uso de antihipertensivos el 31,4% si usa este medicamento y el 68,6%, no usa antihipertensivos; acerca del uso de anticolinérgicos 11,4% usa este medicamento y 88,6% no usa anticolinérgicos; sobre el uso de sedantes el 22,9% usa este medicamento y el 77,1% no usa sedantes; sobre el uso de analgésicos el 51,4% utiliza estos medicamentos y 58,6% no usan analgésicos; acerca del uso de relajantes musculares, si usan 5,7% y no usan el 94,3%; sobre el uso de diuréticos; si usan el 5,7% y no usan el 94,3%; asimismo usan inhibidor de la bomba de protones el 22,9% y no usan el inhibidor de la bomba de protones 77,1%; hacen uso del suplemento vitamínico calcio el 11,4% y no usan dicho suplemento vitamínico el 88,6%; finalmente acerca del uso de antidepresivos el 5,7% si utiliza y no utiliza antidepresivos el 94,3%.

Por lo tanto, la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, utilizan los medicamentos en los porcentajes señalados y el medicamento de mayor uso en el grupo casos son los antihipertensivos (61,8%) y en el grupo control son los analgésicos (51,4%).

C. Hábito de fumar

Tabla 3
Hábito de fumar

Alternativas	Casos		Control	
	Frecuencia (n=55)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
No tienen el hábito de fumar	46	83,6%	29	82,9%
Si tienen el hábito de fumar	9	16,4%	6	17,1%

Fuente: Cuestionario acerca de factores asociados a la xerostomía

Interpretación: Como podemos observar en la Tabla 3, los resultados acerca del hábito de fumar en el **grupo casos**, donde si tienen el hábito de fumar el 16,4% y no tienen el hábito de fumar el 83,6%; en el **grupo control** si tienen el hábito de fumar el 17,1% y no tienen el hábito de fumar el 82,9%.

Por lo tanto, la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, no tienen el hábito de fumar en el grupo casos y grupo control (83,3%) y (82,9%) respectivamente.

D. Uso de prótesis removible

Tabla 4
Uso de prótesis removible

Alternativas	Casos		Control	
	Frecuencia (n=55)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
No usa	26	47,3%	10	28,6%
Si usa	29	52,7%	25	71,4%

Fuente: Cuestionario acerca de factores asociados a la xerostomía

Interpretación: Como podemos observar en la Tabla 4, los resultados acerca del uso de prótesis removible en el **grupo casos**, donde no usa el 47,3% y si usa el 52,7% y en el **grupo control** no usa el 28,6% y si usa el 71,4%

Por lo tanto, la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, si usan prótesis removibles en el grupo casos y el grupo control (52,7%) y (71,4%) respectivamente.

E. Estado de depresión

Tabla 5
Estado de depresión

Alternativas	Casos		Control	
	Frecuencia (n=55)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Normal	9	16,4%	12	34,3%
Depresión leve	29	52,7%	19	54,3%
Depresión moderada	15	27,3%	4	11,4%
Depresión severa	2	3,6%	0	0%

Fuente: Cuestionario acerca de factores asociados a la xerostomía

Interpretación: Como podemos observar en la Tabla 5, los resultados acerca del estado de depresión en el **grupo casos** es normal para el 16,4%, evidencian depresión leve 52,7%, depresión moderada 27,3% y depresión severa 3,6%; en el **grupo control** es normal el 34,4%, evidencian depresión leve 54,3%, depresión moderada 11,4% y depresión severa 0,0%

Por lo tanto, la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, evidencian depresión leve en el grupo casos y el grupo control (52,7%) y (54,3%) respectivamente.

4.1.2. Resultados inferenciales

A. Hipótesis Específica 1

H_0 = Los factores sociodemográficos no se asocian significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

H_1 = Los factores sociodemográficos se asocian significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Tabla 6
Resultados de Variable demográfica

Variables Independientes	Chi cuadrado (Valor P)	Odds Ratio		Conclusión
		OR	IC = 95%	
Factores sociodemográficos				
Edad	0,077	0,459	0,193 – 1,097	La asociación no es significativa
Sexo	0,611	1,250	0,529 - 2953	La asociación no es significativa

Fuente: Elaboración propia

Lectura: Para la variable demográfica podemos ver para edad que el p valor es de ($p=0,077>0.05$) que nos indica que la asociación no es significativa; el OR = 0,459, evidenciando así que un adulto mayor de 80 a más de 90 años tiene 0.459 veces más probabilidad de tener xerostomía, y los intervalos son 0,193 y 1,097 lo cual indica que no hay significancia. Y para la variable sexo el p valor es de ($p=0,611>0.05$), que nos indica que la asociación no es significativa; el OR =1,250, evidenciando así que ser un adulto mayor de sexo femenino tiene 1,250 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos son $0,529 < 1$ y $2,953 > 1$, lo cual nos indica que no hay significancia.

Conclusión estadística:

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula en el sentido que los factores sociodemográficos no se asocian significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019, Edad ($p=0,077>0.05$)

(OR=0,459 con un intervalo de 0,193 y 1,097), Sexo ($p=0,611>0,05$) (OR=1,250 con un intervalo de 0,529 y 2,953).

B. Hipótesis Específica 2

H_0 = El uso de medicamentos no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

H_1 = El uso de medicamentos se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Tabla 7
Resultados de Variable uso de medicamentos

Variables Independientes	Chi cuadrado (Valor P)	Odds Ratio		Conclusión
		OR	IC = 95%	
Uso de Medicamentos				
Uso de antihistamínicos	0,841	1,283	0,112 – 14,792	La asociación no es significativa
Uso de antihipertensivos	0,005	3,532	1,440 – 8,665	La asociación es significativa y factor de riesgo
Uso de anticolinérgicos	0,516	1,516	0,429- 5,361	La asociación no es significativa
Uso de sedantes	0,406	1,510	0,57 – 4,001	La asociación no es significativa
Uso de analgésicos	0,773	0,882	0,377- 2,063	La asociación no es significativa
Uso de relajantes musculares	0,133	3,228	0,654- 15,927	La asociación no es significativa
Uso de diuréticos	0,133	3,228	0,654- 15,927	La asociación no es significativa
Uso de inhibidores, bomba y protones	0,589	0,750	0,264 – 2,132	La asociación no es significativa
Uso de calcio	0,149	2,399	0,713 – 8,068	La asociación no es significativa
Uso de antidepresivos	0,060	4,125	0,856 – 19,883	La asociación no es significativa

No usa medicamentos	0,105	0,426	0,149 – 1,214	La asociación no es significativa
---------------------	-------	-------	---------------	-----------------------------------

Fuente: Elaboración propia

Lectura: Para la variable uso de medicamentos podemos observar acerca del **uso de antihistamínicos** que el p valor es de ($p=0,841>0.05$), lo cual nos indica que la asociación no es significativa, el OR = 1,283, evidenciando así que un adulto mayor que usa antihistamínicos tiene 1,283 veces más probabilidad de tener xerostomía, y los intervalos de $0,112 < 1$ y $14,792 > 1$, nos indican que no existe significancia. Y para el uso de **uso de antihipertensivos** el p valor es de ($p=0,005<0.05$), lo cual indica que la asociación es significativa, el OR = 3,532, evidenciando así que un adulto mayor que usa antihipertensivos tiene 3,532 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $1,440 > 1$ y $8,665 > 1$, lo cual nos indica que es factor de riesgo; acerca del **uso de anticolinérgicos** el p valor es de ($p=0,516>0.05$), que nos indica que la asociación no es significativa, el OR = 1,516, evidenciando así que un adulto mayor que usa anticolinérgicos tiene 1,516 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,429 < 1$ y $5,361 > 1$ nos indica que no hay significancia; acerca del **uso de sedantes** el p valor es de ($p=0,406>0.05$) que nos indica que la asociación no es significativa, el OR = 1,510, evidenciando así que un adulto mayor que usa sedantes tiene 1,510 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,57 < 1$ y $4,001 > 1$ nos indica que no hay significancia; acerca del **uso de analgésicos** el p valor es de ($p=0,773>0.05$), que nos indica que la asociación no es significativa, el OR = 0,882, evidenciando así que un adulto mayor que usa analgésicos tiene 0,882 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,377 < 1$ y $2,063 > 1$ nos indica que no hay significancia; acerca del **uso de relajantes musculares** el p valor es de ($p=0,133>0.05$), lo cual indica que la asociación no es significativa, el OR = 3,228, evidenciando así que un adulto mayor que usa relajantes musculares tiene 3,228 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,654 < 1$ y $15,927 > 1$ nos indica que no hay significancia; sobre el **uso de diuréticos** el p valor es de ($p=0,133>0.05$), que nos indica que la asociación no es significativa, el OR = 3,228, evidenciando así que un adulto mayor que usa diuréticos tiene 3,228 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,654 < 1$ y $15,927 > 1$ lo cual nos indica que no hay significancia; sobre el **uso de inhibidores, bomba y protones** el p valor es de ($p=0,750>0.05$), que nos indica que la asociación no es significativa, el OR = 0,750, evidenciando así que un adulto mayor que usa inhibidores, bomba y protones tiene

0,750 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,264 < 1$ y $2,132 > 1$ nos indica que no hay significancia; acerca del **Uso de calcio** el p valor es de ($p=0,149 > 0.05$), que nos indica que la asociación no es significativa, el OR = 2,399, evidenciando así que un adulto mayor que usa calcio tiene 2,399 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,713 < 1$ y $8,068 > 1$ lo cual nos indica que no hay significancia; del **Uso de antidepresivos** el p valor es de ($p=0,060 > 0.05$), que nos indica que la asociación no es significativa, el OR = 4,125, evidenciando así que un adulto mayor que usa antidepresivos tiene 4,125 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,856 < 1$ y $19,883 > 1$ nos indican que no hay significancia; y finalmente no usan medicamentos donde el p valor es de ($p=0,105 > 0.05$), que nos indica que la asociación no es significativa el OR = 0,426, evidenciando así que un adulto mayor que no usa medicamentos tiene 0,426 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,149 < 1$ y $1,214 > 1$ nos indica que no hay significancia.

Conclusión estadística: Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula en el sentido que el uso de medicamentos no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. Sin embargo, el uso de antihipertensivos si se asocia significativamente con la xerostomía y es factor de riesgo ($p=0,005 < 0.05$) (OR =3,532 con un intervalo de 1,440 y 8,665).

C. Hipótesis Específica 3

H_0 = El hábito de fumar no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

H_1 = El hábito de fumar se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Tabla 8
Resultados de Variable hábito de fumar

Variables Independientes	Chi cuadrado (Valor P)	Odds Ratio		Conclusión
		OR	IC = 95%	
Hábito de fumar	0,923	0,946	0,305 – 2,935	La asociación no es significativa

Fuente: Elaboración propia

Lectura: Para la variable hábito de fumar podemos ver que el p valor es de ($p=0,923>0.05$), lo cual indica que la asociación no es significativa; el OR = 0,946, evidenciando así que un adulto mayor con el hábito de fumar tiene 0,946 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,305<1$ y $2,935>1$ indican que no hay significancia.

Conclusión estadística:

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula en el sentido que el hábito de fumar no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,923>0.05$) (OR = 0,946 con un intervalo de 0,305 y 2,935).

D. Hipótesis Específica 4

H_0 = El uso de prótesis dental removible no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

H_1 = El uso de prótesis dental removible se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Tabla 9
Resultados de Variable prótesis dental removible

Variables Independientes	Chi cuadrado (Valor P)	Odds Ratio		Conclusión
		OR	IC = 95%	
Prótesis dental removible	0,077	2.241	0,907- 5,537	La asociación no es significativa

Fuente: Elaboración propia

Lectura: Para la variable uso de prótesis dental, podemos ver que el p valor es de ($p=0,077>0.05$), lo cual indica que la asociación no es significativa; el OR = 2.241, evidenciando así que un adulto mayor que usa prótesis dental removible tiene 2,241 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $0,907<1$ y $5,537>1$ indican que no hay significancia.

Conclusión estadística:

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula en el sentido que el uso de prótesis dental removible no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,077>0.05$) (OR = 2,241 con un intervalo de 0,907 y 5,537)

E. Hipótesis Específica 5

H_0 = El estado de depresión no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

H_1 = El estado de depresión se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Tabla 10
Resultados de Variable estado de depresión

Variables Independientes	Chi cuadrado (Valor P)	Odds Ratio		Conclusión
		OR	IC = 95%	
Estado de depresión	0,033	3,476	1,057-11,374	La asociación es significativa y es factor de riesgo

Fuente: Elaboración propia

Lectura: Para la variable depresión podemos ver que el p valor es de ($p=0,033<0.05$), lo cual indica que la asociación es significativa; el $OR = 3,476$, evidenciando así que un adulto mayor en estado de depresión tiene 3,476 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de $1,057>1$ y $11,374>1$, lo cual nos indica que es factor de riesgo.

Conclusión estadística:

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna en el sentido que el estado de depresión se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,033<0.05$) ($OR = 3,476$ con un intervalo de 1,057 y 11,374).

F. Hipótesis General

H_0 = Los factores no asociados significativamente a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, en el distrito de Breña, 2019 son: factores demográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar, uso de prótesis dental, estado de depresión.

H_1 = Los factores asociados significativamente a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, en el distrito de Breña, 2019, son: factores demográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar, uso de prótesis dental, estado de depresión.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Tabla 11
Resultados de factores asociados a xerostomía

Variables Independientes	Chi cuadrado (Valor P)	Odds Ratio		Conclusión
		OR	IC = 95%	
Factores demográficos				
Edad	0,077	0,459	0,193 – 1,097	La asociación no es significativa
Sexo	0,611	1,250	0,529 – 2,953	La asociación no es significativa
Uso de Medicamentos				
Uso de antihistamínicos	0,841	1,283	0,112 – 14,792	La asociación no es significativa
Uso de antihipertensivos	0,005	3,532	1,440 – 8,665	La asociación es significativa y es factor de riesgo
Uso de anticolinérgicos	0,516	1,516	0,429- 5,361	La asociación no es significativa
Uso de sedantes	0,406	1,510	0,57 – 4,001	La asociación no es significativa
Uso de analgésicos	0,773	0,882	0,377- 2,063	La asociación no es significativa
Uso de relajantes musculares	0,133	3,228	0,654- 15,927	La asociación no es significativa

Uso de diuréticos	0,133	3,228	0,654- 15,927	La asociación no es significativa
Uso de inhibidores, bomba y protones	0,589	0,750	0,264 – 2,132	La asociación no es significativa
Uso de calcio	0,149	2,399	0,713 – 8,068	La asociación no es significativa
Uso de antidepresivos	0,060	4,125	0,856 – 19,883	La asociación no es significativa
No usa medicamentos	0,105	0,426	0,149 – 1,214	La asociación no es significativa
Hábito de fumar	0,923	0,946	0,305 – 2,935	La asociación no es significativa
Uso de prótesis dental removible	0,077	2,241	0,907-5,537	La asociación no es significativa
Depresión	0,033	3,476	1,057-11,374	La asociación es significativa y es factor de riesgo

Conclusión estadística: Los factores no asociados significativamente a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, en el distrito de Breña, 2019 son: factores demográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar y uso de prótesis dental. Asimismo, los factores de riesgo y que si se asocian significativamente a la xerostomía son: El uso de medicamentos antihipertensivos y la depresión.

4.3. Discusión de resultados

Los resultados del objetivo general muestran que Los factores no asociados significativamente a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, en el distrito de Breña, 2019 son: factores demográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar y uso de prótesis dental. Asimismo, los factores de riesgo y que si se asocian significativamente a la xerostomía son: El uso de medicamentos antihipertensivos y la depresión.

En este sentido se tiene antecedentes con resultados similares como el de Ibáñez N, López C, Piña B (2009) quienes llegaron a la conclusión que la frecuencia de xerostomía en

pacientes adultos mayores oscila entre el 30 y el 79%, los reportes nos indican que los pacientes geriátricos son una población susceptible ya que en ellos convergen varios de los factores que favorecen la xerostomía, y que es generada en gran medida como respuesta al uso de medicamentos.⁹ Asimismo Quispe F. (2017) concluye que la prevalencia de Xerostomía es significativamente amplia en la población de estudio siendo los pacientes comprendidos entre 40 y 70 años, el grupo con mayor prevalencia de xerostomía con 60 % y un 40 % no presenta Xerostomía de los pacientes evaluados. Según sexo el más prevalente se encuentra en mujeres con un 73% y con referencia a la edad el más prevalente se encuentra entre 61 a 70 años con un 50%.¹³

La base teórica de acuerdo a Beatriz N. (2013) nos señala que la sensación de sequedad bucal o xerostomía es frecuente en los adultos mayores afecta la calidad de vida, ya que puede llevar al insomnio, irritabilidad, depresión e incluso pérdida de interés por socializar.²¹ Y de otro lado De la Paz T, García C, Núñez L, (2014) y Ngo Di Ying J, William T. Dry mouth (2015) indican que el síndrome de boca seca se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores, clásicamente se acepta que afecta a una de cada cuatro personas incrementando a partir de los 50 años, a pesar de que se sabe que la edad no tiene un impacto significativo con la disminución del flujo salival, este síndrome es común en adultos mayores debido a los tratamientos farmacológicos que estos reciben, así como otras condiciones. Entre los adultos mayores es mayor la prevalencia en mujeres, principalmente debido a cambios hormonales asociados a la menopausia^{22,23}

Los resultados del objetivo específico 1 muestran que los factores sociodemográficos no se asocian significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019, Edad ($p=0,077>0.05$) (OR=0,459 con un intervalo de 0,193 y 1,097), Sexo ($p=0,611>0.05$) (OR=1,250 con un intervalo de 0,529 y 2,953). Donde la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, en el grupo casos se encuentran en el rango de 80 a 89 años (45,5%) y en el grupo control en el rango de 70 a 79 años (42,9%), asimismo en ambos grupos la mayoría son de sexo femenino, en el grupo casos (54,5%) y en el grupo control (60,0%).

En este sentido se tiene antecedentes con resultados similares como el de Rodríguez J, Martínez T, Fernández L, Betancuort A, Sanabria D (2008), donde en las conclusiones señaló que el sexo femenino fue el más afectado con xerostomía y fue mayor en el grupo de 60 años a más.

Los resultados del objetivo específico 2 muestran que el uso de medicamentos no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. Sin embargo, solo el uso de antihipertensivos si se asocia significativamente y es factor de riesgo ($p=0,005<0.05$) (OR =3,532 con un intervalo de 1,440 y 8,665). Donde la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, utilizan los medicamentos en los porcentajes señalados y el medicamento de mayor uso en el grupo casos son los antihipertensivos (61,8%) y en el grupo control son los analgésicos (51,4%).

En este sentido se tiene antecedentes con resultados similares como el de Cardentey J, Trujillo E, Silva A, Sixto M, Crespo C (2011) quienes concluyen que la hipertensión arterial fue la enfermedad general que más afectó a los gerontes, y la diabetes mellitus, la más relacionada con la salud bucal de los ancianos; la enfermedad periodontal y estomatitis subprótesis fueron las patologías bucales más prevalentes.⁶

Asimismo, Espinoza A. (2017) afirma que existe relación significativa entre los medicamentos antihipertensivos y la xerostomía en pacientes que acuden al Centro de Salud Ambo". Se concluyó que un 55% de pacientes consumen captopril de los cuales, 35% presentan xerostomía flujo salival (menor de 0.3 ml/min), el 15% (0.3- 0.5 ml/min). Y el 5% (mayor de 0.5ml/min). El 30% consumen enalapril de los cuales, presentó flujo salival menor de 0.3 ml/min, el 10% entre (0.3- 0.5ml/min). El 15% consumen losartán de los cuales el 10% presentó flujo salival (menor de 0.3 ml/ min) y el 5% (0.3 – 0.5 ml/min).¹⁴

La teoría de acuerdo a los autores Ulloa P, Fredes F. (2016) y Jané E, Chimeros E, López J, Rosello X. (S/F) afirman que el consumo de medicamentos es la causa más frecuente de xerostomía. Entre los fármacos relacionados se encuentran: broncodilatadores, antiparkinsonianos, antidepresivos, antipsicóticos, descongestionantes, antihistamínicos, midriáticos, incontinencia urinaria, diuréticos, antihipertensivos, anticolinérgicos, relajantes

musculares, analgésicos opiáceos, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la bomba de protones, antieméticos, antirretrovirales ^{27,29}

Los resultados del objetivo específico 3 muestran que el hábito de fumar no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,923>0.05$) (OR = 0,946 con un intervalo de 0,305 y 2935). Donde, la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, no tienen el hábito de fumar en el grupo casos y grupo control (83,3%) y (82,9%) respectivamente.

En este sentido se tiene antecedentes con resultados similares como Gayoso JC. (2017) quien concluye que se observó que la distribución de los pacientes con diagnóstico de tabaquismo el sexo masculino predomina con un 35%, en menor porcentaje los pacientes del sexo femenino 15%. El tiempo de tabaquismo de los pacientes estudiados, con mayor frecuencia se observó > 8 años de consumo 50%; llegó a la conclusión de que el Tabaquismo tiene efecto sobre flujo salival estimulado de los pacientes de 25 a 60 años. El Tabaquismo no tiene efecto sobre el flujo salival no estimulado de los pacientes.¹⁵

Los resultados del objetivo específico 4 muestran que el uso de prótesis dental removible no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,077>0.05$) (OR = 2,241 con un intervalo de 0,907 y 5,537). Donde la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, si usan prótesis removibles en el grupo casos y el grupo control (52,7%) y (71,4%) respectivamente.

En este sentido se tiene antecedentes con resultados similares como Cardentey J, Trujillo E, Silva A, Sixto M, Crespo C (2011) quienes concluyeron que como factores de riesgo prevalecieron la deficiente higiene bucal y la de las prótesis, además que resultaron los que más afectaron a los pacientes objeto de estudio.⁶ Asimismo Rodríguez J, Martínez T. (2008) indican que en el caso de pacientes que reciben atención protésica, resulta aún más complicado, ya que la mayor parte de estos son adultos de edades avanzadas, que han perdido parte o todos sus dientes y que además, según los problemas de salud que presenten, requieren del uso de medicamentos y es por lo que el protesista debe estar atento tanto con el paciente

que acude por primera vez a recibir atención, como el que ya ha usado prótesis previamente y refiere alguna sintomatología, realizando un diagnóstico que detecte la presencia de xerostomía y ser capaz de tratarlo de forma preventiva y curativa para disminuir males mayores.³²

Los resultados del objetivo específico 5 muestran que el estado de depresión se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,033<0.05$) (OR = 3,476 con un intervalo de 1,057 y 11,374). Donde la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, evidencian depresión leve en el grupo casos y el grupo control (52,7%) y (54,3%) respectivamente.

En este sentido no se cuenta con antecedentes con resultados similares, no obstante, la teoría según Ulloa P, Fredes F. (2016) y Bullón F, Martínez A, Velasco E. (1997) nos indica que el estado emocional y hábitos son factores que se asocian a la xerostomía, así también la depresión o ansiedad, los hábitos como el alcohol, las drogas y el tabaco, el consumo excesivo del tabaco puede ocasionar un efecto directo en las glándulas salivales menores palatinas. También la alteración de la composición de la saliva en algunos estados como la menopausia puede causar boca seca.^{27,28}

CONCLUSIONES

1. Los resultados del objetivo general evidencian que los factores no asociados significativamente a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, en el distrito de Breña, 2019 son: factores demográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar y uso de prótesis dental. Asimismo, los factores de riesgo y que si se asocian significativamente a la xerostomía son: El uso de medicamentos antihipertensivos y la depresión.
2. Los resultados del objetivo específico 1 muestran que los factores sociodemográficos no se asocian significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019, Edad ($p=0,077>0.05$) (OR=0,459 con un intervalo de 0,193 y 1,097), Sexo ($p=0,611>0.05$) (OR=1,250 con un intervalo de 0,529 y 2,953). Donde la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, en el grupo casos se encuentran en el rango de 80 a 89 años (45,5%) y en el grupo control en el rango de 70 a 79 años (42,9%), asimismo en ambos grupos la mayoría son de sexo femenino, en el grupo casos (54,5%) y en el grupo control (60,0%).
3. Los resultados del objetivo específico 2 muestran que el uso de medicamentos no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. En tanto solo el uso de antihipertensivos se asocia significativamente y es factor de riesgo ($p=0,005<0.05$) (OR =3,532 con un intervalo de 1,440 y 8,665). Donde la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, utilizan los medicamentos en los porcentajes señalados y el medicamento de mayor uso en el grupo casos son los antihipertensivos (61,8%) y en el grupo control son los analgésicos (51,4%).

4. Los resultados del objetivo específico 3 muestran que el hábito de fumar no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,923>0.05$) (OR = 0,946 con un intervalo de 0,305 y 2935). Donde, la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, no tienen el hábito de fumar en el grupo casos y grupo control (83,3%) y (82,9%) respectivamente.
5. Los resultados del objetivo específico 4 muestran que el uso de prótesis dental removible no se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,077>0.05$) (OR = 2,241 con un intervalo de 0,907 y 5,537). Donde la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, si usan prótesis removibles en el grupo casos y el grupo control (52,7%) y (71,4%) respectivamente.
6. Los resultados del objetivo específico 5 muestran que el estado de depresión se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019. ($p=0,033<0.05$) (OR = 3,476 con un intervalo de 1,057 y 11,374). Donde la mayoría de los adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, 2019, evidencian depresión leve en el grupo casos y el grupo control (52,7%) y (54,3%) respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. Incorporar dentro de los exámenes de rutina odontológicos de los centros geriátricos, el diagnóstico de xerostomía. Con esta información se pueden realizar estudios nacionales de prevalencia de xerostomía en diferentes centros geriátricos, para así reconocer la importancia que tiene este síndrome y las consecuencias que puede tener en la calidad de vida de adultos mayores.
2. Realizar exámenes de descarte de xerostomía sobre todo a adultos mayores que presentan más de 80 años y mujeres. Hacer un seguimiento de los síntomas que presentan y tratarlos oportunamente.
3. Tomar en cuenta la relación directa que tiene xerostomía con el uso de antihipertensivos. Se aconseja incluir en sus exámenes de rutina odontológicos la prueba de sialometría en pacientes medicados con antihipertensivos. Los odontólogos que laboran en un centro del adulto mayor debe estar capacitado para orientar a estos pacientes.
4. Dar charlas sobre las consecuencias del hábito de fumar en la salud bucal. Así como también explicar a adultos mayores con xerostomía, que este hábito puede intensificar los síntomas que presentan.
5. Realizar convenios con diferentes instituciones odontológicas para poder devolver la función masticatoria normal a los adultos mayores, mediante buenas prótesis dentales.
6. Hacer un seguimiento del estado de salud mental de los residentes del centro del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Chávez B, Manrique JE, Manrique JA. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. Rev Estomatol Herediana 2014 ;24(3):199-207.
- 2.- Bascones A, et al. Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre “Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA 2007; 23 (3).
- 3.- Barbe, et al. Xerostomia and hyposalivation in orthogeriatric patients with fall history and impact on oral health-related quality of life. Clinical Interventions in Aging 2018;13 1971–1979.
- 4.- Champonois P. Xerostomía bucal en adultos mayores y su relación con el consumo de líquidos y fármacos. Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria 2018; 32(2):68-77
- 5.-Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. REV CLÍN MED FAM 2012; 5 (1): 9-169.
- 6.- Cardentey J, Trujillo E, Silva A, Sixto M, Crespo C. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. Rev. Ciencias Médicas 2011; 15(2):76-86.
- 7.- Sánchez M, Román V, Dávila R. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011;16(2):110-115.
- 8.- Gonzales R, Herrera B, Osorio M, Madrazo D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología.2010; 47(1)105-114.
- 9.- Ibáñez N, López C, Piña B. Frecuencia de hiposalivación (Xerostomía) en pacientes geriátricos. ADM 2009;70(5).
- 10.- Rodríguez J, Martínez T, Fernández L, Betancuort A, Sanabria D. Xerostomía y uso de medicamentos en adultos. Rev Cubana Estomatol 2008; 45: 3-4.
- 11.- López S, Ochoa L, Valle N y Aránzazu G. Flujo salival en adultos mayores y su relación con enfermedades crónicas y el consumo de medicamentos. Ustasalud odontología 2007; 6: 9-16.

- 12.- Marques M, Chimenos E, Subirá C, Rodríguez M y López J. Asociación del síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicamentos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:301-8.
- 13.- Quispe F. Prevalencia de la xerostomía en pacientes de 40 - 70 años de edad que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2017 [Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional del altiplano; 2017.
- 14.- Espinoza A. Relación entre los medicamentos antihipertensivos y la xerostomía en los pacientes que acuden al Centro de Salud – Ambo [Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017.
- 15.- Gayoso JC. Efecto del tabaquismo sobre la tasa del flujo salival en pacientes de 25 a 60 años que acuden al hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2017 [Tesis de grado]. Perú: Universidad de Huánuco; 2017.
- 16.- Sandoval J y Flores H. Relación de la xerostomía y fármacos anhipertensivos en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2015 [Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
- 17.- Rodríguez EH, Sacsquispe SJ. Tasa de flujo salival y nivel de confort al emplear saliva artificial y caramelos de menta sin azúcar en adultos mayores con xerostomía. *Rev Estomatol Herediana*. 2006; 16(2) :103 -109.
- 18.- Botero de Mejía, B; Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 20017; 12: 11-24.
- 19.- Cruz E, Hernández Y, Morera B, Fernández Z, Rodríguez J. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Rev. Ciencias Médicas* 2008; 12(2).
- 20.- Cárdenasa S, Vergarab K, Martíneza K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clin Med Fam* 2012; 5 (1): 9-169.
- 21.- Beatriz de las N et al. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *CCM* 2013;17(4): 477-488.
- 22.- De la Paz T, García C, Núñez L. Boca seca: causas, diagnóstico y tratamiento. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* 2014; 39(10).
- 23.- Ngo Di Ying J, William T. Dry mouth – An overview. *Singapore Dental Journal* 2015; 36: 12-17.

- 24.- Ibáñez N. Hiposalivación/xerostomía. *Med Oral* 2011; 13(2): 58-64.
- 25.- De Luca Monasterios FM, Roselló Llabrés X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. *Av. Odontoestomatol* 2014; 30 (3): 121-128.
- 26.- Mosqueda T. Tópicos selectos de oncología bucal. México, D.F: Planeación y desarrollo editorial; 2007.
- 27.- Ulloa P, Fredes F. Manejo actual de la xerostomía. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2016; 76: 243-248.
- 28.- Bullón F, Martínez A, Velasco E. La xerostomía. Fisiopatología, etiopatogenia, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *RCOE* 1997; 2(8): 619-630.
- 29.- Jané E, Chimeros E, López J, Rosello X. El síndrome de la boca seca en el anciano. *Avances en Odontoestomatología* 1995; 11: 667-672.
- 30.- Fox P.C., Bowman S.J., Segal B., Vivino F.B., Murukutla, Choueiri K., Ogale S., McLean L. Oral involvement in primary Sjögren syndrome. *J Am Dent Assoc* 2008; 139 (12):1592-1601.
- 31.- Scully C. Salivary Glands and Saliva. Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral Diseases*. 2003;9:165-76.
- 32.- Rodríguez J, Martínez T. La xerostomía en pacientes con prótesis dental. *Rev Cubana Estomatol* 2008; 45(2).
- 33.- Blanco Carrión A, Otero Rey E. Patología oral asociada a la sequedad bucal. *Av. Odontoestomatol* 2014; 30 (3): 129-133.
- 34.- Turner M, Ship J. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *JADA* 2007; 138: 15-20.
- 35.- Gallardo J. Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 109-116.
- 36.-Rao P, et al. Xerostomia: Few dry facts about dry mouth. *Archives of Medicine and Health Sciences* 2014; 2(2).
- 37.- Mravak-Stipetić M. Xerostomia - diagnostics and treatment. *Rad 514 Medical Sciences* 2012;38 : 69-91.
- 38.- López-Jornet P. Alteraciones de las glándulas salivales. Universidad de Murcia. España. Servicio de publicaciones 2002;17-38.
- 39.- Gonzales M, Malpica E, Macías B. Xerostomía. *GAMO* 2011; 10(4).

- 40.- MINSA. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. Perú 2013.
Disponible en URL: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- 41.- Nawas M. El estilo de vida. REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA 1971; 3(1):91-107.
- 42.- Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA 2003; 35(2):161-164.
- 43.- Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos 2014; 25(2):57-62.
- 44.- Riega T, Villarreal A, Ceceñas L, Salas J. Síndrome de Sjögren (SS), revisión del tema y saliva como método diagnóstico. Gac Med Mex. 2016; 152:371-80.
- 45.- Gómez J, Cervera R. Lupus eritematoso sistémico. Medicina & Laboratorio 2008; 14:211-223.
- 46.- Acón D, Zapata N, Méndez A. Artritis reumatoide. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX 2012; (602):299-307.
- 47.- Verdú J, Algara M, Foro P, Domínguez M, Blanch A. Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. MEDIFAM 2002; 12(7): 426-435.
- 48.- Fernández J, Rosanes R. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. MEDIFAM 2002; 12(1): 46-57.
- 49.- Guerrero R, Godínez M, Melchor S, Rodríguez G, Luengas Q. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Rev ADM 2009; 66(3).
- 50.- Peña M, Peña L, Díaz A, Torres D, Lao N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol 2008; 45(1).
- 51.- Rodríguez J, Miranda J, Morejón H, Santana J. C. Candidiasis de la mucosa bucal: Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol; 39(2):187-233.
- 52.- Rebolledo M, Carbonell Z, Díaz A. Sialolitos en conductos y glándulas salivales. Revisión de literatura. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA 2009; 25(6):311-317
- 53.- Cabrero F. Imagen Radiológica: principios físicos e interpretación, 1ra edición, Elsevier, España, 2004.

54.- Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4a ed.
Barcelona: Elsevier; 2013.

ANEXOS

ANEXO I: Declaración de autenticidad



Escuela de Posgrado

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

DECLARACIÓN DEL GRADUANDO

Por el presente, el graduando: *(Apellidos y nombres)*

Jessica Mujica Espinoza

en condición de egresado del Programa de Posgrado:

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ADMINISTRACIÓN
HOSPITALARIA Y DE SERVICIOS DE SALUD

deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:

"Factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica
de una Congregación Religiosa, 2019"

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.

Firma del graduando

03/12/2019

Fecha

ANEXO II: Autorización de consentimiento para realizar la investigación



Universidad
Ricardo Palma

Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

"Factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una congregación religiosa, 2019"

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

Mujica Espinoza Jessica

, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

Maestría en Salud Pública.

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: Residencia de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	SI NO
---	---	----------

Apellidos y Nombres del jefe/Responsable del área: Sr. Doms Figueroa	Cargo del jefe/Responsable del área: responsable de la Unidad Geriátrica
---	---

Teléfono fijo (incluyendo anexos) y/o celular: 996552098	Córeo electrónico de la empresa: fdoms986@gmail.com
---	--

Firma

05 - Febrero 2019
Fecha

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación

MADRE LUZ ALVA MALARA

**MADRE SUPERIORA DEL ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS
DESAMPARADOS**

Yo, JESSICA MUJICA ESPINOZA,
identificada con DNI N° 44101832 y
odontóloga de profesión con colegiatura
N° 23787 con domicilio en Av. Gregorio
Escobedo 426 del distrito de Jesús
María. Ante Ud. respetuosamente me
presento y expongo:

Que, habiendo culminado la maestría en Salud Pública en la Universidad Ricardo Palma,
solicito a Ud. permiso para realizar mi trabajo de investigación en su institución sobre
“Factores asociados a xerostomía en adultos mayores” para optar el grado de maestra en
Salud Pública.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Lima 17 de enero del 2019

JESSICA MUJICA ESPINOZA

DNI N° 44101832

ANEXO III: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?</p> <p>Problema Específicos</p> <p>1.¿De qué manera se asocian los factores sociodemográficos a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Identificar los factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1. Identificar si los factores sociodemográficos se asocian a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Los factores asociados significativamente a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, en el distrito de Breña, 2019 son: factores demográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar, uso de prótesis dental, estado de depresión</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>1. Los factores sociodemográficos se asocian significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Presencia de Xerostomía</p> <p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factor sociodemográfico • Uso de medicamentos • Hábito de fumar • Uso de prótesis dental • Estado de Depresión 	<p>Tipo de investigación</p> <p>Estudio de enfoque cuantitativo</p> <p>Método de investigación</p> <p>El diseño es analítico, transversal y retrospectivo</p> <p>Población y muestra</p> <p>Población: La población considerada para este estudio estuvo conformada por los 300 adultos mayores que viven en la residencia geriátrica de una congregación religiosa</p> <p>Muestra: La muestra estuvo conformada por 90 adultos mayores que</p>

<p>2.¿De qué manera se asocia el uso de medicamentos a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?</p>	<p>2. Identificar si el uso de medicamentos se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p>	<p>religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p>		<p>viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión señalados en la metodología.</p>
<p>3.¿De qué manera se asocia el hábito de fumar a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?</p>	<p>3. Identificar si el hábito de fumar se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p>	<p>2. El uso de medicamentos se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p>		<p>Técnica e instrumento Para la recolección de datos se utilizó es la encuesta y el instrumento utilizado es el cuestionario.</p>
<p>4.¿De qué manera se asocia el uso de prótesis dental removible a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia</p>	<p>4. Identificar si el uso de prótesis dental removible se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia</p>	<p>3. El hábito de fumar se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p>		

<p>geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?</p> <p>5. ¿De qué manera se asocia el estado de depresión a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019?</p>	<p>geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p> <p>5. Identificar si el estado de depresión se asocia a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p>	<p>4. El uso de prótesis dental removible se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p> <p>5. El estado de depresión se asocia significativamente a la xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación religiosa, en el distrito de Breña, 2019.</p>		
---	---	--	--	--

H).- Antidepresivos

i).- Ninguno de los anteriores

2.- ¿Usted Fuma?

Si

No

a).- <10 cigarrillos/día

b).- 10-19 cigarrillos/día

c).- \geq 20 cigarrillos/día

3.- ¿Usa prótesis dental removible?

Si

No

a).- Parcial

b).- Total

4).- Estado de depresión

a) Normal

b) Leve

c) Moderada

d) Severa

Escala de depresión geriátrica (GDS, YESAVAGE,J): Cuestionario corto

A continuación, hay una serie de preguntas marque "SI" o "NO" a cada una de ellas, dependiendo si la frase refleja cómo se sintió usted la semana pasada.

1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2	¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SÍ	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4	¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ	NO
5	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SÍ	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8	¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10	Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ	NO
11	¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ	NO
12	¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ	NO
13	¿Piensa que su situación es desesperada?	SÍ	NO
14	¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
15	¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ	NO

VARIABLE	CODIFICACIÓN
Edad	60-69 (1) 70-79 (2) 80-89 (3) >=90 (4)
Sexo	Femenino (0) Masculino (1)
Presencia de Xerostomía	Positivo (1) negativo (0)
Uso de medicamentos	Antihistamínicos (1) Antihipertensivos (2) Anticolinérgicos (3) Sedantes (4) Analgésicos (5) Relajantes musculares (6) Diuréticos (7) Inhibidores de la bomba de protones (8) Calcio (9) Antidepresivos (10) Ninguno de los anteriores (11)
Hábito de fumar	SI (1) NO (0) <10 cigarrillos/día (1) 10-19 cigarrillos/día (2) >=20 cigarrillos/día (3)
Uso de prótesis removible	SI (1) NO (0) Parcial (1) Total (2)
Estado de depresión	Normal (1) Depresión leve (2) Depresión moderada (3) Depresión severa (4)

ANEXO V: Calificación de factores

ANEXO VI:

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN

Numero: (Será llenado por los investigadores)

Nombre del experto: _____

Instrucciones: Después de leer con atención el título, los objetivos del estudio y la población a la que se aplicará el instrumento, se servirá responder a este cuestionario.

Evalúe la congruencia entre cada ítem y el dominio del contenido que se desea medir, utilizando las siguientes categorías:

0 = El ítem no es congruente con el dominio.

1 = El ítem es congruente con el dominio.

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Fecha:

Firma del experto:

ANEXO VII:

VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA FICHA DE REGISTRO

JUEZ									
ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	Valor de p^*
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
4	1	1	1	0	1	1	1	0	0,14453
5	1	0	1	1	1	1	1	1	0,03516
6	1	1	1	1	1	1	0	1	0,03516

* Obtenido de la prueba binomial: cuando $p < 0,05$ el acuerdo entre jueces es estadísticamente significativo

Respecto al ítem 4; donde no hubo acuerdo significativo entre jueces, se decidió mantener en la ficha este ítem por la importancia que tiene en este estudio y porque se requiere averiguar la asociación entre el uso de prótesis y xerostomía

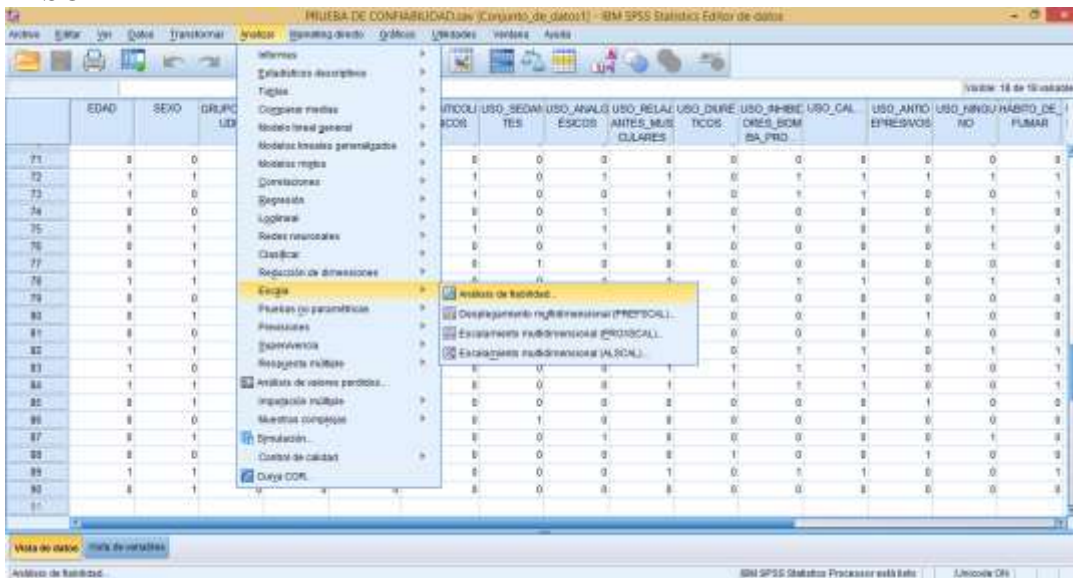
ANEXO VIII:

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – SPSS

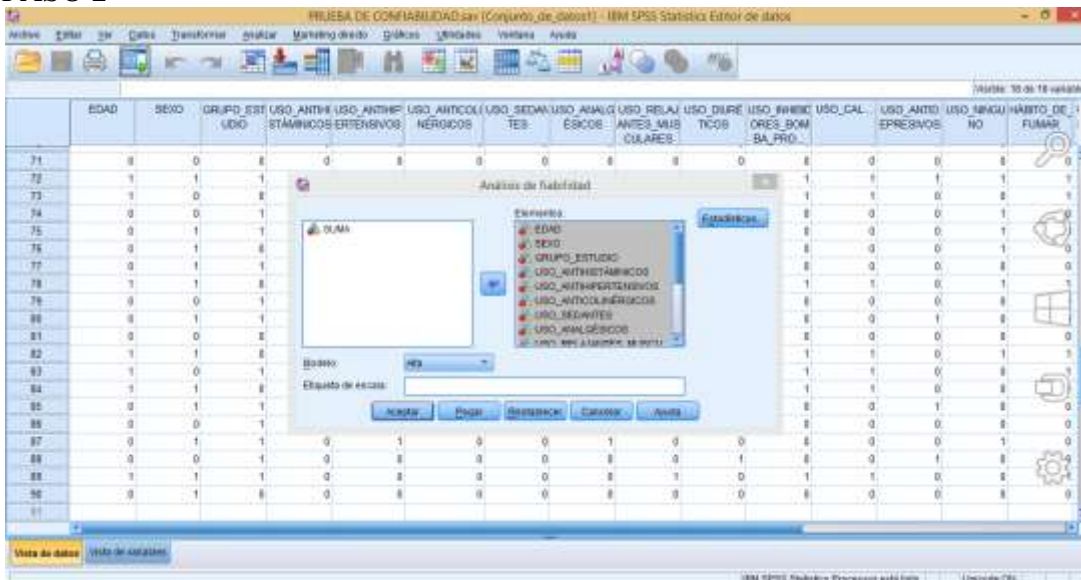
DE LA VARIABLE 1: XEROSTOMÍA

Para una prueba de 90 y 17 ítems

PASO 1



PASO 2



Resultado

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,757	17

El valor de 0.757 > 0.75 indica que el instrumento es confiable

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN

Numero: 1

Nombre del experto: LUCIANO HERMIOS MATOS VALDEZ

Instrucciones: Después de leer con atención el título, los objetivos del estudio y la población a la que se aplicará el instrumento, se servirá responder a este cuestionario.

Evalúe la congruencia entre cada ítem y el dominio del contenido que se desea medir, utilizando las siguientes categorías:

- 0 = Bajo grado de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 1 = Grado medio de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 2 = Alto grado de congruencia entre el ítem y el dominio.

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	2	
5	2	
6	2	
7		
8		

Fecha: 19/01/19

Firma del experto:



CD. ESP. LUCIANO H. MATOS VALDEZ
MÉDICO Y PATOLOGÍA ESTOMATOLÓGICA
COP 21487 - RNE 2224

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN

Numero: 2

Nombre del experto: Zulia Rosalva Cuellar Mendoza

Instrucciones: Después de leer con atención el título, los objetivos del estudio y la población a la que se aplicará el instrumento, se servirá responder a este cuestionario.

Evalúe la congruencia entre cada ítem y el dominio del contenido que se desea medir, utilizando las siguientes categorías:

- 0 = Bajo grado de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 1 = Grado medio de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 2 = Alto grado de congruencia entre el ítem y el dominio.

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	2	
5	1	
6	2	
7		
8		

Fecha: 23/01/19

Firma del experto:




CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN

Numero: 3

Nombre del experto: CIJNA MARITZA LAQUIHUANACO COARITA

Instrucciones: Después de leer con atención el título, los objetivos del estudio y la población a la que se aplicará el instrumento, se servirá responder a este cuestionario.

Evalúe la congruencia entre cada ítem y el dominio del contenido que se desea medir, utilizando las siguientes categorías:

- 0 = Bajo grado de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 1 = Grado medio de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 2 = Alto grado de congruencia entre el ítem y el dominio.

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	1	
5	2	
6	2	
7		
8		

Fecha: 23/01/19

Firma del experto:

COP: 25376
RNE: 1364

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN

Número: 5

Nombre del experto: Jennifer Lisette Lario Lora

Instrucciones: Después de leer con atención el título, los objetivos del estudio y la población a la que se aplicará el instrumento, se servirá responder a este cuestionario.

Evalúe la congruencia entre cada ítem y el dominio del contenido que se desea medir, utilizando las siguientes categorías:

- 0 = Bajo grado de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 1 = Grado medio de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 2 = Alto grado de congruencia entre el ítem y el dominio.

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	2	
5	2	
6	2	
7		
8		

Fecha: 11/02/19

Firma del experto:

JENNIFERA LISSETTE
CARRERA CONTABLES
COP 25596

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN

Numero: 6

Nombre del experto: Wendy Alarcón Custodio

Instrucciones: Después de leer con atención el título, los objetivos del estudio y la población a la que se aplicará el instrumento, se servirá responder a este cuestionario.

Evalúe la congruencia entre cada ítem y el dominio del contenido que se desea medir, utilizando las siguientes categorías:

- 0 = Bajo grado de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 1 = Grado medio de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 2 = Alto grado de congruencia entre el ítem y el dominio.

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	2	
5	2	
6	2	
7		
8		

Fecha: 22/02/19

Firma del experto:


Wendy Alarcón Custodio
Cirujano - Dentista
COP. 27743

CUESTIONARIO DE VALIDACION

Numero: 7

Nombre del experto: CRISTINA HERRERA VELASQUEZ

Instrucciones: Después de leer con atención el título, los objetivos del estudio y la población a la que se aplicará el instrumento, se servirá responder a este cuestionario.

Evalúe la congruencia entre cada ítem y el dominio del contenido que se desea medir, utilizando las siguientes categorías:

- 0 = Bajo grado de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 1 = Grado medio de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 2 = Alto grado de congruencia entre el ítem y el dominio.

ITEM N°	EVALUACION	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	2	
5	2	
6	1	
7	2	
8		

Fecha: 22/02/19

Firma del experto:


DRA. CRISTINA HERRERA VELASQUEZ
CD. ESP. ORTOGONIA Y ORTOPEDIA
COP. 36873

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN

Numero:

8

Nombre del experto:

Nobel Mario López Muñoz

Instrucciones: Después de leer con atención el título, los objetivos del estudio y la población a la que se aplicará el instrumento, se servirá responder a este cuestionario.

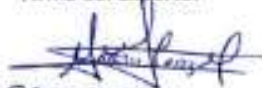
Evalúe la congruencia entre cada ítem y el dominio del contenido que se desea medir, utilizando las siguientes categorías:

- 0 = Bajo grado de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 1 = Grado medio de congruencia entre el ítem y el dominio.
- 2 = Alto grado de congruencia entre el ítem y el dominio.

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	1	
5	1	
6	2	
7		
8		

Fecha: 23-02-2019

Firma del experto:



COP: 31532

RNE: 2391

ANEXO IX: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN
HOJA INFORMATIVA

Protocolo de investigación: “Factores asociados a Xerostomía en adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una congregación religiosa, 2019”

Investigadora del estudio: Jessica Mujica Espinoza, odontóloga egresada de la maestría de Salud Pública de la Universidad Ricardo Palma.

- La xerostomía, es la sensación de sequedad bucal, esta es multicausal y puede ser a consecuencia de una alteración sistémica o local. Se presenta con más frecuencia en el adulto mayor, causando múltiples molestias que afectan en sus actividades diarias. El presente estudio permitirá beneficiar a los adultos mayores, disminuyendo molestias asociadas a la sequedad bucal y por lo tanto mejorando su estado de salud bucal, general y calidad de vida.
- El objetivo de la presente investigación es evaluar los factores asociados a xerostomía (síndrome de boca seca) en adultos mayores que viven en la residencia geriátrica.
- Formarán parte de este estudio, adultos mayores de ambos sexos que vivan en la residencia, que estén lúcidos en espacio, tiempo y persona, que hablen español. El número de adultos mayores que participarán en este estudio será entre 90 a 100.
- Esta investigación consiste en la realización de una prueba de xerostomía (prueba de Schirmer Oral), que consiste en colocar una tira de papel filtro en el piso de boca del paciente por cinco minutos y medir la zona humedecida de la tira, se considera positivo si el área humedecida es ≤ 5 mm en 5 minutos, entonces los participantes podrán saber si presentan xerostomía o no, posteriormente se aplicarán encuestas guiadas relacionadas a los factores asociados a xerostomía y posteriormente se hará el test de depresión geriátrico para evaluar su estado, esta mediante una encuesta que consta de 15 preguntas. Todo este procedimiento tomará 30 min por participante, se realizará una visita por semana hasta concluir con los 90 o 100 participantes, que será aproximadamente en 3 meses.
- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a las encuestas y la prueba serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si el participante tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, podrá retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.
- Este estudio beneficiará a los adultos mayores, quienes conocerán si presentan o no xerostomía, así como sus factores asociados. Al término de este estudio se indicarán las sugerencias de cómo tratar esta condición, así como los síntomas relacionados, pudiendo así mejorar su calidad de vida.

- No existirá riesgo alguno si el adulto mayor decide participar en este estudio de investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

He leído, comprendido y discutido la información anterior con el investigador responsable del estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Mi participación en este estudio es voluntaria, podré renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y sin responsabilidad alguna.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos.

Si durante el transcurso de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre mi participación en el estudio, puedo contactarme con la investigadora responsable, Sra. Jessica Mujica Espinoza Teléfono: 984350093, correo electrónico: jess77_1@hotmail.com

Acepto participar en este estudio de investigación titulado “Factores asociados a Xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una congregación religiosa, 2019” Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

fecha: