

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE
EN LAS ENFERMEDADES DE SALUD
BUCAL, HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN, CALLAO-2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN GERENCIA EN SALUD**

CECILIA GUTIERREZ ESCALANTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Gutierrez Escalante', written in a cursive style.

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. Angélica Díaz Tinoco : Presidente
- Dra. Ana Lucy Siccha Macassi : Secretaria
- Dra. Nancy Chalco Castillo : Miembro
- Mg. Noemí Zuta Arriola : Miembro

ASESORA: Mg. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS

N° de Libro : 01

N° de Acta : 03

N° de Folio : 31

Fecha de Aprobación de tesis:

Bellavista, jueves 12 de julio del 2018

Resolución de sustentación de la Unidad de Posgrado N° 128 -2018-

CDUPG-FCS.- del 26 de Junio de 2018

DEDICATORIA

A mi querido padre Don Rubén por su valor ante las adversidades y su amor inmensurable.

A mi madre: por su apoyo moral y espiritual en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Infinitamente a Nuestro Creador por nuestra vocación de servicio a la salud y asimismo a los Docentes de la Maestría en Gerencia en Salud, por el tiempo dedicado, por la asesoría y los valiosos aportes.

INDICE

	Págs.:
TABLAS DE CONTENIDO	3
GRÁFICOS DE CONTENIDO	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1. Identificación del problema	9
1.2. Formulación de problemas	11
1.2.1. Problema General	11
1.2.2. Problemas Específicos	12
1.3. Objetivos de la investigación.	12
1.3.1. Objetivo General.	12
1.3.2. Objetivos Específicos.	12
1.4. Justificación	13
1.4.1. Justificación técnica	13
1.4.2. Justificación social	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes del estudio	15
2.1.1. A nivel internacional	18
2.1.2. A nivel nacional	18
2.2. Marco Epistemológico.	22
2.3. Marco Cultural.	23
2.4. Base Teórica.	24
2.4.1. Hábitos inadecuados de higiene bucal como Factor de riesgo.	26
2.4.2. Factores de riesgo predominantes en las enfermedades bucales.	28
2.4.3. Enfermedades de salud bucal	29
2.4.4. Enfermedades bucales	30

2.5	Definición de términos básicos	35
III.	VARIABLES E HIPOTESIS	39
3.1	Definición de las variables	39
3.2.	Operacionalización de las variables	40
3.3.	Hipótesis	41
	3.3.1 Hipótesis general	41
	3.3.2. Hipótesis específicas	41
IV.	METODOLOGIA	42
4.1	Tipo de Investigación	42
4.2.	Diseño de la Investigación	42
4.3.	Población y muestra	43
4.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
4.5	Procedimientos de recolección de datos	45
4.6.	Procesamiento estadístico y análisis de datos	45
	4.6.1. Validez de los instrumentos	47
	4.6.2. Confiabilidad de los instrumentos	47
V.	RESULTADOS	50
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
6.1.	Contrastación de hipótesis con los resultados	62
6.2.	Contrastación de resultados con otros estudios similares	66
VII.	CONCLUSIONES	70
VIII.	RECOMENDACIONES	71
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
	ANEXOS	76
	ANEXO 01 : MATRIZ DE CONSISTENCIA	71
	ANEXO 02 : OTROS	78

INDICE DE TABLAS

	Págs.
Tabla 5.1 Nivel de los Factores de riesgo Predominantes en General, en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	50
Tabla 5.2 Nivel de Riesgo del hábito de higiene bucal inadecuado en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	52
Tabla 5.3 Nivel de riesgo del consumo de azúcares en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	53
Tabla 5.4 Nivel de presencia de enfermedades bucales en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	54
Tabla 5.5 Nivel de Presencia de enfermedades en salud bucal: Caries en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	55
Tabla 5.6 Nivel de presencia de la enfermedad bucal: Gingivitis en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	56
Tabla 5.7 Nivel de presencia de la enfermedad bucal: Piorrea en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	57
Tabla 5.8 Correlaciones entre el hábito de higiene bucal inadecuado y las enfermedades de salud bucal en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	58

Tabla 5.9	Correlaciones entre el consumo de azúcares y la enfermedad de salud bucal: Caries en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	59
Tabla 5.10	Correlaciones entre el hábito de higiene bucal inadecuado y la enfermedad de salud bucal: Gingivitis	60
Tabla 5.11	Correlaciones entre el hábito de higiene bucal inadecuado y la enfermedad bucal piorrea.....	61

INDICE DE GRÁFICOS

	Págs.
Grafico 5.1 Nivel de los Factores de riesgo Predominantes en General, en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	50
Grafico 5.2 Nivel de Riesgo del hábito de higiene bucal inadecuado en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	52
Grafico 5.3 Nivel de riesgo del consumo de azúcares en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	53
Grafico 5.4 Nivel de presencia de enfermedades bucales en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	54
Grafico 5.5 Nivel de Presencia de enfermedades en salud bucal: Caries en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	55
Grafico 5.6 Nivel de presencia de la enfermedad bucal: Gingivitis en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	56
Grafico 5.7 Nivel de presencia de la enfermedad bucal: Piorrea en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016	57

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo determinar el factor de riesgo predominante que se relaciona con las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. Fue una investigación con metodología de tipo aplicada, de enfoque cuantitativo y de diseño No experimental de corte transversal, de tipo descriptiva y Correlacional. La muestra de estudio se seleccionó mediante el muestreo no probabilístico que estuvo conformada por 40 pacientes, a quienes se aplicó un cuestionario Factores de riesgo y una Ficha Técnica de observación que fue validado por juicios de expertos y siendo sometidos a la prueba binomial cuyo p-valor para cada reactivo de ambos instrumentos fue $<0,05$, indicando una concordancia positiva entre los jueces, asimismo en el análisis de confiabilidad se obtuvo un alfa de Crombach de 0,86 indicando muy buena confiabilidad, para el caso de la ficha de observación un KR-20 de 0,73 indicando buena confiabilidad.

Resultados que de 40(100%) encuestados, sólo 14(35%) tiene un nivel bajo de riesgo, predominante que se relaciones con las enfermedades de salud bucal 16(40%) presenta nivele moderado de riesgo y 10(25%) presenta niveles altos de riesgo. Para el caso de la presencia de las enfermedades bucales presentes se obtuvo como resultado final que 19 (47,5) presenta algún tipo de enfermedad bucodental.

Para determinar la relación existente entre las variables se utilizó la prueba chi cuadrado (test de independencia) cuyo valor obtenido fue significativo ($p<0,05$), para todos los contrastes de hipótesis. Para valorar la fuerza de la relación entre variables se utilizó la correlación de Spearman, el cual para el contraste de hipótesis general obtuvo un valor alto ($r_s=0,778$) representando la existencia de un alto grado de asociación entre ambas variables. Determinando que los hábitos de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación en las enfermedades de salud bucales de los pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, callao - 2016, representando una correlación positiva alta.

Palabras clave: Factor de riesgo predominante, Enfermedades en salud bucal, Hábitos en higiene bucal.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the predominant risk factor that is related to oral health diseases of patients at the Daniel Alcides Carrión del Callao National Hospital. It was an investigation with METHODOLOGY of the applied type, with a quantitative approach and with a non-experimental cross-section design, of a descriptive and Correlational type. The study sample was selected by means of the non-probabilistic sampling that consisted of 40 patients, to whom a questionnaire Risk Factors and a Technical Observation Fact Sheet was applied that was validated by expert judgments and being subjected to the binomial test whose p value for each reagent of both instruments was <0.05 , indicating a positive agreement among the judges, also in the reliability analysis a Chrombach alpha of 0.86 was obtained, indicating very good reliability, in the case of the observation sheet a KR-20 of 0.73 indicating good reliability. RESULTS that of 40 (100%) respondents, only 14 (35%) have a low level of risk, predominantly related to oral health diseases 16 (40%) presents a moderate level of risk and 10 (25%) presents high levels of risk. In the case of the presence of oral diseases present, the final result was that 19 (47.5) presented some type of oral disease. To determine the relationship between the variables, the chi-square test (independence test) whose value obtained was significant ($p < 0.05$) was used for all hypothesis tests. To assess the strength of the relationship between variables, the Spearman correlation was used, which for the general hypothesis test obtained a high value ($r_s = 0.778$) representing the existence of a high degree of association between both variables. Determining that the habits of inadequate oral hygiene is the predominant risk factor that is related in the oral health diseases of the patients of the Daniel Alcides Carrión national hospital, Callao - 2016, representing a high positive correlation.

Key words: Predominant risk factor, diseases in oral health, habits in oral hygiene

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema

Mantener una buena salud bucodental es esencial para poder gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor oro facial, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. ⁽¹⁾

Se debe valorar y proteger la salud bucodental antes de que ocurran los problemas, afirmó Saskia Estupiñán (2013) experta en Salud Bucodental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS. Asimismo, mencionó que nueve de cada 10 personas en todo el mundo está en riesgo de tener algún tipo de enfermedad bucodental, lo cual incluye desde caries hasta enfermedades de las encías pasando por el cáncer de boca y que la prevención empieza en la infancia.

La Salud Bucal en la mayoría de países del mundo y particularmente en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal.

En nuestro país por no existir datos actualizados y completos en relación a estudios en salud bucodental estos son referenciados en base a los indicadores de la OMS y la OPS, además de algunos datos fraccionados del Minsa. ⁽²⁾. Entre ellos tenemos que el 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries

dental en todo el mundo; las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años) y que son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, y la falta de higiene bucodental, aunque existen también diversos determinantes sociales.

La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.

El origen del problema se manifiesta en la falta de prevención para evitar problemas de salud bucal en los pacientes, es un problema en la localidad del Callao, es por ello que urge abordar, en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao.

Adoptar medidas de prevención para evitar problemas de salud bucal, es una decisión personal y de educación que debe gestarse desde muy temprana edad.

Caplan, en 1980, clasifica los niveles de acción preventiva en: prevención primaria (evita la enfermedad), prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento o curación) y prevención terciaria (rehabilitación).⁽³⁾

Se ha observado que los pacientes que llegan a la atención odontológica en el tienen problemas de salud bucal causado por diversos factores de riesgo entre ellos, según las preguntas directas, son el consumo de azúcares en cantidades inadecuadas; esto es: gaseosas, postres, galletas, refrescos envasados, chocolates, etc., lo cual puede deberse a varios factores; por un lado, los hábitos alimenticios formados en el seno del hogar y por

otro lado, se debe a las necesidades de alimentación que muchas veces en tiempos y horarios no coinciden con los estudios y trabajo. Un factor adicional que no se puede desestimar también sería el factor económico, que muchas veces no les permite alimentarse con una dieta apropiada.

Un último factor podría ser el hecho de que los conocimientos aún no han sido afianzados sobre la connotación que tiene la alimentación y la higiene frente a la salud oral. A esto se suma la escasa costumbre del hábito de aseo de los estudiantes, el correcto cepillado que se debe dar después de las comidas y sin embargo no se observa; esto hace que se perciba sus dientes descuidados, halitosis, gingivitis y caries a simple vista. Ante esta situación, se determinó realizar la presente investigación para determinar cuál es el factor de riesgo predominante en las enfermedades bucales de los pacientes.

Con R. M. N° 649-2007/MINSA, se establece a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud; formulación y propuesta normativa, la articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el abordaje multidisciplinario de las enfermedades bucales.

1.2. Formulación de problemas

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el factor de riesgo predominante que se relaciona con las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao?
2. ¿Cuál es el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao?
3. ¿Cuál es el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar el factor de riesgo predominante que se relaciona con las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao.

1.3.2. Objetivos Específicos.

1. Determinar el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao.
2. Determinar el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao.
3. Determinar el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao.

1.4 Justificación

1.4.1. Justificación técnica

La Organización Mundial de la Salud, define como un serio problema los problemas de Salud Bucal, por ser uno de los aspectos fundamentales para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida.

“El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente”.⁽⁴⁾

Siendo la calidad de vida un término nacido en el ámbito de la ciencias médicas, determinado por el bienestar percibido por cada individuo en su vida diaria, necesariamente se encuentra relacionado con el criterio de salud, siendo la Salud bucodental una de las más importantes.⁽¹⁾

Sabiendo que uno de los compromisos de la Carta de Otawa, establece “reconocer al ser humano como la principal fuente de salud; apoyarlo y capacitarlo, para que pueda mantenerse sano a sí mismo, a su familia y a sus amistades”.⁽⁵⁾, siendo nuestro deber el de promoverlo.

La prevención en Salud Bucal es muy importante dentro de la planificación de la salud, porque es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas, sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y condiciones de surgimiento de las enfermedades, los factores de riesgo no actúan aisladamente si no en conjunto interrelacionadamente se proyecta a lograr en el futuro una disminución y tal vez la erradicación de la enfermedad de caries, tal como ha sucedido con otras enfermedades llámese polio o bocio. Esto se lograría mediante la educación, concientización y apoyo de los profesionales de la

Salud, tanto del personal odontológico, binomio madre niño, médicos, ginecólogos, pediatras, obstetras, geriatras, profesores de educación entre otros. Para gozar una buena salud y calidad de vida es necesario el análisis- socio- higiénico- integrales y plantear detener la capacidad de los agentes microbianos.

1.4.2. Justificación social

Habiéndose tomado como premisa que “el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna”.⁽¹⁾ El presente Proyecto dentro del marco de la promoción de la salud y personas saludables, va a permitir la modificación de conductas y actitudes, así también como darle la adecuada relevancia a los aspectos de prevención a los problemas de salud dental, generando así una cultura de salud bucodental en mejora de la calidad de vida de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión, durante el año 2016.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. A Nivel Internacional

IGLESIAS Y COL (2013, España).⁽⁶⁾ En esta investigación analizaron la evolución de conocimientos y hábitos en higiene bucodental en escolares de Valencia. Se encuestaron a 13.474 estudiantes de 5to de Educación Primaria entre 2001 y 2011. La tendencia ha sido de mejora en los conocimientos de los escolares sobre los alimentos que producen caries en el curso 2006/07 con un 99,3%. Se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las variables, pero al comparar el curso 2006/07 con el 2010/11 no encontramos diferencias. Por lo tanto, los conocimientos tienden a mejorar hasta el curso 2006/07, y después se estancan. En cuanto a los hábitos, al comparar el curso 2001/02 con el 2010/11 se constata un descenso en el número de estudiantes que se cepillan los dientes sólo una vez, con diferencias estadísticamente significativas (14,2% frente a 6,3%), a la vez que aumentan los que se cepillan tres veces al día con un 55,1% frente a 59,2%. hasta el curso 2006/07 aumentan los sujetos que se cepillan tres veces diarias a la vez que decrece el consumo de dulces.⁽⁶⁾

ADAME G, JUDITH (2012, México).⁽⁷⁾ En este estudio se evaluaron si hay una relación entre la actitud y el tipo de conocimiento sobre salud oral e higiene oral entre los adolescentes de Monterrey, N.L., México. Se eligieron aleatoriamente 3 escuelas secundarias. Se encuestó a 258 alumnos de las edades de 13 y 15 años, la mayoría de los adolescentes obtuvieron el 79.1% de conocimiento moderado, el 15.5% de los adolescentes mostró un conocimiento bajo y solamente el 5.4% mostró un conocimiento alto sobre salud e higiene oral. El

79.1% mostró un conocimiento moderado sobre salud e higiene oral, de los cuales fueron las mujeres las de mayor conocimiento con un 41.1% aunque no es significativa la diferencia con relación a los hombres con un 38.0%. El 79.1% de los adolescentes entre los 13 y 15 años muestran una buena actitud, hacia la higiene y salud oral el 20.2% una actitud regular. Entre los adolescentes de 13 años se observó que el 77.4% tiene una buena actitud hacia la higiene y salud bucal. En conclusión los adolescentes cuentan con un grado de conocimientos moderado sobre salud e higiene oral y buen actitud hacia la higiene y salud oral.⁽⁷⁾

CISNEROS, M, TIJERINA L, CANTÚ P. (2011).⁽⁸⁾ El Objetivo fue determinar la relación entre la situación de salud bucal y los hábitos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Odontología. Se aplicó 111 estudiantes de noveno semestre; se determinó el CPOD, el IHOS y el IP-Russell, además de los hábitos alimentarios positivos. Se utilizó Excel y Statistix para el análisis estadístico. Los resultados encontrados fueron que un 9.09% de la población estudiada está libre de caries, el promedio de CPOD. Se encontró que el IP-Russell fue incipiente mostrando un valor promedio de 0.29 ± 0.25 ; el IHOS promedio encontrado fue de 0.78 ± 0.48 que representa una buena higiene oral. Con referencia a hábitos alimentarios positivos el promedio fue de 7.04 ± 1.89 , que se constituye como buena condición. Se determinó que existe una asociación significativa al 95% de confianza entre los hábitos alimentarios positivos y los índices epidemiológicos bucales de CPOD ($p= 0.0017$), IHOS ($p=0.03$). En referencia a estudios realizados en poblaciones similares en América Latina y España, se observa que nuestros resultados confirman las aseveraciones evidenciadas por estos al indicar que existe una asociación significativa entre los hábitos alimentarios y el CPOD y

IHOS. Por otra lado, observamos que no hay diferencia entre los índices de salud bucal estudiados entre género. ⁽⁸⁾

BENITES, J. (2011).⁽⁹⁾ En Quito, Ecuador; realizó su tesis “Prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de la escuela fiscal mixta “La Gran Muralla”. Ciudad de Ambato para valorar el nivel de conocimiento que tienen los niños de la escuela con respecto a educación oral y cuál fue el motivo más frecuente de la presencia de caries dental. El objetivo principal de esta investigación fue establecer la prevalencia de caries dental en los escolares, conocer las causas y factores determinantes de caries dental. El tipo de investigación fue un estudio directo, descriptivo, de corte transversal; se tomó como muestra a la totalidad de la escuela en la cual tenemos alumnos de kínder a 8vo de básica, en edades comprendida entre 4 a 14 años. 150 alumnos por grupo etario y género. Se utilizó como instrumento una ficha clínica la cual consta de un odontograma, el cual sirvió para cuantificar las caries que presenta cada niño de la escuela y una encuesta con preguntas importantes para saber la razón de la presencia de caries dental. La principal conclusión fue que la prevalencia de caries dental determino un Índice alto de caries. En cuanto al índice ceo establece a la dentición temporaria que presenta un porcentaje más alto de caries dental que la dentición definitiva. Se recomendó poner en práctica los autocuidados de salud bucal para prevenir las enfermedades bucodentales, cumpliendo con normas de higiene como el cepillado tres veces al día, acudir a citas periódicas con su odontólogo, e implementar programas de educación sobre salud oral hacia los padres de forma continua. ⁽⁹⁾

OROZCO (2010) ⁽¹⁰⁾. México. Realizó un estudio de salud bucodental en estudiantes de la carrera de cirujano dentista. El objetivo fue

conocer el estado de salud bucal y las necesidades de tratamiento de los estudiantes de primer ingreso de la carrera de cirujano dentista de los periodos escolares 2003-1 y 2004-1. Se obtuvo una media de CPO de 3.8 en el grupo 1 y de 3.2 en el grupo 2. La mitad de la población del grupo 1 se aplicó flúor y más de la mitad del 2; 37% presenta chasquido en ATM; 1% movilidad reducida de mandíbula en el grupo 1; 70 alumnos presentaron movilidad reducida y 126 chasquido del grupo 2; en el grupo 1 0.2% presenta ligera fluorosis, mientras que el 2.3% del grupo 2. En el grupo 1 se observó dientes con hemorragia 16 y 31, el 31 presentó cálculo, el 16 presentó bolsa de 4-5 mm y 0.3% presentó bolsa periodontal de más de 6 mm. Conclusión: Los alumnos del grupo 2 tuvieron mayor acceso a tratamientos preventivos que hoy se traducen en bienestar físico, estético y psicosocial. ⁽¹⁰⁾.

2.1.2. A Nivel Nacional

ROSALES, M. (2014).⁽¹¹⁾ Se determinó la relación entre la prevalencia de gingivitis y la higiene oral en los estudiantes de 13 a 16 años de las instituciones educativas estatales del distrito de moche. Se realizó en una población de 424 donde se encontró una prevalencia de 76.7% de gingivitis; así mismo el 4.9% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 42.1% presentaron un índice de higiene oral aceptable y el 53% presentaron un índice de higiene oral deficiente. Con respecto al índice de higiene oral en el género masculino, el 5.5% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 37.4% índice de higiene oral aceptable y el 57.1%, índice de higiene oral deficiente. En el género femenino, el 4.5% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 46% presentaron un índice de higiene oral aceptable y el 49.5% presentaron un índice de higiene oral deficiente. Se concluye que los estudiantes de 13 a 16 años de las instituciones educativas estatales

del distrito de moche padecen gingivitis y esta se encuentra relacionada a la higiene oral ($p < 0.01$) .⁽¹¹⁾

VALLEJOS, R Y TINEO, P. (2014) ⁽¹²⁾ En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas del 100% de encuestados obtuvimos un 71% en un nivel bueno y un 29% en un nivel regular; sobre el conocimiento sobre enfermedades bucales del 100% de encuestados obtuvimos un 57% en un nivel regular, un 19% en un nivel malo y un 24% en un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental del 100% de encuestados obtuvimos un 29% en un nivel regular ,en un nivel malo71% y en un nivel bueno un 0 %. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, sexo. Se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento y el tiempo de experiencia

Artículo original de la Revista Estomatológica Herediana 2014: "Investigaciones prioritarias en salud bucal producidas en una universidad privada". El Objetivo fue determinar las características de la producción científica prioritaria en salud bucal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Se evaluaron un total de 2063 investigaciones entre los años 1977 y 2013. Para determinar si los estudios calificaban como prioritarios o no prioritarios, se utilizó los criterios propuestos por Jorge Alarcón presentados en los Lineamientos de Política y Prioridades de Investigación en salud publica en el Perú, 2007-2011, los que establecían cuatro áreas prioritarias de investigación en salud, que para este caso fueron ⁽¹²⁾

VALDEZ V, GIAN CARLO (2014).⁽¹³⁾ Determinó el nivel de influencia de las estrategias didácticas de organización sobre conocimientos de salud bucal en madres gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Para lo cual se realizó una prueba piloto

para la validación del cuestionario de medición del nivel de conocimientos ($KR-20=0.82$), para la ejecución se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia compuesta por 60 madres gestantes divididas aleatoriamente en 2 grupos, al primero se le brindó una sesión educativa con estrategias didácticas de organización y al segundo también una sesión educativa pero sin estrategias didácticas de organización, a ambos grupos se les dio el cuestionario antes y después de la intervención. Concluyendo que los conocimientos de salud bucal basal en su mayoría es regular, y después de las sesiones educativas los conocimientos fueron regular, seguido de eficiente y por último deficiente. El estudio demostró que las sesiones educativas con y sin estrategias didácticas de organización tienen influencia positiva en los conocimientos de salud bucal. A la vez, la sesión educativa con estrategias didácticas de organización fue más influyente sobre los conocimientos de salud bucal que la sesión educativa sin estrategias didácticas de organización.⁽¹³⁾

MAQUERA, C. (2013). ⁽¹⁴⁾ El propósito de este estudio fue determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en los estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las Instituciones Educativas públicas del Distrito de Ciudad Nueva Tacna. Se encuestaron a 280 alumnos; donde 185 presentaron mal nivel de conocimientos generales sobre salud bucal, representando el 66,1% del total. Mientras que 95 tenían conocimientos regulares de salud bucal, lo que representa el 33,9%. Se observaron también, que ningún alumno presentaba buen nivel de conocimiento general sobre salud bucal. La mayoría de alumnos presentan hábitos de higiene oral inadecuada, representando el 80,7% del total de alumnos encuestados. Mientras que el 19,3% restante presentan hábitos de higiene oral adecuados. En conclusión

el nivel de conocimiento sobre salud bucal se asocia significativamente con los hábitos de higiene oral ($p=0,000$ y $OR=11,42$).⁽¹⁴⁾

EVARISTO C, TERESA (2012) ⁽¹⁵⁾. Determinó la relación entre calidad de vida y rendimiento académico según características sociodemográficas de estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La población estuvo conformada por estudiantes de odontología regulares que cursaban el semestre académico 2012-1. La muestra fueron 149 estudiantes, de los diferentes años de ingreso seleccionados a través de un muestro probabilístico estratificado de afijación proporcional. Se utilizó el cuestionario de Calidad de vida de la OMS versión corta (WHOQOL-Bref), una encuesta sociodemográfica y el registro del promedio de notas del estudiante en el semestre anterior proporcionado por la Escuela Académica Profesional. Los resultados obtenidos mostraron que los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida son: género, grado de instrucción del jefe de familia, tipo de residencia, mantenimiento de los estudios y suficiencia económica ($p < 0.05$). Se concluye que la calidad de vida y el rendimiento académico del estudiante se encuentran relacionados, (Rho Spearman $=0.176$, $p=0.032$). Su estudio permite constituir una base para el desarrollo de acciones en la institución con el fin de promover Calidad de Vida en los estudiantes de odontología. ⁽¹⁵⁾.

NOLASCO G, KARLA (2010) ⁽¹⁶⁾ Fue una investigación cualitativa, de nivel aplicativo, de tipo observacional y descriptivo; cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en los docentes de la I.E. N° 88037 "Antenor Sánchez", del Distrito de Chimbote de la Provincia del Santa, en el año 2010.

Aplicó una encuesta a los 21 docentes de dicha institución. El nivel de dicha institución. El nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de experiencia, la edad y el sexo de los encuestados. Los resultados fueron divididos en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre prevención en salud Bucal el 100% mostró un nivel regular. ⁽¹⁶⁾

2.2. Marco Epistemológico.

La investigación se realizó dentro de un diseño no experimental transversal, empleándose el procedimiento reflexivo, ya que las actividades racionales son actividades reflexivas ya que se generan de la reflexión y generan nuevas reflexiones. La reflexión que se hace sobre las actividades racionales es investigada por la filosofía. La reflexión sobre la ciencia es investigada por la filosofía de la ciencia.

Nuestra investigación por estar dentro del campo de las ciencias de la salud está basada en la teoría filosófica empírico analítico, siendo las investigaciones bajo este paradigma empíricas, sistémicas y popperianas. Al ser nuestra investigación de tipo cuantitativo, se encuentra enmarcada dentro de este paradigma, que funciona así en el mundo solo existen los hechos reales, los cuales están constituidos por los objetos y sus características, dado que las características de los objetos varían, podemos llamar variables a estas características, término que la ciencia ha tomado prestado de las matemáticas Dado que se han medido las variables, transformando sus características en números cuantificándolos. Es por ello que nuestra primera variable es medida por el cuestionario factores de riesgo que mide aquellos factores que intervienen directamente sobre la salud general del paciente y la otra variable de estudio Enfermedades de salud bucal,

donde se cuantifica la presencia de los procesos patológicos y transmisibles que afecta a las estructuras dentarias atacando a estructura dental (caries) como a las encías y estructura ósea que sostienen los dientes (enfermedades periodontales: gingivitis; piorrea). Continuando con este paradigma que nos señala que los objetos y sus características no existen independientes uno del otro, si no que se relacionan entre sí y que sus relaciones son numéricas, nuestro estudio es de diseño correlacional que establece una relación entre los factores de riesgo y enfermedades de salud bucal mediante los estadísticos chi cuadrado de independencia y la correlación de spearman. Finalmente según esta escuela filosófica, el mundo es un gran conjunto de variables relacionadas lógico-matemáticamente. Cuanto más variables conozcamos y mejor las relacionemos, mejor será nuestro conocimiento del mundo. Además, las hipótesis y teorías de la misma están expresadas explícitamente y el diseño de la misma fijado con antelación. Utilizando el método deductivo para realizar un análisis estadístico, dependiendo de las técnicas utilizadas para el estudio del método seleccionado pero siempre han de estar prefijadas ⁽¹⁷⁾.

2.3. Marco Cultural.

Dentro de las muchas definiciones de cultura existentes, se ha tomado la siguiente definición por ser la más precisa para nuestro tema de investigación: "Esta herencia social es el concepto clave de la antropología cultural, la otra rama del estudio comparativo del hombre. Normalmente se le denomina cultura en la moderna antropología y en las ciencias sociales (...). La cultura incluye los artefactos, bienes, procedimientos técnicos, ideas, hábitos y valores heredados. La organización social no puede comprenderse verdaderamente excepto como una parte de la cultura" B.Malinowski (1931) ⁽¹⁸⁾

Enmarcados en conocer los factores de riesgo asociados a la salud bucal, para así poder establecer un conjunto de ideas y hábitos que se consideran benéficos en lo que a salud oral se refiere, nos da una perspectiva sociocultural a nuestra investigación al darse diversas interpretaciones de ella: el origen de los problemas de salud bucal, la prevención que se debe seguir, los tratamientos adecuados, e incluso el mismo tratamiento odontológico. “La percepción de los legos, mediada por la Cultura, tenderá a hacer actuar a los individuos de una manera particular que muchas veces no coincide con la de los profesionales de la salud.”⁽¹⁹⁾.

Todo lo anterior es fundamentado por los paradigmas en odontología las cuales nos dan una idea global y contextualizada del quehacer odontológico. Estos son el integral u holístico, la especialización como generalismo, la odontología como modernidad (biotecnología, estética, adhesión), la odontología como utilidad y la odontología como servicio ⁽²⁰⁾.

Tomándose este último como referencia que es muy conocido, ya que tiene sus orígenes en la vocación y sensibilidad social que debe de tener cualquier persona ligada al campo de la salud. Las profesiones de la salud han surgido precisamente a partir de la necesidad social por resolver los problemas de salud en general. Desde los tiempos antiguos, la medicina como ciencia madre, ha respondido al requerimiento de la sociedad para resolver los problemas de salud en general.

2.4. Base Teórica.

El concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período.⁽²¹⁾

Desde los tiempos de Hipócrates, se estableció que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas.⁽²²⁾

Los factores de riesgo (o criterios de riesgo) son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total.⁽²³⁾

Concretamente según la OMS “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.”⁽¹⁾

Identificar y tener conocimiento de la Detección de Factores de Riesgo bucodental nos permite la detección precoz del huésped susceptible, el ambiente propicio negativo y el agente causal, para evitar la generación de enfermedades.⁽²⁴⁾

Si el estado y las asociaciones o agremiaciones académicas y científicas realizaran una permanente e impactante acción educativa en las comunidades, se lograría una alta reducción de las patologías bucodentales. No se puede dudar del impacto que produce la educación, los cambios y el beneficio que produce en la

población. En programas de salud bucal hay experiencias que demuestran que con sólo realizar programas de educación en salud bucal se logran reducciones de la caries dental y las periodontopatías en altos porcentajes. ⁽²⁵⁾

2.4.1. Hábitos inadecuados de higiene bucal como Factor de riesgo.

La higiene bucodental es la ejecución de una serie de actividades para retirar residuos sobre las superficies mediante la utilización de diferentes elementos. En la boca las superficies son los dientes y los elementos pueden ser los cepillos, crema, hilo y otros.

Si no se lavan los dientes diariamente o se hace de forma inadecuada, por ejemplo no accediendo a las zonas interdetales o la línea de las encías, se favorece el depósito y acumulación de placa bacteriana sobre el esmalte de las piezas dentales y, por tanto, su actividad. Un correcto cepillado diario de los dientes (después de cada comida) y el uso de colutorio evitarían buena parte de las caries. Lamentablemente por las características de la vida diaria interfieren a menudo con el momento ideal para cepillarse los dientes. No es realista esperar que los pacientes efectúen los procedimientos de higiene bucal durante los momentos más ocupados del día. ⁽²⁶⁾

Sanitas⁽²⁷⁾, en su página web: publicó el artículo titulado: Factores de riesgo en la aparición de caries dental, en el cual mencionan que:

Los factores de riesgo que influyen en la formación de caries dental son bien conocidos y en la mayoría de los casos evitables, lo que permite desarrollar una estrategia preventiva basada en la educación sanitaria de la población. Pese a ello, la caries es un problema dental muy frecuente. Hay que diferenciar entre diferentes factores de riesgo:

- **Dieta rica en azúcares y carbohidratos:** el azúcar y el abuso de hidratos de carbono, especialmente si se ingiere fuera de las comidas, favorece la actividad de las denominadas bacterias cariogénicas, facilitando la liberación de ácidos que desmineralizan el esmalte y la dentina y, por tanto la formación de caries. Para evitarlo sólo caben dos soluciones: no tomar azúcares o carbohidratos entre comidas o lavarse los dientes convenientemente cada vez que se haga.
- **Sequedad bucal:** la saliva ayuda a eliminar las bacterias de la cavidad oral, por lo que los factores que promueven la pérdida de flujo salival o sequedad de boca (tabaco, alcohol, trastornos de las glándulas tiroideas y otras enfermedades y tratamientos médicos) aumentan la actividad bacteriana que acaba en la formación de caries.
- **Flúor:** el flúor es necesario para remineralización de los dientes. De ahí la necesidad de utilizar dentífricos con este mineral en la higiene dental. Asimismo, aunque es una medida que genera controversia, se ha comprobado que la fluoración del agua potable tiene un valor preventivo, ya que allí donde no se realiza la incidencia de caries es mayor.
- **Falta de información:** la falta de información sobre la salud dental lleva a no educar conveniente a los niños desde el primer momento sobre la importancia de la higiene oral y cómo realizarla para evitar complicaciones como la caries o la enfermedad periodontal, entre otras. De ahí que la falta de información o educación sanitaria deba considerarse como un factor de riesgo importante frente al desarrollo de caries.

2.4.2. Factores de riesgo predominantes en las enfermedades bucales

Se tienen los siguientes:

a) Hábito de higiene bucal

Higiene oral deficiente: si no se lavan los dientes o se hace de forma inadecuada, por ejemplo no accediendo a las zonas interdenciales o la línea de las encías, se favorece el depósito y acumulación de placa bacteriana sobre el esmalte de las piezas dentales y, por tanto, su actividad. Un correcto cepillado diario de los dientes (después de cada comida) y el uso de colutorio evitarían buena parte de las caries.

b) Consumo de azúcares

Dieta rica en azúcares y carbohidratos: el azúcar y el abuso de hidratos de carbono, especialmente si se ingiere fuera de las comidas, favorece la actividad de las denominadas bacterias cariogénicas, facilitando la liberación de ácidos que desmineralizan el esmalte y la dentina y, por tanto la formación de caries. Para evitarlo sólo caben dos soluciones: no tomar azúcares o carbohidratos entre comidas o lavarse los dientes convenientemente cada vez que se haga.

c) Tabaquismo

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países

disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar.

2.4.3. Enfermedades de salud bucal

¿Qué es salud bucal? Es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las demás estructuras relacionadas a la masticación y el complejo maxilofacial,. Involucra así mismo un componente psíquico y estético.

Friedenthal ⁽²⁸⁾ mencionó sobre la Salud bucal:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida.

La salud bucal es uno de los aspectos que afectan las percepciones sobre calidad de vida. La Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal “es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza”. Y Sheiham lo comparte al afirmar que la salud bucal afecta a las personas de manera física y psicológica, influenciando su crecimiento, el goce de la vida, el mirar, hablar, masticar, saborear la comida y disfrutar de la vida social, así como los propios sentimientos sobre su bienestar social.

Por tanto, la salud bucal va más allá de tener dientes blancos y parejos o de no tener caries o estar libre de enfermedades de las encías, perder dientes, presentar cáncer oral o de garganta. Contar con salud bucal se relaciona con la capacidad de hacer uso de todas las funciones de las estructuras que hacen parte de la boca

(maxilares, labios, lengua, paladar, glándulas, dientes, y demás tejidos de cara y cuello) para permitir sin ninguna molestia la masticación, la deglución y la succión y por tanto favorecer los procesos de la alimentación y el apoyo a otros procesos vitales como la respiración. Articular palabras y hablar requieren de la funcionalidad de las estructuras de la boca para poder comunicarse además de permitir gesticular y expresar emociones como la sonrisa o el beso. ⁽²⁸⁾

La salud bucal es parte del reconocimiento que hacemos de los demás y del auto-reconocimiento, favoreciendo la autoestima y la posibilidad de relacionarse socialmente de forma asertiva, desde la primera infancia y hasta la edad adulta y la vejez, lo cual favorece el bienestar psicosocial.

2.4.4. Enfermedades bucales

¿Cuáles son las más comunes? Tener un problema en la boca y sobre todo en los dientes supone no solamente un malestar que viene producido por la propia enfermedad sino también por lo costoso de los tratamientos para la dentadura. En este artículo vamos a explicar a grandes rasgos cuales son las enfermedades más comunes que se producen en la boca y los dientes para que estemos alerta ante cualquier síntoma, ya que como cualquier problema, cuanto antes sepamos que lo padecemos antes podremos ponerle solución.

Los problemas derivados de la boca y de los dientes siempre nos traen de cabeza, y es que sobre todo los problemas relacionados con las piezas dentales no solamente suponen una traba a la hora de la ingesta sino que también suponen un problema estético y un coste muy elevado para su reparación.

Y es que la buena salud de la boca es fundamental para la salud en general. A veces nos preocupamos por tener una sonrisa

perfecta y lucir unos dientes de estrella de Hollywood, para ello acudimos a diferentes remedios caseros, a dentífricos específicos para eliminar manchas o a enjuagues bucales para eliminar el mal aliento. Entre las enfermedades más comunes tenemos:

Caries.:

Según la Organización Mundial de la Salud, la caries dental es un proceso dinámico que resulta por un disturbio del equilibrio entre la superficie del diente y el fluido de la biopelícula circundante de tal forma que, en el tiempo, el resultado neto puede ser una pérdida de mineral de la superficie dental.

Es un proceso destructivo de los tejidos duros del diente, que se caracteriza por su descalcificación y su desintegración progresiva. Se trata de una enfermedad acumulativa .su marcha es centripeta, de la periferia hacia el interior. Es sin duda alguna la enfermedad más común de los dientes. Afecta principalmente a las muelas y es una de las principales causas de pérdida dental. El síntoma principal es el dolor que se produce una vez que la enfermedad ya se encuentra en la muela. La solución consiste en la eliminación, por parte del odontólogo, de toda la estructura del diente afectada.

La caries es un complejo proceso producto del desequilibrio fisiológico entre los minerales del tejido dental y la presencia de los fluidos generados por la actividad metabólica de las bacterias que se acumulan en la biopelícula (placa bacteriana) cuando esta permanece por periodos prolongados sin ser removida. La caries inicia con la desmineralización de la superficie del esmalte y continúa, de no ser atendida y controlada, con la destrucción de los tejidos del diente (esmalte y dentina) hasta producir cavidades. Dentro de sus complicaciones esta la afectación de la pulpa dental y de los soportes dentales por la diseminación de la infección produciendo incluso abscesos y celulitis faciales.

El Ministerio de Salud conceptualiza la caries dental como:

Una enfermedad infecciosa, producida por microorganismos, que ocasiona el deterioro y posterior pérdida de la estructura del diente si no es atendida oportunamente. Para el desarrollo de la caries influyen los siguientes factores: • Los azúcares de la dieta • Las bacterias de la boca • Los dientes susceptibles •

- **Gingivitis.:** Es la inflamación a la encía como respuesta de los tejidos gingivales frente a los irritantes locales como la placa bacteriana, los cálculos las obturaciones desbordantes, coronas con bordes mal adaptados se evidencia el margen gingival aparece agrandado y con un contorno irregular. Por culpa de una bacteria se produce una inflamación y sangrado de las encías.

En parte debido a una insuficiente higiene bucal y los alimentos que se quedan atrapados entre los dientes. Puede provocar sangrado de las encías, así como en casos más extremos en los que se produce pérdida del hueso alveolar que sostiene los dientes, lo que produciría una pérdida de éstos.

Ministerio de Salud ⁽²⁹⁾ conceptualiza la gingivitis como:

La infección de las encías causada por bacterias, se manifiesta con el enrojecimiento o sangrado de las encías y halitosis (mal aliento); por lo general se origina cuando existe acumulación de placa en los dientes. Si no se trata adecuadamente produce periodontitis, ocasiona la destrucción de los ligamentos y el hueso que soportan el diente, y puede ocurrir su pérdida.

- **Piorrea:** FLUJO O DERRAME DE PUS PURULENTA. Es la expulsión de pus a través de las encías. Se produce por una mala circulación de los vasos sanguíneos en las encías así como por una falta o una incorrecta higiene bucal.
- **Halitosis.:** Aliento Fétido Pod Provocar Todo Factor Bucal Que Ocasión Fermentaciones: Nguá Saburral; Dientes Cariados;

Enfermedad Periodontal: Gingivitis Etc.; Así Como Causas Digestivas, Causas Pulmonares Etc. Es una enfermedad que produce un mal olor de la boca. Afecta a numerosas personas y supone para la persona que lo sufre una gran preocupación ya que supone un freno en sus relaciones personales y laborales. Puede ser producida por bacterias, enfermedades bucales de otra índole, alimentos tales como cebollas, ajos (que aunque son buenos para el colesterol suponen un olor bucal desagradable), etc.

Como podemos ver hay un buen número de enfermedades bucales que son bastante comunes, y aunque alguna de ellas es muy difícil y costosa para su erradicación no suelen derivar en enfermedades más importantes.

Enfermedades comunes de la boca.

- **Estomatitis aftosa.** Son las conocidas úlceras. Los cambios hormonales, heridas en la boca, mordeduras o alergias a algún tipo de alimento son quienes las producen. Suelen ser dolorosas con el roce y desaparecen al cabo de 10 días aproximadamente.
- **Herpes labial.** Son dolorosas vesículas en racimos en el interior de la boca o en los labios. Son contagiosas y se producen por el contagio de un virus.
- **Leucoplacia.** Es el exceso de crecimiento celular en la mucosa de las mejillas, las encías o la lengua. Es muy común, principalmente, entre la población fumadora.

Hay factores que influyen de forma determinante en la formación de caries a cualquier edad, como sucede con una deficiente higiene oral. Pero hay otros que dependen de la edad de cada persona y de sus hábitos de vida. Y ello da lugar a que la caries pueda afectar a diferentes partes del diente, dependiendo de estos factores. Teniendo esto en cuenta se diferencian distintos tipos de caries:

- **Caries de corona:** son las más frecuentes, especialmente en los niños, y afectan a las partes del diente que realizan la función de masticación, es decir, la parte superior de la corona. Son las más fáciles de identificar por el cambio de coloración que se produce en ellas tras perder el esmalte.
- **Caries interproximales o interdenciales:** se forman en los espacios interdenciales y no son fáciles de detectar si no es en la consulta del odontólogo durante las revisiones periódicas. Es una de las zonas donde es más fácil que se acumule la placa bacteriana y los restos de alimentos, ocasionando la formación de sarro. El correcto uso del hilo dental o de bastoncillos para la limpieza interdental puede evitarlas.
- **Caries radicular:** es una de las causas más importantes de pérdida de piezas dentales. La línea de las encías es otro de los lugares favorables para la acumulación de placa bacteriana y en la que pueden surgir caries si no se desarrolla una correcta higiene oral. Pero además hay que tener en cuenta que conforme aumenta la edad las encías empiezan a retraerse, pudiendo llegar a dejar expuesta parte de la raíz del diente, que carece de esmalte, por lo que la acción de las bacterias ataca directamente a la dentina. La enfermedad periodontal (gingivitis o periodontitis) es un factor de riesgo frente a este tipo de caries, ya que ocasiona el retraimiento de la encía.
- **Caries recurrentes o secundarias:** aparecen en torno a los bordes de los empastes o de coronas y fundas que se han colocado previamente para el tratamiento de una caries, ya que estas zonas son proclives para la acumulación de bacterias. La caries puede ser nueva o producirse porque han quedado restos de una caries anterior que no se ha tratado correctamente (mala obturación o insuficientemente excavada). Se origina al producirse una descalcificación a lo largo de la unión entre el diente original y

la obturación previa, a través de la cual penetra el ácido producido por las bacterias al digerir los alimentos.

2.5 Definición de términos básicos

a) Factor de riesgo:

Cada una de las características o factores de naturaleza hormonal, genética, personal o ambiental que modifican las posibilidades de contraer una enfermedad. ⁽³⁰⁾

Su uso más extendido es como factor de riesgo cardiovascular ⁽²⁴⁾. Debe cumplir los requisitos de ser un predictor estadístico de la enfermedad, precederla en el tiempo y mantener su efecto al neutralizar otros factores (causalidad). Los principales factores modificables son: hipertensión arterial, tabaco, hiperlipidemia, obesidad, sedentarismo, resistencia a la insulina, hipertrofia de ventrículo izquierdo, microalbuminuria, etc. Los factores no modificables son: edad, sexo masculino, situación posmenopausia, herencia, antecedentes de enfermedad coronaria y diabetes mellitus.

b) Enfermedades bucales :

Trastornos que producen en el organismo, especialmente las alteraciones funcionales y estructurales. En la cavidad oral y sistema estomatognático. ⁽³⁰⁾

Son problemas derivados de la boca y de los dientes siempre nos traen de cabeza, y es que sobre todo los problemas relacionados con las piezas dentales no solamente suponen una traba a la hora de la ingesta sino que también suponen un problema estético y un coste muy elevado para su reparación.

c) Salud bucal:

Estado en el que se produce un funcionamiento normal del organismo, es decir, estado en el que hay una ausencia de cualquier enfermedad que afecta a la cavidad bucal ⁽³⁰⁾. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social ⁽¹⁾.

Es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y de sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilo facial. Involucra asimismo un componente psíquico: que el individuo no este perturbado por algún aspecto estético de su aparato dentario

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida.

La salud bucal es uno de los aspectos que afectan las percepciones sobre calidad de vida. La Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal "es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza". Y Sheiham lo comparte al afirmar que la salud bucal afecta a las personas de manera física y psicológica, influenciando su crecimiento, el goce de la vida, el mirar, hablar, masticar, saborear la comida y disfrutar de la vida social, así como los propios sentimientos sobre su bienestar social.

d) Edentulismo:

Koek, (2011) Se define como la pérdida total o parcial de piezas dentales las cuales no se remplazaran de forma natural, representa un problema, una preocupación para las personas que lo padecen, un

reto terapéutico para los odontólogos, y es considerado un problema de salud pública. También representa un evento traumático en la vida de una persona que compromete su relación con la sociedad.

La pérdida de dientes determina cambios morfológicos, funcionales, psicológicos y sociales produciendo complicaciones en el sistema estomatognático. Es importante señalar debido a que en la medida en que se pierdan más dientes se ve afectada principalmente la función masticatoria, conllevando a consecuencias nutricionales (por afectarse el proceso digestivo) y a consecuencias sociales (interacción social, aislamiento, vergüenza, ansiedad), lo que afecta la calidad de vida de quienes presentan esta situación, especialmente al llegar a la vejez. Su monitoreo es un indicador de la salud bucal de las poblaciones y del funcionamiento de los sistemas de atención en salud bucal de un país.

e) Enfermedad periodontal:

Inflamación del tejido que se halla situado alrededor de la raíz dentaria.⁽³⁰⁾

Esta Afección finalmente acarrea la destrucción del periodonto de inserción y la pérdida de dientes. La ausencia de sintomatología de aviso explica que es progresiva son dos sus signos fundamentales: a) formación de la bolsa periodontal que se evidencia clínicamente supraosea (forma horizontal) o infraosea (forma vertical) que se manifiesta con la placa bacteriana; b) Pérdida del hueso alveolar que se evidencia por medio de la radiografía, la pérdida de hueso se traduce por movilidad de las piezas dentarias.

La enfermedad periodontal hace referencia a lesiones que se presentan en los tejidos que rodean y sostienen los dientes en su posición. Generalmente se inician como una gingivitis (inflamación de la encía con enrojecimiento y sangrado) en respuesta a la infección

de las encías causada por diversos microorganismos, que al no tener manejo y control generan una infección más generalizada y crónica, destruyendo progresivamente los tejidos de soporte del diente (ligamento periodontal e incluso el hueso), haciendo que se separen de los dientes por la pérdida de inserción, generando como resultado bolsas periodontales e incluso a la pérdida dental.

Halitosis: Mal olor del aliento bucal por la presencia en el aire exhalado de componentes volátiles sulfurados. Hay múltiples causas, pero la más frecuente es la proliferación de bacterias en la superficie de la lengua, especialmente en su tercio posterior que es casi vertical y de difícil acceso para las maniobras de limpieza de la placa lingual. Otras causas menos frecuentes pero más reconocibles son abscesos e infecciones dentarias, faríngeas o amigdalinas. Raras veces tiene un origen pulmonar, como ocurre en el caso de bronquiectasias o abscesos pulmonares, o nasosinusal, como en la sinusitis crónica o en la ocrena. El origen digestivo, generalmente en relación con reflujo gastroesofágico, es poco frecuente. La halitosis es un trastorno frecuente y de difícil tratamiento, la neutralización de los compuestos sulfurados mediante enjuagues o chicles con clorofila o el control de la proliferación bacteriana con colutorios de clorhexidina o triclosán son medidas parcialmente eficaces.⁽³¹⁾

CAPITULO III

VARIABLES E HIPOTESIS

3.1 Definición de las variables

Variable 1:

Factor de riesgo predominante.

Es el grado de predisposición elevada para sufrir enfermedades bucales, ya sea por los hábitos de higiene bucal inadecuada, o consumo de azúcares.

Variable 2:

Enfermedades de salud bucal.

Lesiones o enfermedades a nivel bucodental que afectan al ser humano afectando su calidad de vida, teniendo a la Caries Dental, Gingivitis y la Piorrea como principales elementos.

3.2. Operacionalización de las variables

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala de valores	Niveles y rangos
Factor de riesgo predominante	<p>Son todos aquellos factores de riesgo que intervienen directamente sobre la salud General del paciente y que pueden asociarse a la presencia de Caries y enfermedades Periodontales. Se expresa en niveles, que serán valorados en función a los puntajes obtenidos clasificándose en Bajo, Moderado y Alto. Para la medición de los indicadores se utilizó el cuestionario Factores de riesgo.</p>	Hábitos de higiene bucal inadecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Cepillado • Instrucción de higiene • Profilaxis • Encías • Halitosis • Sensibilidad prótesis 	1,2,3,4, 5,6,7,8, 9,10,11, 12,13,1 4,15,16, 17, 18.	Nunca = 0 A veces = 1 Siempre = 2	Bajo (0 – 12) Moderado (13 – 24) Alto (25 - 36)
		Consumo de azúcares	<ul style="list-style-type: none"> • Glucosa • Sobre peso • Depresión • Ingesta de dulces • Información 			
Enfermedades de salud bucal	<p>Son procesos patológicos complejos de origen patológico y transmisible que afecta a las estructuras dentarias atacando a estructura dental (caries) como a las encías y estructura ósea que sostienen los dientes (enfermedades periodontales: gingivitis; piorrea). Para medir estos indicadores se aplicó una ficha de observación que nos indica la presencia del factor patógeno en los encuestados.</p>	Caries	<ul style="list-style-type: none"> • Caries de corona • Caries interproximales • Caries radicular • Caries recurrentes o secundarias 	1,2,3,4,	Presenta = 1 No presenta = 0	Presenta = 1 No presenta = 0
		Gingivitis	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación de encías • Sangrado de encías • Úlceras bucales 	5,6,7,		
		Piorrea	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad dental • Pus en las encías • Movilidad dental 	8,9,10.		

3.3. Hipótesis

3.3.1 Hipótesis General

El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que se relaciona con las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.

3.3.2. Hipótesis Específicas

1. El consumo de azúcares es el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.
2. El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.
3. El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que se relaciona con la enfermedad de salud bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 Tipo de Investigación

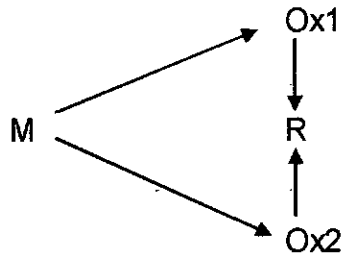
El estudio fue una investigación aplicada orientado a solucionar problemas, es decir dependió de los resultados y avances de la investigación básica, señalada en el marco teórico. Según Hernández Sampieri y otros (2010, pág. 108) en su obra Metodología de la Investigación.

Según la naturaleza de esta investigación, fue de enfoque cuantitativo, ya que se utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, y transversal porque los instrumentos se aplican en un solo momento.

4.2. Diseño de la Investigación

Fue una Investigación de Diseño no experimental de tipo descriptiva correlacional porque fue dirigida a encontrar el factor de riesgo predominante y su relación con las enfermedades de salud bucal. Esto se hizo mediante la aplicación de un cuestionario y una Ficha Técnica de observación bucal a la muestra.

El diseño, de acuerdo a Sánchez y Reyes⁽³²⁾, puede diagramarse como sigue:



Donde:

M = Muestra de estudio

Ox1 = Observación variable 1 factores de riesgo predominantes.

Ox2 = Observación variable 2 Enfermedades de salud bucal

R = Relación

4.3. Población y muestra

La población estuvo conformada por todos los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

El marco muestral se conformó por la relación de todos los pacientes mayores de 18 años de edad.

El número muestral fue de 40. Considerando indistintamente el sexo del paciente y su nivel de instrucción u ocupación.

El Muestreo fue no probabilístico, intencionado por criterio y conveniencia de la investigadora.

Al respecto, Ander-Egg,⁽³³⁾ señaló que:

Para elegir el tamaño de la muestra se utiliza entre otros, el muestreo no probabilístico. Su nota característica consiste en que no se basan en una teoría matemática-estadística, sino que dependen del juicio, intención u opinión del investigador. Se trata de muestras razonadas o intencionadas que supone o exige un cierto conocimiento del universo objeto del estudio.

Delimitación

De inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes con historia clínica no menor a 3 meses
- Pacientes de la zona

De exclusión

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con historia clínica mayor a 3 meses

Espacio temporal

- Pacientes con historias de atención no menor a un año

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, durante el proceso de investigación, se aplicaron las técnicas de observación y encuesta como instrumento de medición:

Variable 1. Se aplicó un cuestionario, este instrumento consta de 18 reactivos que miden los hábitos de higiene bucal y al consumo de azúcares de la muestra. Teniendo una validez de juicio de expertos en la prueba binomial con $p < 0.05$ existiendo concordancia entre los jueces, y una confiabilidad (alfa de Crombach) de 0,86 indicando muy buena confiabilidad.

Variable 2. Se aplicó una ficha de Observación bucal que consta de 10 indicadores, que mide la prevalencia de enfermedades bucales como la caries, gingivitis y piorrea de la muestra. Teniendo una validez de juicio de expertos en la prueba binomial con $p < 0.05$ existiendo concordancia entre los jueces, y una confiabilidad (KR-20) de 0,73 indicando buena confiabilidad.

4.5 Procedimientos de recolección de datos

Documentos. Se realizó los trámites correspondientes a fin de solicitar la autorización para el trabajo de campo (aplicación de los instrumentos de recolección de datos) a la Dra. María Elena Aguilar del Águila, directora del Hospital Daniel Alcides Carrión, con Oficio N° 110-2017-UPG/FCS (ver anexo 9).

Al haber sido los dos instrumentos de carácter anónimo, no se necesitó del compromiso de confidencialidad por parte del investigador.

Posteriormente se inició la recolección de datos con los pacientes que participaron en el estudio. Los datos se recolectaron de forma transversal, es decir en un solo momento determinado.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos

Para el caso de la Variable: Factor de Riesgo Predominante.

Se procedió a elaborar la escala de valoración utilizando las frecuencias obtenidas para obtener sus respectivas categorías, es así que se obtiene el siguiente baremo de acuerdo a la valoración de los ítems (0= Nunca; 1= A veces; 2= Siempre).

Rango	Niveles
0 - 12	Bajo
13 - 24	Moderado
25 - 36	Alto

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Para el caso de la Variable : Enfermedades bucales

Siendo las observaciones posibles por cada ítem (0= No, 1=Si), se procedió a elaborar la escala de valoración utilizando las frecuencias obtenidas para obtener sus respectivas categorías, es así que se obtiene el siguiente baremo:

Rango	Nivel
0	No presenta
1	Presenta

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Para el caso de la valoración de las correlaciones obtenidas se ha tomado la Tabla de correlación de Rho Spearman, siguiente:

Valor rho-Spearman	Interpretación
1	Correlación positiva perfecta
0,8 - 0,99	Correlación positiva muy alta
0,6 - 0,79	Correlación positiva alta
0,4 - 0,59	Correlación positiva moderada
0,2 - 0,39	Correlación positiva baja
0,01 - 0,19	Correlación mínima
0	No existe correlación
-0,01 - -0,19	Correlación mínima inversa
-0,2 - -0,39	Correlación inversa baja
-0,4 - -0,59	Correlación inversa moderada
-0,6 - -0,79	Correlación inversa alta
-0,8 - -0,99	Correlación inversa muy alta
-1	Correlación inversa perfecta

Fuente: Coeficientes rho-Spearman.

4.6.1. Validez de los instrumentos

Sé aplicó el Método de evaluación por jueces, haciéndose una revisión detallada del contenido de los ítems. Se seleccionó un grupo de 3 jueces por su amplia experiencia en temas de investigación a quienes se les hizo llegar una ficha de valoración del cuestionario factores de Riesgo y la ficha de observación Enfermedades de Salud bucal, para su aprobación o desaprobación de estos. Para la determinación de la validez se utilizó la prueba binomial, que es un análisis estadístico que estudia la probabilidad de obtener x objetos en una categoría y n-x objetos en la otra.

(ver anexo 8):

Experto	Prueba Binomial P-valor	Observaciones
Dra. Nancy Chalco Castillo	<0,05	Concordancia
Dra. Haydee Román	<0,05	Concordancia
Dr. Raúl Morales Gutiérrez	<0,05	Concordancia

Fuente: Cuestionarios

4.6.2. Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad del instrumento aplicado se determinó seleccionando una muestra aleatoria de 20 individuos fuera de la muestra, el mismo fue sometido al cálculo del estadístico Alfa Cronbach (a partir de las varianzas entre los ítems) a cada uno de ellos, dado las características del instrumento (escala tipo Likert). Para la confiabilidad se aplicó el coeficiente de alfa Cronbach a través de la fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
- k es el número de preguntas o ítems.

Para el caso de la valoración del Coeficiente de Confiabilidad (alfa Cronbach) se tiene la siguiente tabla:

Valor Alfa	Consistencia
0 – 0,20	Muy baja
0,21 - 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Buena
0,81 – 1,00	Muy Buena

Confiabilidad de los instrumentos (Cuestionario)

Se determinó la confiabilidad mediante el Coeficiente de Confiabilidad (alfa Cronbach), luego de aplicar a un grupo piloto (20 sujetos).

Según el cálculo de confiabilidad de (alfa Cronbach) por ser un instrumento politómico, el resultado obtenido es de 0,86 el cual indica una **Muy buena** confiabilidad del instrumento aplicado.

Confiabilidad de los instrumentos (Ficha de Observación)

En ese sentido, la confiabilidad del instrumento aplicado se determinó seleccionando una muestra aleatoria de 20 sujetos fuera de la muestra, el

mismo fue sometido al cálculo del estadístico del Test de Kuder Richardson-20 por ser variables con respuestas de tipo dicotómicas (0=No y 1=Si) a través de la fórmula:

$$KR-20 = \left(\frac{K}{K-1} \right) * \left(1 - \frac{\sum p \cdot q}{Vt} \right)$$

Donde:

KR-20 = Coeficiente de Confiabilidad (Kuder Richardson)

k = Número de ítems que contiene el instrumento.

Vt: Varianza total de la prueba.

$\sum p \cdot q$ = Sumatoria de la varianza individual de los ítems.

p = TRC / N; Total respuesta correcta entre número de sujetos

q = 1 - p

Para el caso de la valoración del Coeficiente de Confiabilidad (Kuder Richardson) se tiene la siguiente tabla:

Valor KR-20	Consistencia
0 - 0,20	Muy baja
0,21 - 0,40	Baja
0,41 - 0,60	Moderada
0,61 - 0,80	Buena
0,81 - 1,00	Muy Buena

Aplicando la fórmula Coeficiente de Confiabilidad (Kuder Richardson), por ser un instrumento de opción dicotómica,

$$KR-20 = (20/19) * (1 - 2,17/6,33)$$

$$KR-20 = 0,73$$

Según el cálculo de confiabilidad de Kuder Richardson el resultado obtenido es de 0,73 el cual indica una **buena** confiabilidad del instrumento aplicado.

CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla 5.1

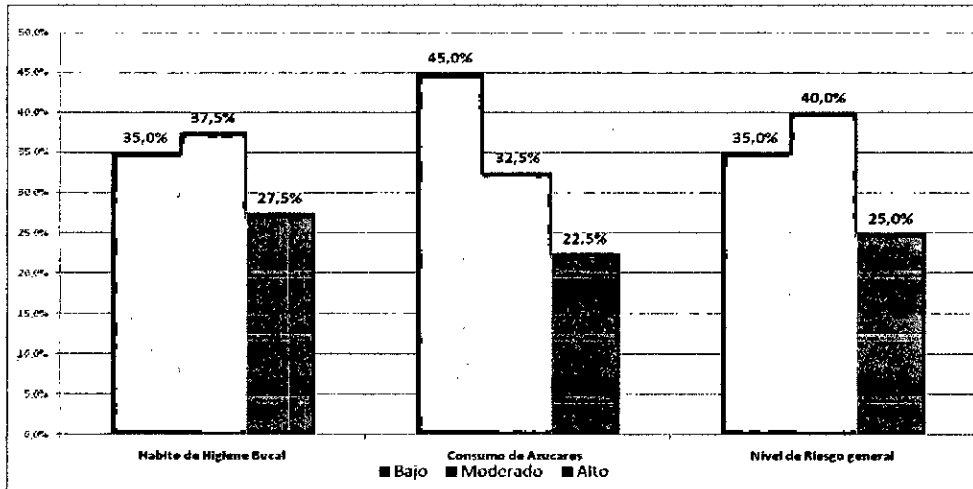
NIVEL DE LOS FACTORES DE RIESGO PREDOMINANTES EN GENERAL, EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016.

Dimensiones	NIVELES							
	Bajo		Moderado		Alto		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Habito de Higiene Bucal inadecuado	14	35,0%	15	37,5%	11	27,5%	40	100,00%
Consumo de Azucares	18	45,0%	13	32,5%	9	22,5%	40	100,00%
Nivel de Riesgo general	14	35,0%	16	40,0%	10	25,0%	40	100,00%

Fuente: Instrumento Aplicado a los pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, callao en el año 2016.

Gráfico 5.1

NIVEL DE LOS FACTORES DE RIESGO PREDOMINANTES EN GENERAL, EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016.



Fuente: Tabla 5.1

Según la Tabla 5.1 y Gráfica anterior se concluye que el nivel de riesgo general, del total de encuestados, es moderado con un 40%, esto se debe principalmente a que existen también conductas de riesgo en cuanto a los hábitos de higiene bucal inadecuado, 37,5% tiene conductas de riesgo moderado y 27,5% tiene conductas de riesgo alto.

En cuanto al factor de consumo de azúcar se logra apreciar que el nivel de riesgo es bajo con un 45%, existiendo niveles de riesgo moderado con 32,5% y riesgo alto (alto consumo de azúcares y enfermedades relacionados a ello) de solo 22,5%.

Para este caso de la primera variable podemos concluir que el factor predominante de riesgo es el inadecuado hábito de higiene bucal.

Tabla 5.2

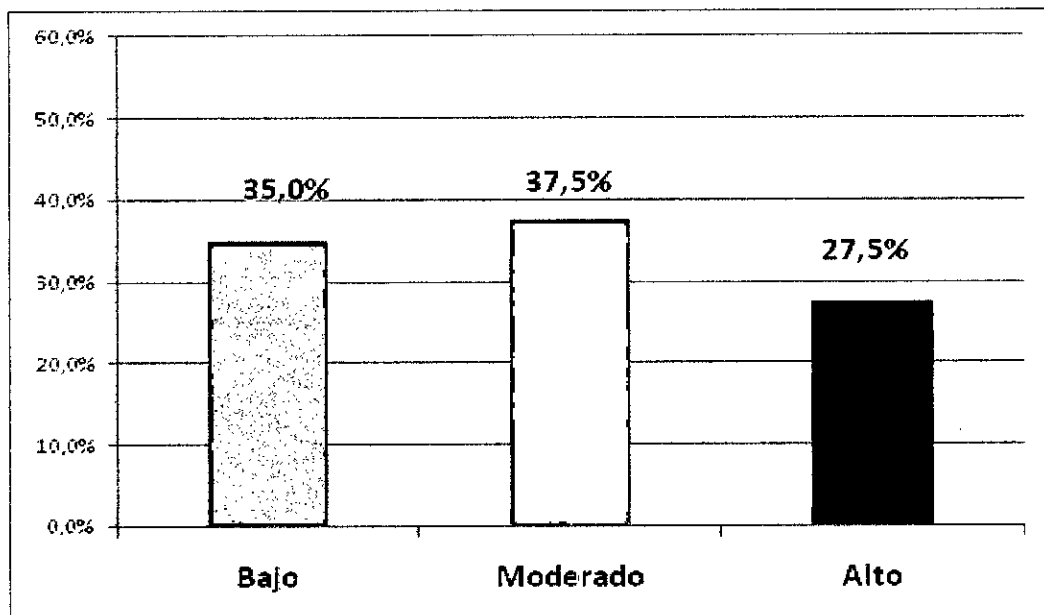
NIVEL DE RIESGO DEL HÁBITO DE HIGIENE BUCAL INADECUADO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	35,0
Moderado	15	37,5
Alto	11	27,5
Total	40	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado a los pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.

Gráfico 5.2

NIVEL DE RIESGO DEL HÁBITO DE HIGIENE BUCAL INADECUADO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016



Fuente: Tabla 5.2

Los resultados nos permiten concluir que el nivel de riesgo del hábito de higiene bucal inadecuado, en los pacientes encuestados, es moderado con un 37,5%, un 35% se ubicó en el nivel Bajo y un 27,5% tiene un nivel de riesgo alto.

Tabla 5.3

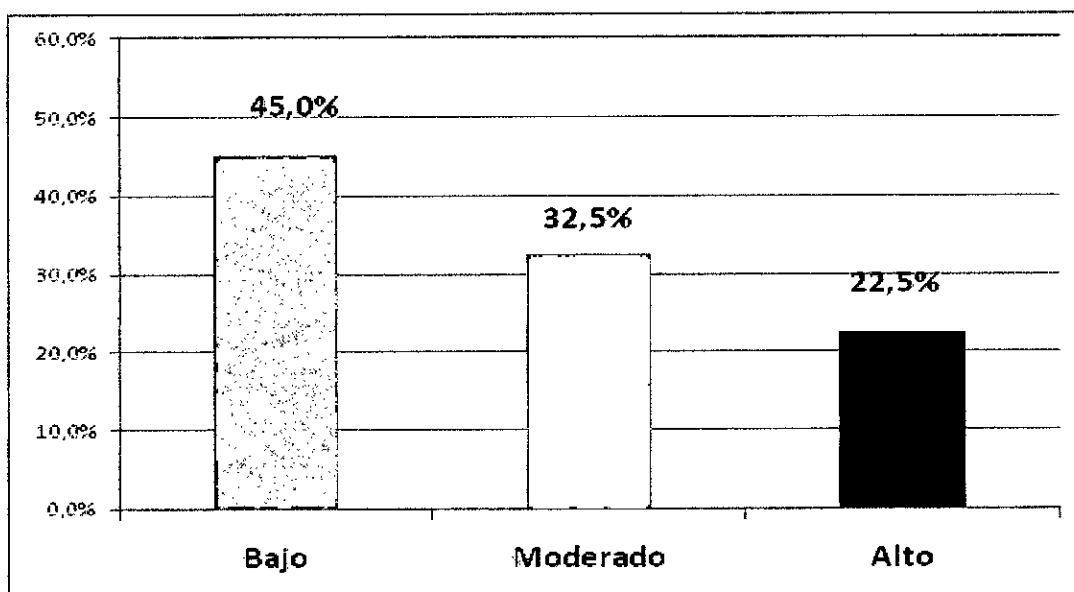
**NIVEL DE RIESGO DEL CONSUMO DE AZUCARES EN LOS
PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN,
CALLAO EN EL AÑO 2016**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	18	45,0
moderado	13	32,5
Alto	9	22,5
Total	40	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado a los pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.

Gráfico 5.3

**NIVEL DE RIESGO DEL CONSUMO DE AZUCARES EN LOS
PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN,
CALLAO EN EL AÑO 2016**



Fuente: Tabla 5.3

Al observar los resultados se concluye que el nivel de riesgo del consumo de azúcares, en los pacientes encuestados, es Bajo con un 45%. Un 32,5% se ubicó en el nivel moderado y un 22,5% en el nivel alto.

Tabla 5.4.

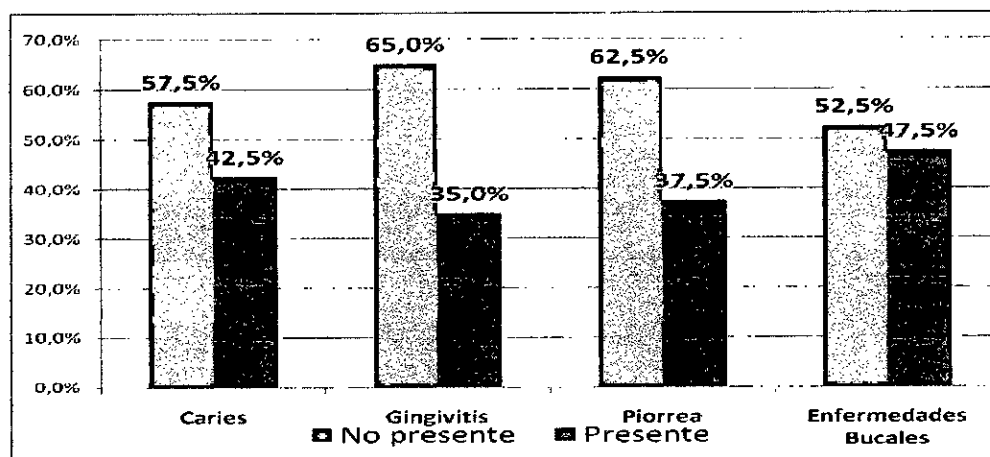
NIVEL DE PRESENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016

Dimensiones	No presenta		Presenta		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Caries	23	57,5%	17	42,5%	40	100,00%
Gingivitis	26	65,0%	14	35,0%	40	100,00%
Piorrea	25	62,5%	15	37,5%	40	100,00%
Enfermedades de Salud Bucal	21	52,5%	19	47,5%	40	100,00%

Fuente: Instrumento Aplicado a los pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, callao en el año 2016.

Gráfico 5.4

NIVEL DE PRESENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016



Fuente: Tabla 5.4

Para el caso de la Variable de enfermedades bucales, se logra observar que un 52,5% no presenta ningún tipo de enfermedad bucal, mientras que un 47,5% tiene algún tipo de enfermedad bucal, teniendo mayor presencia la enfermedad de la caries en todos sus tipos con un 42,5%, seguido de la piorrea con 37,5%, presentando también algún tipo de sangrado e inflamación de las encías (Gingivitis) con 35%, de los encuestados.

Tabla 5.5

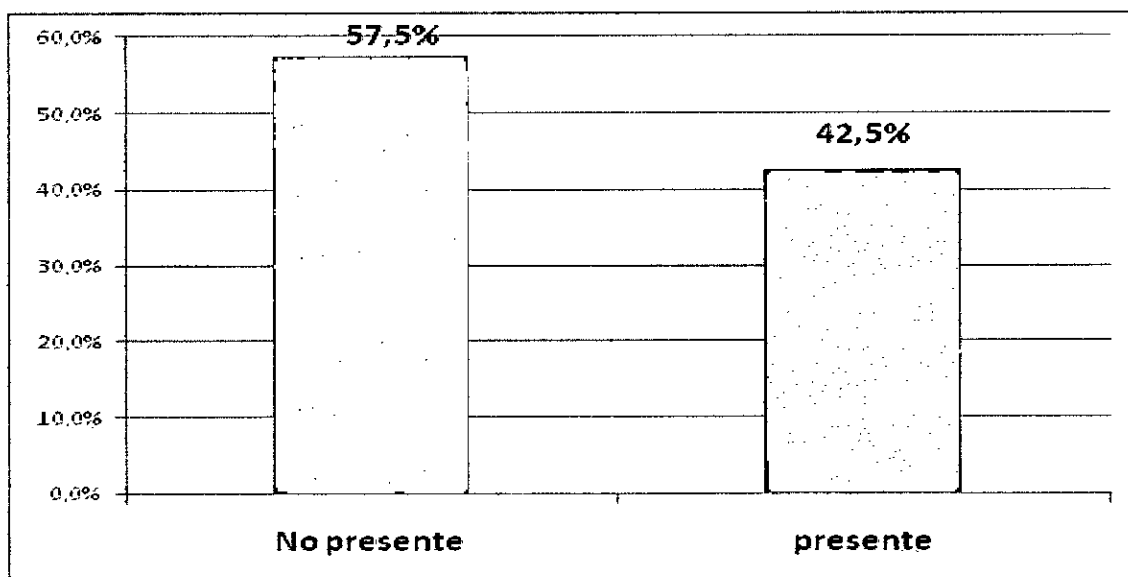
**NIVEL DE PRESENCIA DE ENFERMEDAD EN SALUD BUCAL:
CRIES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	23	57,5
Presenta	17	42,5
Total	40	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado a los pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.

Gráfico 5.5

**NIVEL DE PRESENCIA DE ENFERMEDAD EN SALUD BUCAL:
CRIES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016**



Fuente: Tabla 5.5

Para el caso de la enfermedad bucal: caries, se logra observar que un 57,5% no presenta la enfermedad, mientras que un 42,5% tiene algún tipo de caries bucal.

Tabla 5.6

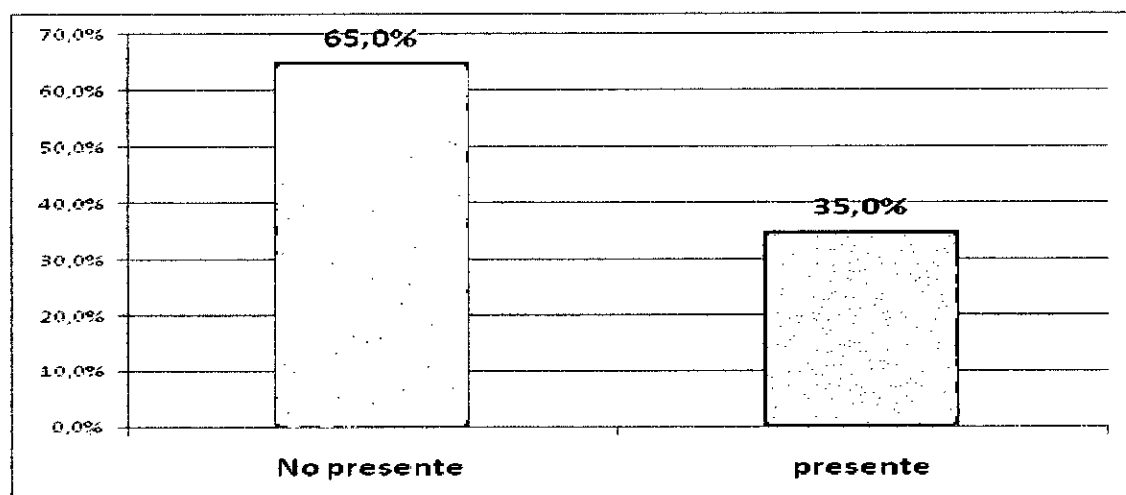
**NIVEL DE PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD BUCAL: GINGIVITIS EN
LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	26	65,0
Presenta	14	35,0
Total	40	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado a los pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, callao en el año 2016.

Gráfico 5.6

**NIVEL DE PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD BUCAL: GINGIVITIS EN
LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016**



Fuente: Tabla 5.6

Los resultados determinaron que un 65% no presenta esta enfermedad bucal: gingivitis, mientras que un 35% tiene algún tipo síntomas de la gingivitis bucal.

Tabla 5.7

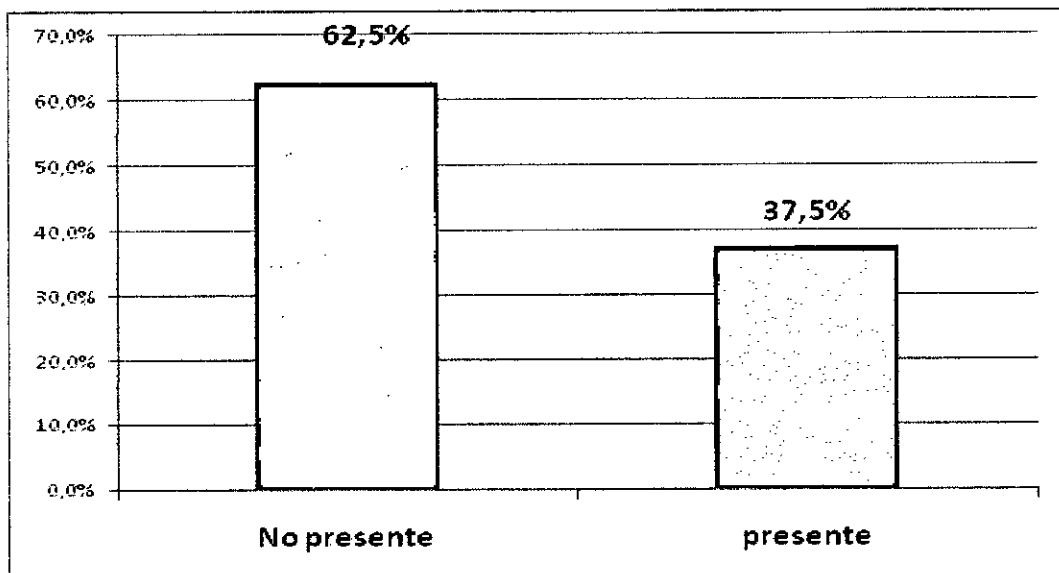
**NIVEL DE PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD BUCAL: PIORREA EN
LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	25	62,5
Presenta	15	37,5
Total	40	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado a los pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, callao en el año 2016.

Gráfico 5.7

**NIVEL DE PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD BUCAL: PIORREA EN
LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016**



Fuente: Tabla 5.7

Los resultados determinaron que un 62,5% no presenta esta enfermedad bucal: piorrea; se logra observar que un, mientras que un 37,5% tiene algún tipo síntomas de la piorrea bucal.

Tabla 5.8

CORRELACIONES ENTRE EL HÁBITO DE HIGIENE BUCAL INADECUADO Y LAS ENFERMEDADES DE SALUD BUCAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016

			Enfermedades de salud bucal			
			No Presenta	Presenta	Total	
Nivel de riesgo en el hábito de Higiene bucal inadecuado	Bajo	n	14	0	14	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	Moderado	n	7	9	16	
		%	43,8%	56,3%	100,0%	
	Alto	n	0	10	10	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	Total	n	21	19	40	
		%	52,5%	47,5%	100,0%	
	Chi-cuadrado de Pearson		gl = 2	Correlación de Spearman = 0,778		
	24,211(a)		p<0,000			

Fuente: SPSS V23.

El Hábito de higiene bucal inadecuada tiene una correlación directa con las enfermedades de salud bucal en pacientes, según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a 24,211 con un p valor = 0,000 < 0,05 el cual es significativo; es decir, se rechaza la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas son dependientes y que existe una relación entre ellas. Así también lo demuestra el valor del estadístico obtenido con el coeficiente Rho de Spearman = 0,778 representando una correlación positiva alta. Por lo tanto podemos concluir que El Hábito de higiene bucal inadecuada es el factor de riesgo predominante que tiene una correlación significativa con las enfermedades de salud bucal, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.

Tabla 5.9.

CORRELACIONES ENTRE EL CONSUMO DE AZUCARES Y LA ENFERMEDAD DE SALUD BUCAL: CARIES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO EN EL AÑO 2016

		caries
Consumo de azucares	Correlación de Pearson	,565(**)
	Sig. (bilateral)	,000
	N	40
Hábito de higiene bucal inadecuado	Correlación de Pearson	,660(**)
	Sig. (bilateral)	,000
	N	40

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: SPSS V23.

Según los resultados obtenidos, el factor de riesgo predominante que tiene una mayor correlación significativa en la enfermedad bucal caries es el Hábito de higiene bucal inadecuado con el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,660 representando una correlación positiva alta. Mientras que el consumo de azucares - a pesar que también tiene una correlación también significativa con la enfermedad bucal caries - esta solo tiene el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,565 teniendo una correlación positiva moderada. Por lo tanto podemos concluir que el consumo de azúcares no es el factor de riesgo predominante que tiene una correlación significativa alta con enfermedad bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.

Tabla 5.10

CORRELACION ENTRE EL HÁBITO DE HIGIENE BUCAL INADECUADO Y LA ENFERMEDAD DE SALUD BUCAL: GINGIVITIS

		gingivitis
Hábito de higiene bucal inadecuado	Correlación de Pearson	,536(**)
	Sig. (bilateral)	,000
	N	40
Consumo de azucares	Correlación de Pearson	,342(*)
	Sig. (bilateral)	,031
	N	40

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: SPSS V23.

Según los resultados obtenidos, el factor de riesgo predominante que tiene una correlación significativa la enfermedad bucal gingivitis es el Hábito de higiene bucal inadecuado con un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0,536 representando una correlación positiva moderada. Mientras el consumo de azucares, a pesar que también se relaciona con la enfermedad bucal gingivitis, esta sólo tiene el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,342 representando una correlación positiva baja. Por lo tanto podemos concluir que el hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación directa en la enfermedad bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016".

Tabla 5.11

CORRELACIONES ENTRE EL HÁBITO DE HIGIENE BUCAL INADECUADO Y LA ENFERMEDAD BUCAL PIORREA

		Piorrea
Hábito de higiene bucal inadecuado	Correlación de Pearson	,533(**)
	Sig. (bilateral)	,000
	N	40
Consumo de azucares	Correlación de Pearson	,382(**)
	Sig. (bilateral)	,002
	N	40

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). Fuente: SPSS V23.

Según los resultados obtenidos el factor de riesgo predominante que tiene una correlación significativa en la enfermedad bucal piorrea es el Hábito de higiene bucal inadecuada con un coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,533 representando una correlación positiva moderada. Mientras que el consumo de azucares, a pesar que también tiene una correlación significativa con la enfermedad bucal piorrea, esta sólo tiene el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,382 teniendo una correlación positiva baja. Por lo tanto, podemos concluir que el hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación directa con la enfermedad bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016”

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados

Contrastación de Hipótesis General:

“Si Toda la población Mundial pudiera realizar diariamente una excelente higiene bucodental, es decir, si lograra retirar el 100% de la placa bacteriana dental de sus dientes, se lograría reducir en un 99% la caries dental y las periodontopatías”⁽³⁴⁾.

En efecto la salud bucodental adquiere mayores retos frente a la creciente carga de enfermedades crónicas-degenerativas y los malos hábitos, especialmente en países con ingresos medios y bajos per cápita, siendo el Perú uno de ellos. Kuczynski, P ⁽²⁾ actual presidente del Perú señaló: “El Perú necesita dos cosas: mucho crecimiento económico porque es un país que todavía está en ingresos medios bajos, y si no hay crecimiento no hay recursos, pero, al mismo tiempo, necesitamos un cambio social”; precisamente el cambio social dentro de nuestro ámbito lo damos mediante la investigación realizada donde pretendemos modificar algunos paradigmas de comportamiento en lo que al hábito de higiene bucodental se refiere.

En lo que respecta a la Hipótesis General de nuestra investigación se ha evidenciado que “El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que se relaciona de forma directa con las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016”.

Los resultados estadísticos determinaron que el hábito de higiene bucal es el factor de riesgo predominante que tiene una correlación en las enfermedades de salud bucal, según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a 24,211 con un p valor = 0,000 < 0,05 y la correlación de Rho de Spearman = 0,778

representando una correlación positiva alta.

Comprobándose una relación directa que nos demuestra que mientras se tenga hábitos de higiene bucal inadecuado, como un deficiente cepillado, malos hábitos de higiene, algunos problemas con las encías etc., esto necesariamente va a repercutir fuertemente en la adquisición de enfermedades bucodentales como la caries, gingivitis o piorrea, en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016.

El haber abordado el tema de los factores de riesgo que afectan a la salud bucal está ligado al derecho a la calidad de vida y bienestar de paz con desarrollo para individuos, familias y comunidades, lo cual contribuye a una de las máximas que tiene la OMS⁽¹⁾ "Instaurar políticas de salud bucodental que permitan avanzar hacia un control eficaz de los riesgos conexos"

Respecto a la contratación de la Hipótesis Específica 1, Se conoce que el azúcar y el abuso de hidratos de carbono, favorece la actividad de las denominadas bacterias cariogénicas, facilitando la liberación de ácidos que desmineralizan el esmalte y la dentina y, por tanto la formación de caries a pesar de ello no conlleva necesariamente a la prevalencia de la caries del grupo estudiado, ya que nuestros hallazgos indican que el hábito de higiene bucal es que incide directamente con la aparición de caries en el grupo estudiado; es así que los resultados estadísticos determinaron que el consumo de azúcares no es el factor de riesgo predominante en la enfermedad de salud bucal: caries, debido a que el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,565 representando una correlación positiva moderada. Sin embargo, se puede observar que el Hábito inadecuado de higiene bucal rho de Spearman = 0,660 representando una correlación positiva alta. Por lo tanto "El consumo de azúcares no es el factor de riesgo predominante que

tiene una correlación de en la enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016”.

En lo referente a la Contrastación de Hipótesis Específica 2; La inflamación de las encías como respuesta de los tejidos gingivales frente a los irritantes locales como la placa bacteriana, los cálculos las obturaciones desbordantes, coronas con bordes mal adaptados se evidencia el margen gingival aparece agrandado y con un contorno irregular. Por culpa de una bacteria se produce una inflamación y sangrado de las encías, es debido generalmente a una deficiente higiene bucal como consecuencia al quedarse los alimentos entre los dientes, esto queda demostrado en nuestra investigación ya que según los resultados obtenidos, el factor de riesgo predominante que tiene una relación en la enfermedad bucal gingivitis es el Hábito de higiene bucal inadecuado con un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0,536 representando una correlación positiva moderada. Mientras el consumo de azúcares, a pesar que también se relaciona con la enfermedad bucal gingivitis, esta sólo tiene el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,342 representando una correlación positiva baja. Por lo tanto podemos concluir que el hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene una correlación en la enfermedad bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016”; los resultados descriptivos muestran que de un total de 40 encuestados, un 65% no presenta la enfermedad bucal gingivitis, mientras que un 35% si lo presenta, resultado preocupante tomando en cuenta que si no se da solución a esta enfermedad, ello deriva a complicaciones más severas como la periodontitis donde puede haber pérdida de diente, por lo cual es de suma importancia el de promover estilos de vida saludable

conjuntamente con hábitos de higiene oral, para la prevención de esta enfermedad.

Por último para la contrastación Hipótesis Específica 3; se sabe que la piorrea es un flujo o derrame de pus purulenta, que es expulsada a través de las encías, generalmente producida por una mala circulación de los vasos sanguíneos en las encías así como por una falta o una incorrecta higiene bucal, este último es corroborado por los hallazgos encontrados en nuestra investigación, la cual según los resultados obtenidos el factor de riesgo predominante que tiene una relación con la enfermedad bucal piorrea es el Hábito de higiene bucal inadecuada con un coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,533 representando una correlación positiva moderada. Mientras que el consumo de azúcares, a pesar que también tiene una correlación con la enfermedad bucal piorrea, esta sólo tiene el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,382 teniendo una correlación positiva baja. Por lo tanto, podemos concluir que el hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene una correlación en la enfermedad bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016"; los resultados nos muestran también que un 62,5% no presenta la enfermedad, mientras que 37,5% si los presenta, estos resultados son muy preocupantes ya que esta enfermedad también conocida como periodontitis conduce a la destrucción del hueso de sostén dental. Estos resultados son superiores en referencia con lo que publica la OMS⁽¹⁾ donde se afirma que las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años).

6.2. Contratación de resultados con otros estudios similares

Los resultados estadísticos del contraste de la Hipótesis General: "El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación con las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016", determinaron que el hábito de higiene bucal es el factor de riesgo predominante que tiene una correlación de en las enfermedades de salud bucal, según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a 24,211 con un p valor = $0,000 < 0,05$ y la correlación de Rho de Spearman = 0,778 representando una correlación positiva buena. estos hallazgos lo podemos corroborar con los estudios realizados por Maquera C. (2013, Perú.⁽¹³⁾), donde determinó la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en los estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las Instituciones Educativas públicas del Distrito de Ciudad Nueva Tacna, siendo su principal hallazgo el de confirmar que el nivel de conocimiento sobre salud bucal se asocia significativamente con los hábitos de higiene oral ($p=0,000$ y $OR=11,42$).

Tomando en cuenta que los niveles de riesgo en los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016, se encuentran entre moderado con un 40% y alto con 25%, se hace imprescindible tomar acciones necesarias de prevención en lo que a factores de riesgo se refiere esto para prevenir de forma simultanea tanto problemas bucodentales como otras enfermedades crónicas.

El conocimiento adecuado de los hábitos de salud bucodental es un problema mundial ya que existe poca información académica científica en lo que respecta a este tema además de políticas de estado que lleven a cabo esta misión. Corroborando lo afirmado

Adame, G. ⁽⁷⁾, en su estudio realizado comprobó que de una muestra de 258 alumnos sólo un 5,4% mostró un conocimiento alto sobre salud e higiene oral, teniendo como principales indicadores el conocimiento moderado 79.1% y el bajo con 15.5%, finalmente Iglesias y Col (2013, España).⁽⁶⁾, en su investigación realizada realza la importancia que se debe tener del nivel de conocimiento y hábitos en higiene bucodental en escolares de Valencia, se constata un descenso en el número de estudiantes que se cepillan los dientes sólo una vez, con diferencias estadísticamente significativas (14,2% frente a 6,3%), a la vez que aumentan los que se cepillan tres veces al día con un 55,1% frente a 59,2%, aumentan los sujetos que se cepillan tres veces diarias a la vez que decrece el consumo de dulces.

Para el caso de la Hipótesis específica 1, El consumo de azúcares es el factor de riesgo predominante que tiene relación en la enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016, se halló un coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,565 representando una correlación positiva moderada. Sin embargo, se puede observar que el Hábito inadecuado de higiene bucal rho de Spearman = 0,660, estos resultados los comparamos en similitud con los obtenidos en la investigación que hizo Cisneros et al ⁽⁸⁾, donde determino que existe una relación entre la situación de salud bucal y los hábitos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Odontología; significativa al 95% de confianza entre los hábitos alimentarios positivos y los índices epidemiológicos bucales de CPOD (p= 0.0017), IHOS (p=0.03), Benites, J. (2011).⁽⁹⁾, en su estudio "Prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de la escuela fiscal mixta "La Gran Muralla". Ciudad de Ambato para valorar el nivel de conocimiento que tienen los niños de la escuela con respecto a educación oral y cuál fue el motivo más frecuente de la presencia de caries dental, pudo determinar

que la prevalencia de caries está relacionado fundamentalmente a los hábitos de higiene bucal recomendando poner en práctica los auto-cuidados de salud bucal para prevenir las enfermedades bucodentales, cumpliendo con normas de higiene como el cepillado tres veces al día, acudir a citas periódicas con su odontólogo, e implementar programas de educación sobre salud oral hacia los padres de forma continua, otro estudio que confirma lo hallado es el realizado por Vallejos, R y Tineo, P. (2014) ⁽¹¹⁾, En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas de salud bucal entre las cuales se encuentra los conocimientos en cuanto al hábito de higiene oral donde obtuvo que del 100% de encuestados un 71% en un nivel bueno y un 29% en un nivel regular; sobre el conocimiento sobre enfermedades bucales.

Para la hipótesis específica 2 se halló que el hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016, con el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,536 representando una correlación positiva moderada, frente al consumo de azúcares que sólo presenta el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,342 teniendo una correlación positiva baja, estos resultados son corroborados por los hallazgos hechos por Rosales, M. (2014).⁽¹⁰⁾, donde señala que la presencia de la enfermedad bucal gingivitis está relacionado con los deficientes hábitos de higiene oral, en una población de 424 donde se encontró una prevalencia de 76.7% de gingivitis; así mismo el 4.9% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 42.1% presentaron un índice de higiene oral aceptable y el 53% presentaron un índice de higiene oral deficiente.

Finalmente para la hipótesis específica 3, se halló que el hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016, con el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,536, estos resultados lo podemos comparar al estudio realizado por OROZCO, T. (2011) xx donde realizó un estudio de salud bucodental en lo que respecta a enfermedades periodontales como la piorrea o periodontitis en estudiantes de la carrera de cirujano dentista, entre otros hallazgos resalta los beneficios de los métodos preventivos para las enfermedades periodontales donde 37% presenta chasquido en ATM; 1% movilidad reducida de mandíbula en el grupo 1; 70 alumnos presentaron movilidad reducida y 126 chasquido del grupo 2; en el grupo 1 0.2% presenta ligera fluorosis, mientras que el 2.3% del grupo 2. En el grupo 1 se observó dientes con hemorragia 16 y 31, el 31 presentó cálculo, el 16 presentó bolsa de 4-5 mm y 0.3% presentó bolsa periodontal de más de 6 mm. Y obtuvo las siguientes conclusiones que los alumnos del grupo 2 tuvieron mayor acceso a tratamientos preventivos que hoy se traducen en bienestar físico, estético y psicosocial.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

1. El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación directa con las enfermedades de salud bucales de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016, según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a 24,211 con un p valor = $0,000 < 0,05$ y correlación Rho de Spearman de 0,778 representando una correlación positiva alta.
2. El consumo de azúcares no es el factor de riesgo predominante que tiene relación con enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016, para este caso el factor de riesgo predominante es el hábito de higiene bucal inadecuado, con un coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,660 representando una correlación positiva buena, mientras el consumo de azucares a sólo tiene el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,565 representando una correlación moderada.
3. El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao en el año 2016, con el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,536 representando una correlación positiva moderada, frente al consumo de azucares que sólo presenta el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,342 teniendo una correlación positiva baja.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Según los resultados, existe una relación directa entre el hábito de higiene bucal inadecuado y las enfermedades de Salud bucal; por tanto se presentará un Plan de trabajo preventivo al Hospital a fin de que planifiquen Talleres de Salud Bucal en los profesionales de la Especialidad de odontología y se haga efecto multiplicador en otras especialidades.

2. Según los resultados el consumo de azúcar no es un factor predominante que tiene relación con las enfermedades de salud bucal. Se recomienda en el hogar una dieta nutritiva en menos azúcares y rica en calcio y fosforo.

3. El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación directa en las enfermedades de salud bucal: caries, gingivitis y piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2016. Se recomienda la correcta información a los pacientes en cuanto a las técnicas del cepillado y la aplicación del flúor para fortalecer y los dientes y tejidos blandos.

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud bucodental [Fecha de acceso: 13 de Diciembre del 2017]. URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
2. Torres N, Cesar. Situación de la Salud Bucal en el País. Informe de la Gerencia en odontología: Universidad Mayor de San Marcos; Lima-Perú.2016.
3. Caplan L, Gerald. Principios de Psiquiatría Preventiva. Barcelona: Editorial Paidós 1996.
4. Evaristo C, Teresa. Calidad de vida y su relación con el rendimiento académico según características sociodemográficas de estudiantes de Odontología [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de odontología; 2012.
5. Carta de Ottawa. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Ottawa - Canadá (21-11-1986).
6. Iglesias J, Fernández M, Barrón J, Bartolomé M. Evolución de los conocimientos y hábitos de higiene bucodental en escolares de educación primaria. Acta Odontol Venez 2013;27(4):362-364
7. Adame G, Judith. Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey, N. L., México [Tesis Maestría]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León;2012
8. Cisneros, M, Tijerina L, Cantú P. Salud Bucal Y Hábitos Alimentarios en Estudiantes Universitarios. Informe de la Revista y Salud Pública y Nutrición: RESPYN; Monterrey – México .2011.
9. Benites, J. Prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de edad de la escuela fiscal mixta “la gran muralla”. Ciudad de Ambato en el mes de mayo del 2011. [Tesis Bachiller]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2011.

10. Orozco, T. (2010) Estudio de salud bucodental en estudiantes de la carrera de cirujano dentista. [Tesis bachiller]México.
11. Rosales, M. Relación entre la prevalencia de gingivitis y la higiene oral en los estudiantes de 13 a 16 años de las instituciones educativas estatales del distrito de moche, 2013 [Tesis bachiller]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo;2014.
12. Vallejos, R y Tineo, P. Investigaciones prioritarias en salud bucal producidas en una universidad privada. Rev Estomatol Herediana. ene-mar;24(1):24-30; Lima; 2014.
13. Valdez V, Gian Carlo. Influencia de Las Estrategias Didácticas de Organización sobre Conocimientos de Salud Bucal en Madres Gestantes Del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé– Lima.[Tesis Maestría]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2014.
14. Maquera, C. elación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las instituciones educativas públicas del distrito de Ciudad Nueva-Tacna. [Tesis bachiller].Tacna – Perú: Universidad Alas Peruana;2013.
15. Evaristo C, Teresa. Calidad de vida y su relación con el rendimiento académico según características sociodemográficas de estudiantes de Odontología. [Tesis Maestría]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2012.
16. Nolasco G, Karla. Nivel de Conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal en Docentes de La I.E 88037 Antenor Sánchez, del Distrito de Chimbote, de La Provincia del Santa, Región Ancash- 2010. [Tesis Bachiller]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote;2010.
17. Hernández S, Roberto. Metodología de la Investigación.6ta ed. México. McGraw-Hill Editores; 2014.

18. Payares G, C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? Rev. Cubana Estomatol;34(2): 6-102 ; 1997
19. Licon Calpe, W. definiciones de Cultura, Lecturas de Cultura y comunicación 1; 2003
20. Díaz M, M. La salud oral ¿Cuestión de cultura". Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia [Fecha de acceso: 18 de Diciembre del 2017]. URL disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/21294/1/17631-61781-1-PB.pdf>.
21. Erickson PR. Estimation of the caries-related risk associated with formula. *Pediatr Dent* 1998;20(7):395-403.
22. Alenen P. Risk in Risk definitions. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27(6):394
23. Narey B, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990.
24. Botetano, R. Programa de Desarrollo Sostenible 2004-2005. Página 13. Colegio Odontológico de Lima. [Fecha de acceso: 19 de Diciembre del 2017]. URL disponible en:
Lima.http://www.cop.org.pe/pdf/LIBRO_Apuntes_Ejercicio_Odontologia_2013.pdf.
25. Herazo, B. Clínica del sano en odontología,. Ecoe Ediciones Bogotá; 2003.
26. Carranza, F. Periodontología Clínica. IX Edición. Editorial Mc Graw Hill Buenos Aires-Argentina; 2003.
27. Sanitas, Factores de riesgo en la aparición de caries dental. [Fecha de acceso: 21 de Diciembre del 2017]. URL disponible en:
<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/...de-salud/...dental/factores-riesgo-caries.html>.
28. Friedenthal. IV Estudio Nacional de Salud Bucal realizado por el Ministerio de Salud de Colombia. Publicado en la ABECE-Salud Bucal. Buenos Aires; 2015.

29. El Ministerio de Salud. Módulo de Promoción de la Salud Bucal – higiene oral; 2014.
30. Doctissimo. Diccionario Médico español. [Fecha de acceso: 29 de Diciembre del 2017]. URL disponible en:
<http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/factor-de-riesgo>.
31. Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de Términos médicos. Fecha de acceso: 29 de Diciembre del 2017]. URL disponible en: <http://www.dtme.ranm.es/index.aspx>.
32. Sánchez H y Reyes, C. Metodología y Diseño de la Investigación Científica. Editorial Universitaria. Lima; 2002.
33. Ander Egg, E, Técnicas de investigación social. Editorial Humanitas. Buenos Aires; 2010.
34. Gutiérrez, P. Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología. Editorial Académica. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá; 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DE RIESGO PREDOMINANTES EN LAS ENFERMEDADES DE SALUD BUCAL – 2016.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el factor de riesgo predominante que tiene relación con las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?</p> <p>PROBLEMA ESPECIFICO</p> <p>1. ¿Cuál es el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?</p> <p>2. ¿Cuál es el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?</p> <p>3. ¿Cuál es el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el factor de riesgo predominante que tiene relación con las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>1. Determinar el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.</p> <p>2. Determinar el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.</p> <p>3. Determinar el factor de riesgo predominante que tiene relación con la enfermedad de salud bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación en las enfermedades de salud bucal de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICAS</p> <p>1. El consumo de azúcares es el factor de riesgo predominante que tiene relación en la enfermedad de salud bucal: caries, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.</p> <p>2. El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación en la enfermedad de salud bucal: gingivitis, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.</p> <p>3. El hábito de higiene bucal inadecuado es el factor de riesgo predominante que tiene relación en la enfermedad de salud bucal: piorrea, de los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.</p>	<p>Variable Independiente: FACTORES DE RIESGO</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hábitos de higiene bucal Indicadores Consumo de azúcares Indicadores <p>Variable Dependiente: ENFERMEDADES DE SALUD BUCAL</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Caries Indicadores Gingivitis Indicadores Piorrea Indicadores 	<p>Enfoque : Investigación Cuantitativa</p> <p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Correlacional-causal</p> <p>Diseño: No experimental de carácter transversal</p>	<p>Población: Ambos sexos, mayores de 18 años</p> <p>Unidad de análisis: Ambos sexos, mayores de 18 años</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>

ANEXO 2

CUESTIONARIO 1

El presente cuestionario está referido a obtener información sobre los factores de riesgo en las enfermedades bucales. En tal sentido, usted debe marcar con un aspa (X) en la casilla que considere conveniente, con la mayor veracidad posible. La presente encuesta es anónima.

N°	ITEMS	INDICES DE EVALUACIÓN		
		SIEMPRE (0)	A VECES (1)	NUNCA (2)
HÁBITO DE HIGIENE BUCAL				
01	¿Usted tiene el hábito de cepillarse después de ingerir alimentos?			
02	¿Tiene el hábito de cambiar el cepillo cada 3 a 4 meses?			
03	¿Ha recibido instrucción de la forma correcta para el cepillado de dientes y la higiene bucal?			
04	¿En los últimos 3 meses, usted se ha realizado profilaxis?			
05	¿Se realiza chequeo y tratamiento de encías eventualmente?			
06	¿Ha notado que al cepillarse, le sangran de encías?			
07	¿Ha notado, hace algún tiempo, que tiene halitosis (mal olor en la boca)?			
08	¿Considera que tiene sensibilidad dentaria al ingerir alimentos calientes o helados?			
09	¿Considera que la falta algunas piezas dentarias dificultan la masticación?			
10	¿Ha recibido charlas sobre el cuidado e higiene bucal?			
CONSUMO DE AZUCARES				
11	¿Usted está diagnosticado(a) con diabetes?			
12	¿Considera que tiene obesidad?			

13	¿Considera que tiene ansiedad/estrés?			
14	¿Consume azúcares en exceso durante el día?			
15	¿Ha recibido información sobre los efectos dañinos de los azúcares en las enfermedades bucales?			
16	¿Consume gaseosa diariamente?			
17	¿Acostumbra consumir postres diariamente?			
18	¿Consume azúcar más de 10 cucharaditas de azúcar al día?			

¡GRACIAS POR SU RESPUESTA!

ANEXO 3

FICHA TÉCNICA DE OBSERVACIÓN

INDICADORES	CARIES				GINGIVITIS			PIORREA		
	Caries de corona	Caries interproximales	Caries radicular	Caries recurrentes o secundarias	Inflamación de encías	Sangrado de encías	Úlceras bucales	Sensibilidad dental a los cambios de temperatura	Presenta pus en las encías	Movilidad de piezas dentales
PACIENTES										
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
17										
18										
19										
...										
40										

PRESENTA = 1

NO PRESENTA = 0

ANEXO 4
RESULTADOS PRUEBA DE INDEPENDENCIA (Chi2)
Hipótesis General

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,211(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	33,422	2	,000
Asociación lineal por lineal	23,460	1	,000
N de casos válidos	40		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 4,75.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo de Pearson	,776	,050	7,574	,000(c)
Ordinal por Ordinal Correlación de Spearman	,778	,051	7,622	,000(c)
N de casos válidos	40			

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c Basada en la aproximación normal.

Especifica 1

Correlaciones

		azucares	habito	caries
azucares	Correlación de Pearson	1	,817(**)	,565(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	40	40	40
habito	Correlación de Pearson	,817(**)	1	,660(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	N	40	40	40
caries	Correlación de Pearson	,565(**)	,660(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	40	40	40

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Especifica 2

Correlaciones

		habito	azucares	gingivitis
habito	Correlación de Pearson	1	,817(**)	,536(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	40	40	40
azucares	Correlación de Pearson	,817(**)	1	,342(*)
	Sig. (bilateral)	,000		,031
	N	40	40	40
gingivitis	Correlación de Pearson	,536(**)	,342(*)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,031	
	N	40	40	40

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Especifica 3

Correlaciones

		habito	azucares	piorrea
habito	Correlación de Pearson	1	,817(**)	,533(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	40	40	40
azucares	Correlación de Pearson	,817(**)	1	,382(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,002
	N	40	40	40
piorrea	Correlación de Pearson	,533(**)	,382(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,002	
	N	40	40	40

** La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

ANEXO 5

BASE DE DATOS VARIABLE INDEPENDIENTE

N	ITE M1	ITE M2	ITE M3	ITE M4	ITE M5	ITE M6	ITE M7	ITE M8	ITE M9	ITE M10	ITE M11	ITE M12	ITE M13	ITE M14	ITE M15	ITE M16	ITE M17	ITE M18
1	1	2	0	1	0	0	1	1	1	2	2	2	1	0	0	1	1	0
2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2
3	0	2	2	2	2	2	1	0	1	2	0	2	1	2	2	1	0	2
4	2	0	2	0	2	0	0	2	2	1	0	2	1	0	0	0	2	1
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	2	2	2	2	1	2	1	0	2	2	2	2	1	2	2	1	0	1
7	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	2	1	1	0	2	2	2
8	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	1	0	2	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0
11	1	1	1	0	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	1	2
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13	1	1	0	2	2	0	0	1	2	0	1	1	2	0	0	0	1	2
14	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1	2	2	0	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2
21	1	2	1	0	0	1	0	0	0	2	2	1	0	1	1	0	0	1
22	2	1	2	2	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	0	2	0	1	2	2	1	1	1	2	1	0	0	2	2	1	2
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	0	1	0	0	2	2	1	1	2	0	1	2	0	0	2	1	1	2
27	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	1	2	2	1	2	2	1	2	0	0	1	2	2	1	2	1	2	2
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	2	0	0	2	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	1	2	2	2
31	2	2	1	0	1	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	2
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	0	0	2	2	1	2	2	2	2	1	1	0	0	0	2	2	2	0
36	2	0	1	0	0	2	2	1	2	2	1	0	1	2	2	2	1	1
37	2	2	2	2	2	1	1	2	0	2	2	0	1	2	1	1	2	1
38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	2	1	0	0	0	0	1	2	2	1	0	2	0	1	0	1	2	2
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

BASE DE DATOS VARIABLE DEPENDIENTE

N	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10
1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
2	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
7	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
8	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
13	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0
14	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1
36	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1
37	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1
38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1

ANEXO 6

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita):.....
Presente

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.**

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo hacer de su conocimiento que siendo alumno del programa de **MAESTRIA** con mención en **GERENCIA EN SALUD** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**, en la sede **PRINCIPAL**, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magister.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es:

“FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE EN LAS ENFERMEDADES DE SALUDBUCAL EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION – 2016”

Y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- 1. Anexo N° 1: Carta de presentación**
- 2. Anexo N° 2: Matriz de operacionalización**
- 3. Anexo N° 3 : Definiciones conceptuales de las variables**
- 4. Anexo N° 4: Certificado de validez de contenido de los instrumentos**

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Firma

Apellidos y nombre:

DNI.

ANEXO 7

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO

N DIMENSIONES / ITEMS °	INDICES DE EVALUACION					
	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³	
HÁBITO DE HIGIENE BUCAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO
01						
.....						
08						
09						
10						
CONSUMO DE AZUCARES	SI	NO	SI	NO	SI	NO
11						
12						
.....						
17						
18						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

..... de del 20.....

Apellidos y nombres del juez evaluador:

DNI:

Especialidad del evaluador:

1 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

2 Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

3 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota : Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

ANEXO 8

Validez de Contenido instrumento Factores De Riesgo

$$P(X = r) = \binom{n}{r} p^r q^{n-r}$$

Siendo:

$\binom{n}{r}$ = Combinaciones de n elementos tomados de r en r ($n \geq r$)

p = Proporción de casos esperados en una de las categorías.

q = 1-p proporción de casos esperados en la otra categoría.

Se eligió dicha prueba porque las respuestas de los jueces son dicotómicas en cuanto si aprueban o desaprueban el ítem analizado, y siendo un solo grupo de sujetos (Siegel 1980), el cálculo realizado nos da la probabilidad de ocurrencia de manera directa, de tal manera que si es menor a 0,05, se asume que hay concordancia entre los jueces y por ende el ítem posee validez de contenido.

INSTRUMENTO CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO

N DIMENSIONES / ITEMS °	Juez 1			Juez 2			Juez 3			p-valor
	Claridad ¹	Pertinencia ²	Relevancia ³	Claridad ¹	Pertinencia ²	Relevancia ³	Claridad ¹	Pertinencia ²	Relevancia ³	
HÁBITO DE HIGIENE BUCAL	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	
item 1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,017578
item 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,017578
item 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,017578
item 7	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0,070312
item 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0,017578
CONSUMO DE AZUCARES	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	
item 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,017578
item 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
item 16	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,017578
item 17	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,017578
item 18	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,017578

Establecimiento de hipótesis de la prueba binomial:

Se establecen la H_0 y la H_a ;

H_0 : No existe concordancia entre los jueces, $p > 0,05$.

H_a : Existe concordancia entre los jueces, $p < 0,05$.

De estos resultados podemos concluir que el p-valor de cada ítem $< 0,05$ por lo tanto existe concordancia entre los jueces y por ende ningún ítem debe ser cambiado.

Instrumento: Ficha de Observación Enfermedades De Salud Bucal.

N DIMENSIONES / OBS o	Juez 1			Juez 2			Juez 3			p-valor
	Claridad ¹	Pertinencia ²	Relevancia ³	Claridad ¹	Pertinencia ²	Relevancia ³	Claridad ¹	Pertinencia ²	Relevancia ³	
Caries	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	
Obs 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
Obs 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
Obs 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
Obs 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
Gingivitis	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	
Obs 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
Obs 6	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0,070312
Obs 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
Piorrea	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	0=No; 1=Si	
Obs 8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0,017578
Obs 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,001953
Obs 10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,0175781

Establecimiento de hipótesis de la prueba binomial:

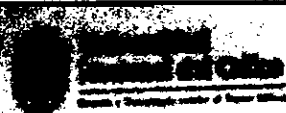
Se establecen la H_0 y la H_a ;

H_0 : No existe concordancia entre los jueces, $p > 0,05$.

H_a : Existe concordancia entre los jueces, $p < 0,05$.

De estos resultados podemos concluir que el p-valor de cada ítem $< 0,05$ por lo tanto existe concordancia entre los jueces y por ende ningún ítem debe ser cambiado.

ANEXO 9

 **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
UNIDAD DE POSGRADO

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Callao, Junio 20 del 2017

OFICIO N° 110-2017-UPG/FC5

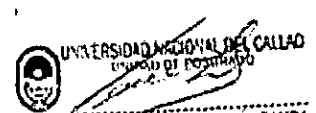
Señora Dra.
MARÍA ELENA AGUILAR DEL AGUILA
Directora del Hospital Daniel Alcides Camón
Presente

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de saludarla cordialmente y presentar a la Lic. GUTIERREZ ESCALANTE CECILIA alumna de la Maestría de Gerencia en Salud, quien solicita campo clínico para la toma de datos útiles para la investigación del tema de tesis titulado "FACTORES DE RIESGO PREDOMINANTES EN LAS ENFERMEDADES DE SALUD BUCAL-2016" por lo que quedaríamos muy agradecidos de las facilidades que se le pueda brindar a fin de que pueda culminar con el mencionado trabajo para optar el Grado Académico de Maestro en Gerencia en Salud.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirva prestar al presente, hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi consideración.

Muy atentamente


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
UNIDAD DE POSGRADO
DR. LICIO ARNULFO FERRER PENARANDA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE POSGRADO

CELESTINA

ANEXO 10

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

TABULACIÓN PRUEBA PILOTO 20 SUJETOS		
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS		
	N	Varianza
item1	20	0,61842105
item2	20	0,68157895
item3	20	0,66052632
item4	20	0,82894737
item5	20	0,66052632
item6	20	0,58947368
item7	20	0,55526316
item8	20	0,68157895
item9	20	0,64210526
item10	20	0,57894737
item11	20	0,61842105
item12	20	0,57631579
item13	20	0,57631579
item14	20	0,87105263
item15	20	0,66052632
item16	20	0,61842105
item17	20	0,76578947
item18	20	0,47105263
Suma Varianza		11,6552632
Varianza Total		64,2605263
alfa		0,86171036

FICHA DE OBSERVACIÓN

TABULACIÓN PRUEBA PILOTO 20 SUJETOS

ITEMS											
SUJETOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTALES
1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	4
2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	4
3	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	5
4	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	6
5	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	5
6	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	4
7	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	4
8	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	6
9	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	6
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	5
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	6
14	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	5
15	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	6
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	7
20	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TRC	6	4	11	12	7	7	10	5	6	6	
p	0,300	0,200	0,550	0,600	0,350	0,350	0,500	0,250	0,300	0,300	
q	0,700	0,800	0,450	0,400	0,650	0,650	0,500	0,750	0,700	0,700	
pxq	0,210	0,160	0,248	0,240	0,228	0,228	0,250	0,188	0,210	0,210	
$\sum (pxq)$	2,17										
VT	6,33										
KR-20	0,73										