



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional**

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

"Año del bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

**TITULO:**

**RELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD GINGIVAL CON EL NIVEL  
DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN EL COMEDOR  
"5 DE AGOSTO" DE PARCONA - 2018**

**AUTORES:**

- ARANGO HUASHUAYO JESSICA BRIYIHT
- LLANTO CASIO NELLY GRACIELA
- PÉREZ MENDIETA SOLEYLI LIZBHET

**ASESOR:**

DRA. ESP. CD. CARMEN LUISA CHAUCA DE QUISPE

**ICA – PERÚ**

**2021**

## **DEDICATORIA**

A DIOS

Por nuestra vida, salud y nuestra familia.

A NUESTROS PADRES

Por darnos la vida y por su apoyo incondicional en todo.

A NUESTROS HERMANOS

Por ser el motivo principal de superarnos día a día y lograr ser el ejemplo a seguir.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser nuestro guía en este largo caminar.

A nuestros padres, por ser el impulso diario y motivación en nuestras  
vidas

A la presidenta, los padres y los niños del comedor popular "5 de agosto"  
de Parcona por su colaboración y tiempo brindado.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

I. DATOS GENERALES.....	7
1.1. TÍTULO.....	7
1.2. INVESTIGADORES:.....	7
1.3. ASESOR.....	7
1.4. ÁREA O ESPECIALIDAD A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACIÓN .....	7
1.5. ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACION .....	7
1.6. INSTITUCIÓN QUE APOYA LA INVESTIGACIÓN .....	7
1.7. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD .....	8
1.8. UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
II. RESUMEN.....	9
III. INTRODUCCIÓN.....	11
IV. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION.....	12
4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
4.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	13
4.2.1. PROBLEMA GENERAL .....	13
4.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS .....	13
4.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION ....	13
4.4. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	14
4.5. OBJETIVOS .....	15
4.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
4.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15

V. MARCO TEÓRICO.....	16
5.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	16
5.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES .....	16
5.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	19
5.1.3. ANTECEDENTES LOCALES .....	21
5.2. BASES TEÓRICAS.....	21
5.2.1. EL CONOCIMIENTO.....	21
5.2.2. NIVELES DE CONOCIMIENTO .....	21
5.2.3. CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN EL PERU....	22
5.2.4. HIGIENE BUCAL.....	23
5.2.5. ELEMENTOS DE LA HIGIENE BUCAL.....	25
5.2.6. ENCÍA Y SALUD GINGIVAL .....	28
5.2.7. GINGIVITIS .....	30
5.2.8. ÍNDICE GINGIVAL DE LOE Y SILNESS .....	31
5.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	35
5.4. HIPÓTESIS GENERAL.....	36
VI. SISTEMA DE VARIABLES .....	37
6.1. VARIABLES.....	37
6.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	38
VII. METODOLOGÍA.....	39
7.1. NIVEL, TIPO, Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	39
7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	40
7.4. MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO.....	43
7.5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	43
7.5.1. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44

7.5.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS (pruebas estadísticas) .....	47
VIII. RESULTADOS .....	48
IX. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS .....	56
X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	61
XI. CONCLUSIONES .....	64
XII. RECOMENDACIONES .....	65
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	66
XIV. ANEXO .....	72

## **I. DATOS GENERALES**

### **1.1. TÍTULO:**

Relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor “5 de agosto” de Parcona – 2018.

### **1.2. INVESTIGADORES:**

- ARANGO HUASHUAYO, Jessica Briyht
- LLANTO CASIO, Nelly Graciela
- PÉREZ MENDIETA, Soleyli Lizbhet

### **1.3. ASESOR:**

DRA.ESP.CD. CARMEN LUISA CHAUCA DE QUISPE

### **1.4. ÁREA O ESPECIALIDAD A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACIÓN:**

Odontología

### **1.5. ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACION:**

La investigación se realizó en el comedor “5 de agosto” del departamento de Ica, distrito de Parcona, en el periodo 2018.

### **1.6. INSTITUCIÓN QUE APOYA LA INVESTIGACIÓN:**

Universidad Nacional San Luis Gonzaga – Facultad de Odontología.

### **1.7. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD:**

Epidemiología y Salud Pública en Odontología.

### **1.8. UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN:**

El presente trabajo de investigación es de vital importancia, debido a que su desarrollo buscó encontrar relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento en el comedor "5 de agosto" de Parcona, en el 2018; sobre la salud gingival y el conocimiento de higiene bucal, determinando datos reales sobre el tema, permitiendo plantear estrategias educativas y prácticas a fin de retroalimentar el hábito de la higiene oral, la buena alimentación y la valorización de la salud bucal, como parte integral del individuo.

## II. RESUMEN

Una buena salud bucal en una persona significa principalmente el buen estado de los dientes, la encía y los tejidos periodontales de soporte en esta persona. Además, una salud gingival, afecta positivamente la masticación, la alimentación, la deglución, el habla, la estética facial y la interacción social, acumulando así una mejor calidad de vida.

El objetivo principal de esta investigación fue determinar si existe relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor "5 de Agosto" del distrito de Parcona en el año 2018, Ica – Perú.

El tipo de investigación fue relacional, observacional, transversal y prospectivo. Con una muestra de tipo probabilístico, constituido por 46 beneficiarios del comedor popular "5 de Agosto" del Distrito de Parcona.

Se utilizó para la recolección de datos un cuestionario estructurado y una ficha epidemiológica con el Índice de Loe y Silness.

Los resultados fueron: Si existe una relación entre el estado de salud gingival y el nivel de conocimiento ( $p = 0.018$ ), siendo la presencia de gingivitis leve está directamente relacionada con un nivel de conocimiento alto en un 60.0%, la presencia de gingivitis moderada está relacionado directamente con el nivel de conocimiento regular en un 48.5% y la presencia de gingivitis severa está relacionada con el nivel de conocimiento regular en un 50.0%.

La facultad de odontología en coordinación con MINSA y el apoyo de la municipalidad de Parcona deben llevar a cabo un programa educativo - preventivo social, orientando a mejorar su condición gingival en todos los comedores del distrito, mejorando su salud oral.

**Palabras claves: nivel de conocimiento, salud gingival, higiene bucal.**

## SUMARY

Good oral health in a person means mainly the good condition of the teeth, gum and periodontal support tissues in this person. In addition, gingival health positively affects chewing, feeding, swallowing, speech, facial aesthetics and social interaction, thus accumulating a better quality of life.

The main objective of this research was to determine whether there is a relationship between the state of gingival health and the level of knowledge about oral hygiene in the dining room " August 5 " of the Parcona district in 2018, Ica - Peru.

The type of research was relational, observational, transversal and prospective. With a sample of probabilistic type, consisting of 46 beneficiaries of the popular dining room "August 5" of the Parcona District.

A structured questionnaire and an epidemiological record with the Loe and Silness Index were used for data collection.

The results were: If there is a relationship between the state of gingival health and the level of knowledge ( $p = 0.018$ ), the presence of mild gingivitis is directly related to a high level of knowledge in 60.0%, the presence of moderate gingivitis It is directly related to the level of regular knowledge in 48.5% and the presence of severe gingivitis is related to the level of regular knowledge in 50.0%.

The faculty of dentistry in coordination with MINSA and the support of the municipality of Parcona must carry out an educational - social preventive program, oriented to improve their gingival condition in all the dining rooms of the district, improving their oral

**Keywords: level of knowledge, gingival health, oral hygiene.**

### III. INTRODUCCIÓN

La salud oral se considera un indicador muy importante que puede emplearse para indicar el estado general de salud de las personas. También se suma positivamente a la salud física, mental y social de la persona. Una buena salud bucal durante la infancia contribuye a una mejor salud bucal como adulto más adelante.

Debido a ello la presente investigación buscó como objetivo principal determinar la relación entre el estado de salud gingival y el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en una determinada población perteneciente al comedor "5 de agosto" de Parcona en el año 2018. Lo cual ayudará en la promoción de estrategias de prevención para optar por una vida más saludable.

Se optó por seleccionar una muestra de tipo probabilística, siendo los participantes, 117 integrantes del comedor popular "5 de agosto" del distrito de Parcona - Región Ica, durante el período del 2018. Además, se utilizó una metodología de tipo descriptiva de enfoque cualitativo con un diseño no experimental de tipo relacional, centrándonos en el recojo de datos en un solo tiempo, es decir, de corte transversal.

Nuestro enfoque teórico destaca datos de definición de conocimiento, nivel de conocimiento, higiene bucal, elementos de higiene bucal, problemas gingivales, índice de gingival de Loe y Silness.

Finalmente, los datos obtenidos revelan una relación significativa sobre el estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal. Se recomienda que el presente trabajo de investigación sirva para concientizar a otros investigadores a realizar investigaciones en otros sectores de Ica y del Perú para tener un conocimiento más amplio respecto a salud oral e higiene bucal; ya que ello contribuirá en el pilar de la Prevención de Salud Bucal.

## IV. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

### 4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, hay un énfasis creciente en la salud oral, ya que es la parte fundamental e integral de la salud general y el bienestar de un individuo. La carga de las enfermedades orales está creciendo en varios países en desarrollo, principalmente debido a la rápida transición en la dieta, la nutrición y los estilos de vida.

La mala higiene oral contribuye al desarrollo de la placa dental que tiene un impacto sustancial en la salud oral, ya que es el precursor de la caries dental y la enfermedad periodontal, lo que a su vez resulta en la pérdida de dientes si no se maneja adecuadamente. Según la Encuesta Nacional de Salud Oral realizada entre niños de 12 años en 2014, se informó que la prevalencia de caries dental era del 53.8% y la gingivitis era del 55.4%, respectivamente<sup>1</sup>.

Aun cuando los diferentes programas de salud se manifiestan para poder mejorar la salud bucal, la promoción y prevención no han tenido un adecuado desarrollo y sólo en las últimas décadas se hace énfasis en ello<sup>2,3</sup>; hasta entonces se practicaba la estomatología curativa, por lo que dichas acciones constituyen, en la actualidad, un reto y un compromiso para la estomatología es asumir por sus especialistas el cuidado integral<sup>4</sup>.

La falta de conciencia es una de las principales causas de la creciente carga de enfermedades orales. Crear conciencia a una edad muy temprana tiene un impacto en sus comportamientos relacionados con la salud más adelante en la vida<sup>5</sup>. La prevención primaria se considera una herramienta importante para mejorar la salud bucal de los niños, y la educación en salud dental se ha convertido en uno de los enfoques fundamentales en la prevención primaria<sup>6</sup>.

Así pues, uno de los instrumentos de la promoción de salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, y su objetivo es formar a personas en conocimientos, actitudes y comportamientos que contribuyan a adquirir estilos de vida saludables y para conseguir modificaciones verdaderamente significativas en torno a la salud de la población, es necesario pasar por un proceso de motivación y participación, de lo contrario, será imposible consolidar comportamientos o actuar sobre las condiciones de vida que nos ayudarán a disminuir factores de riesgo y generar salud.<sup>7</sup>

## **4.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **4.2.1. PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es la relación entre el estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor “5 de agosto” de Parcona en el año 2018?

### **4.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

**4.2.2.1.** ¿Cuál es la relación del estado de salud gingival según edad y género?

**4.2.2.2.** ¿Cuál es la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal?

**4.2.2.3.** ¿Cuál es la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento de las técnicas de higiene oral?

**4.2.2.4.** ¿Cuál es la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre enfermedades gingivales?

## **4.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION**

El desconocimiento por parte de la población acerca de la salud, y en especial de la salud bucal, es uno de las principales dificultades que afronta nuestro país en la actualidad, sobre todo a poblaciones vulnerables de bajos recursos económicos.

Por lo tanto la realización de este trabajo de investigación es debido a que no existen estadísticas confiables de poblaciones correspondientes como la perteneciente al comedor “5 de Agosto” del Distrito de Parcona, ello nos permitirá tener parámetros para evaluar el estado de salud gingival en relación a los niveles de conocimientos sobre la higiene bucal<sup>8</sup>, además nos dio a conocer la situación problemática, con miras a aportar elementos que enriquezcan las políticas de educación sobre salud bucal.

El presente estudio tiene relevancia cognitiva, porque los resultados evidenciaron los conocimientos y hábitos de higiene de la población.

Tiene relevancia académica, porque condujo a resultados que pueden ser compartidos con las autoridades del lugar y poder realizar junto con ellas algunas campañas de salud oral<sup>9</sup>. Así, como promover la incorporación de temas básicos sobre la higiene oral con la intención de concientizar, orientar, educar y reforzar a los padres beneficiarios del comedor sobre las ventajas o beneficios de una buena higiene oral ya que serán ellos quienes ayuden a socializar la información con sus familiares y amigos, con el único fin de evitar posibles complicaciones a causa de la mala higiene oral<sup>10</sup>.

Por consiguiente, este trabajo de investigación, servirá de guía y pauta para continuar con la ejecución de otros estudios similares, que lleven al mejoramiento continuo de la salud oral de poblaciones vulnerables.

#### **4.4. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio estuvo limitado por:

- No participación de algunos beneficiarios del comedor “5 de agosto” de Parcona.
- Tiempo limitado en el recojo de la información en los beneficiarios.

## **4.5. OBJETIVOS**

### **4.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre el estado de salud gingival y el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor "5 de agosto" de Parcona en el año 2018.

### **4.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**4.5.2.1.** Determinar la relación del estado de salud gingival según edad y género.

**4.5.2.2.** Determinar la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal.

**4.5.2.3.** Determinar la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento de las técnicas de higiene oral.

**4.5.2.4.** Determinar la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre enfermedades gingivales.

## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

#### 5.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

✓ **“Lalani A y cols. (India, 2015)** Realizó un trabajo de investigación, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el comportamiento de la salud bucal, la higiene bucal y el estado gingival de los estudiantes de odontología de tercer y último año de una Facultad de Odontología en la ciudad de Indore, India. Siendo un total de 137 estudiantes de odontología participaron en el estudio. Los resultados mostraron que aproximadamente el 66.6% de los estudiantes se revisaron los dientes en el espejo después de cepillarse. Solo el 20.1% de los estudiantes informaron sangrado de las encías. La puntuación media del comportamiento de salud oral (HU-DBI) fue de  $6.47 \pm 2.0$ . Se observó una correlación negativa de las puntuaciones HU-DBI con la placa ( $r = -0.501$ ) y las puntuaciones gingivales ( $r = -0.580$ ). Concluyeron que existe una relación significativa entre el comportamiento de la salud bucal, la higiene bucal y el estado gingival de los estudiantes de odontología. Los estudiantes de odontología con un mejor comportamiento de salud bucal autoinformado tuvieron puntuaciones más bajas en placa y gingivales, lo que indica una mejor actitud hacia la salud bucal<sup>11</sup>”.

✓ **“Pausa Carmenate, M., & Suárez Hernández, M. (Cuba, 2015)** Realizó un trabajo de investigación sobre el Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. Realizando un estudio observacional de corte transversal. Obtuvieron como

resultados: que el 79.31% obtuvieron un nivel de actitud y comportamiento regular; el 91.4% afirman que visitan al dentista, el 85.3% reportan haber tenido una experiencia buena, el 88,8 % reporta la importancia del cepillado y un 73,3 % utilizan otros medios auxiliares para la higiene bucal. Concluyeron que los escolares presentaron niveles regulares de actitud y comportamiento sobre Salud Bucal. Además, no existió una relación significativa entre las variables<sup>12</sup>.

- ✓ **“Gomez AP. (Brazil, 2015)** Realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el nivel educativo y el conocimiento del paciente sobre el tratamiento dental de la caries / enfermedad periodontal y la higiene bucal a través de un cuestionario específico. Los resultados mostraron que el 59% de los pacientes eran mujeres en el rango de edad de 31 a 40 años. Los pacientes con un nivel educativo más alto tenían más información previa sobre caries, enfermedades periodontales y medidas preventivas de salud bucal. El dentista fue señalado como la persona responsable de la instrucción de higiene bucal para el 73.83% de los pacientes. Se dijo que la falta de higiene oral era el principal factor que explicaba tanto la caries como la etiología de la enfermedad periodontal (79.85% y 62.93%, respectivamente). El dolor fue el factor motivador para ver a un dentista (44.50) mientras que el 55.50% de los pacientes fueron motivados por una atención preventiva (cita de rutina). Solo el 49.50% de los pacientes y el 34.90% de los pacientes no usaron hilo dental al decir que provoca sangrado gingival. Concluyeron que existe la necesidad de una instrucción continua sobre medidas preventivas de caries y enfermedad periodontal,

con énfasis en el papel de la dieta y el uso del hilo dental en los programas educativos dentales<sup>13</sup>”.

- ✓ **“Shizuma, y cols. (2017, Japón)** Realizó un estudio cuyo objetivo fue aplicar un formulario de evaluación autoadministrado sobre el nivel de la placa dental y la condición gingival a los adolescentes japoneses y examinar en qué medida pueden evaluar su propia placa dental y encías comparando con la evaluación clínica de los dentistas. Los participantes fueron 151 estudiantes de secundaria (adolescentes). Los resultados mostraron que la proporción de acuerdo sobre la placa dental entre la autoevaluación de los adolescentes y la evaluación de los dentistas con DI modificada fue del 37,4%, y el acuerdo sobre la puntuación de DI modificada 1, 2 o 3 fue significativamente menor que en la puntuación 0 ( $P < .01$ ). La concordancia en las encías fue del 47,3% en total, y la concordancia fue significativamente menor en la condición gingival con inflamación que en las encías sin inflamación ( $p < 0,01$ ). Los puntajes de reconocimiento de la placa dental o la condición gingival fueron significativamente más bajos en adolescentes con DI o índice P modificado justo o deficiente que en aquellos con buena condición ( $P < .01$ ). Concluyeron que la mayoría de los adolescentes no pudieron reconocer su placa dental y su condición gingival. Los adolescentes con peor nivel de placa dental o condición gingival tuvieron puntajes de reconocimiento más bajos en comparación con aquellos con mejor salud bucal<sup>14</sup>”.

### 5.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- ✓ **“Rodríguez C, (La libertad, 2015).** Cuyo trabajo de investigación fue NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN ESCOLARES DE SEGUNDO AÑO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO ADVENTISTA “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA – REGIÓN LA LIBERTAD, AÑO 2015. Fue un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. La muestra fue de 30 escolares de segundo año de secundaria. Obteniendo como resultado un conocimiento sobre salud bucal fue de 10% en el nivel bajo, un 16.7% en el nivel regular y un 73.3% en el nivel alto. En cuanto a medidas preventivas según el sexo, se observó que ambos sexos se encuentran en un nivel alto de 78% femenino y 73% masculino. Sobre enfermedades bucales según el sexo, se observó que ambos sexos se encuentran en un nivel alto con un porcentaje de 57% femenino y 55% masculino. Concluyó que el nivel de conocimiento de salud bucal, sobre medidas preventivas y enfermedades bucales se encuentra en un nivel alto<sup>15</sup>”.
  
- ✓ **“Calle V, (Ancash, 2015).** En su investigación titulado NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DEL 2° DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ N° 88388 DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015. De tipo observacional, descriptiva y transversal. Con una muestra de 20 estudiantes donde de manera voluntaria participaron. Utilizando una encuesta para la recolección de datos estructurada en dicha Institución. Obteniendo como resultados un conocimiento en Salud Bucal según la edad,

con un 70% que mostró un nivel regular (13 años), En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas según la edad, el 60% tuvo un nivel regular (13 años), el conocimiento de enfermedades bucales según edad, fue del 50% con un nivel regular (13 años) y en desarrollo dental según edad el 75% tuvo un nivel malo (13 años)<sup>16</sup>".

- ✓ **“Humareda C. Rosaly (Ayacucho, 2014).** Realizó una investigación titulada ESTADO GINGIVAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS EN LA POBLACIÓN URBANA DE CUATRO PROVINCIAS DE LA REGIÓN DE AYACUCHO - PERÚ 2014. Cuyo estudio fue no experimental, cuantitativo, observacional, descriptivo, y transversal. Trabajando con una muestra de 255 individuos. Obtuvieron como resultados un 66.83% de la población con inflamación leve, un 30,29%p con enfermedad gingival moderada y sólo 2.88% con enfermedad gingival severa. Con respecto al género de la población y su estado gingival, evaluado con el Índice de Løe y Sillness, observamos que, ambos sexos tienen una enfermedad gingival leve siendo el género femenino con 65% y el género de masculino con 70,4%<sup>17</sup>".
  
- ✓ **“Huayllas Paredes B. (Lima, 2018).** En su estudio sobre el Nivel de conocimiento de prevención en salud bucal y el estado gingival en pacientes atendidos en la clínica del adulto en la facultad de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Siendo su estudio de tipo descriptivo y aplicativo. Sus resultados mostraron que si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal y el Estado Gingival<sup>18</sup>".

- ✓ “Poma Barrueta R. (Lima, 2017). Cuyo trabajo de investigación sobre la Relación entre el nivel de conocimiento de prevención en salud bucal y la presencia de enfermedad gingival en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del HNDM (Hospital Nacional Dos de Mayo) 2016; ubicado en el Cercado de Lima, sus resultados mostraron mediante dos pruebas estadísticas, Thau b de Kendall de 0.251 y Rho de Spearman de -0.256, una significancia muy alta en ambos. Por lo tanto, concluyeron que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la presencia de enfermedad gingival en las gestantes<sup>19</sup>”.

### **5.1.3. ANTECEDENTES LOCALES**

No se han encontrado antecedentes en la Biblioteca de Universidades locales de la Ciudad de Ica ni en el repositorio Institucional de la UNSLG.

## **5.2. BASES TEÓRICAS**

### **5.2.1. EL CONOCIMIENTO**

Es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por sí solos, poseen menor valor cualitativo.<sup>21</sup>

### **5.2.2. NIVELES DE CONOCIMIENTO**

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad<sup>22</sup>.

El primer nivel de conocimiento tiene su punto de partida en la búsqueda (o aprendizaje inicial) de información acerca de un

objeto de estudio o investigación. A este nivel se ha denominado instrumental, porque emplea instrumentos racionales para acceder a la información; las reglas para usar los instrumentos conforman el nivel técnico; el uso crítico del método para leer la realidad representa el nivel metodológico<sup>19</sup>; el cuerpo conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye el objeto de estudio representa el nivel teórico; las maneras en que se realiza este proceso dan por resultado el nivel epistemológico; las categorías con que nos acercamos a la realidad nos ubican en el nivel gnoseológico; y, finalmente, la concepción del mundo y del hombre que se sustenta constituye el nivel filosófico del conocimiento<sup>23</sup>.

Estos niveles de conocimiento sintetizan los grados de abstracción que alcanza el hombre cuando se constituye en sujeto cognoscente. También tienen su origen en la actividad del hombre sobre su entorno, pero cada uno de ellos representa avances cualitativos explícitos cuando se trata de aprehender y comprender la realidad de manera científica y, por tanto, cuando se plantea de manera discursiva, rigurosa y sistemática<sup>24</sup>.

### **5.2.3. CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN EL PERU**

En Perú, se han descrito varias desigualdades en salud por regiones naturales o administrativas, entornos de residencia rural y urbana, grupos de edad, quintiles de ingresos, entre otros<sup>25</sup>. Estas desigualdades están relacionadas con el sistema de salud fragmentado y la baja inversión que se ha realizado. La salud oral es uno de los aspectos más descuidados del sistema de salud peruano, con una utilización mínima de los servicios dentales a pesar de la alta prevalencia de patologías orodentales<sup>26</sup>.

La Encuesta Demográfica sobre salud bucal en el Perú mostró una perspectiva bastante desalentadora con respecto a la utilización de los servicios de salud oral, donde solo el 22% de las personas mayores asistieron a algún servicio de salud dental<sup>27</sup>.

El conocimiento de la salud oral se considera un prerrequisito esencial para el comportamiento relacionado con la salud, aunque solo parece existir una asociación débil entre el conocimiento y el comportamiento en los estudios transversales, sin embargo, los estudios han demostrado que existe una asociación entre el conocimiento y una mejor salud oral<sup>28</sup>. Aunque de vez en cuando se han llevado a cabo muchos estudios para evaluar el conocimiento y el comportamiento de las personas sobre la salud bucal, todavía hay una escasez de educación sobre los mismos, especialmente para la población rural, que representa más del 70% de la población<sup>29,30,31</sup>.

#### **5.2.4. HIGIENE BUCAL**

La higiene bucal es la práctica de mantener la cavidad bucal limpia y saludable mediante las prácticas diarias de higiene bucal, principalmente como el cepillado de dientes, los productos de limpieza interdientales, el uso de enjuagues bucales, el abandono del consumo de tabaco y las visitas regulares al dentista. La adhesión de cada individuo al régimen de higiene oral recomendado es un factor fundamental en la prevención y terapia de enfermedades periodontales asociadas con la pérdida de dientes<sup>32,33,34</sup>.

Mantener una buena salud bucal es esencial para mantener una buena salud general. El objetivo de una higiene bucal adecuada es eliminar o prevenir la formación y acumulación de placa y sarro, prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, y disminuir la incidencia de halitosis<sup>35,36</sup>. Los resultados de las

encuestas de pacientes demuestran que muchos desconocen la importancia de practicar una buena higiene bucal y su conexión con la salud en general. Por ejemplo, los resultados de una encuesta realizada en mayo de 2014 por la American Dental Association<sup>37</sup> con respecto a la salud bucal descubrieron que muchas personas no están seguras de la información básica sobre el cuidado dental adecuado, el tiempo de reemplazo recomendado para los cepillos de dientes y las causas de la caries dental. Además, los nuevos hallazgos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades muestran que aproximadamente el 50% de las personas de 30 años o más tienen algún grado de enfermedad periodontal <sup>38</sup>

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece en sus políticas preventivas mantener una higiene oral realizando las siguientes recomendaciones<sup>38</sup>:

- Visitar a su dentista al menos tres veces al año. Sin embargo, el cuidado dental en el hogar es una parte integral del mantenimiento de una buena salud bucal.
- Cepillarse con pasta dental con fluoruro al menos dos veces al día para eliminar la placa y los restos de comida y bebida de los dientes y las encías.
- Usar hilo dental una vez al día es una práctica esencial para evitar la enfermedad de las encías y prevenir la caries dental
- El uso de un enjuague bucal también puede ayudar a promover una buena higiene bucal, ya que reducirá el malestar bucal, proporcionará humedad a los tejidos orales y ayudará con el mal aliento. Los enjuagues orales terapéuticos adicionales pueden ser antiplaca, anti-caries, anti-tarter y antibacterianos y deben ser prescritos por el especialista o dentista para prevenir problemas de salud bucal<sup>39,40,41,42</sup>.

## **5.2.5. ELEMENTOS DE LA HIGIENE BUCAL**

### **5.2.5.1. CEPILLO DENTAL**

La limpieza mecánica de dientes e implantes se puede lograr con el uso de un cepillo de dientes manual o eléctrico. El cabezal del cepillo debe trabajarse sobre las superficies de los dientes con una ligera presión. Se recomiendan cepillos de dientes con cerdas suaves porque causan menos trauma en la encía y abrasión del esmalte dental. El dentista debe elegir la técnica ideal para el paciente entre la amplia gama de métodos de limpieza dental disponibles y debe practicar y verificar regularmente esa técnica. La rutina de limpieza dental debe llevarse a cabo de 2 a 3 minutos dos o tres veces al día. Se debe evitar la limpieza mecánica de los dientes inmediatamente después del consumo de bebidas y alimentos ácidos para garantizar que no se produzca erosión del esmalte dental. La Asociación Dental Americana recomienda reemplazar un cepillo de dientes cada 3 a 4 meses <sup>43</sup>.

### **5.2.5.2. PASTA DE DIENTES**

El uso de la pasta dental es ideal para la limpieza diaria de los dientes. Las pastas dentales con flúor generalmente contienen los siguientes ingredientes<sup>44</sup>:

- Los fluoruros (fluoruro de sodio, fluoruro de amina, monofluoruro de sodio) inhiben la pérdida de minerales, remineralizan el esmalte dental y reducen la formación de placas formadoras de ácido, lo que ayuda a prevenir la caries. Las pastas dentales convencionales con fluoruro generalmente tienen un contenido de fluoruro de 0.15% (1,500 ppm). Las sustancias de limpieza

como silicatos, carbonato de magnesio y calcio, óxidos de aluminio, hidrogenocarbonato de sodio o hexametáfosfato de sodio aseguran la eliminación mecánica de la placa y las decoloraciones de la superficie del diente<sup>45</sup>.

- Para evitar que la superficie se dañe mecánicamente con demasiada fuerza, se recomiendan pastas dentales con un valor de abrasión de dentina relativa moderada o baja entre 30 y 70. Los valores superiores a 100 se clasifican como fuertemente abrasivos y solo deben usarse en casos excepcionales (depósitos gruesos) no más de una vez por semana<sup>45,56</sup>.

### **5.2.5.3. LIMPIEZA INTERDENTAL**

Los espacios interdentes, que representan el 40% de la superficie del diente, son difíciles de alcanzar mediante la limpieza normal con un cepillo de dientes. Como resultado, las bacterias se multiplican allí, dando lugar a caries, gingivitis y periodontitis. Varias ayudas son adecuadas para la limpieza interdental, aunque su uso debe adaptarse al individuo.

Se ha demostrado que el uso de cepillos interdentes mejora en gran medida la eliminación de biopelículas, alimentos y otros desechos de las áreas interproximales. Los cepillos interdentes son muy útiles para aquellos pacientes con prostodoncia e implantes fijos<sup>47</sup>.

#### **Hilo dental**

El hilo dental generalmente está hecho de hilo de nylon o hebras de politetrafluoroetileno plegadas. Está disponible como hilo dental encerado o no encerado.

Cuando los dientes están abarrotados, la limpieza interdental es más fácil de manejar con hilo encerado que sin cera. Es importante evitar aplicar demasiada presión porque esto puede dañar la encía<sup>48</sup>.

#### **5.2.5.4. ENJUAGUES BUCALES**

Los enjuagues bucales reducen la cantidad de bacterias en la boca, inhiben el crecimiento de bacterias en la placa y, por lo tanto, previenen la gingivitis y la periodontitis. La clorhexidina, el cloruro de cetilpiridinio, el fluoruro de amina, el fluoruro de zinc, el triclosán y los aceites esenciales son ingredientes con una acción clínicamente probada<sup>49</sup>.

La clorhexidina sigue siendo uno de los enjuagues bucales antimicrobianos más efectivos porque actúa no solo contra las bacterias gramnegativas, sino también contra las levaduras y las bacterias grampositivas. Es particularmente adecuado para la inhibición de la formación de placa, ya que tiene la capacidad de mantener concentraciones efectivas durante períodos prolongados de tiempo, mediante la unión a tejidos blandos y duros<sup>50</sup>. Sin embargo, los enjuagues de mayor duración con clorhexidina pueden causar decoloración de dientes y lengua, aumento de la formación de sarro, cambios transitorios en el sentido del gusto y alteración de la flora oral.

#### **5.2.5.5. TÉCNICA DE CEPILLADO DE DIENTES**

Se han propuesto varias técnicas de cepillado de dientes, como el cepillado vertical y horizontal, la técnica de Bass y la técnica de Charters. La técnica de cepillado, tanto vertical como horizontalmente, limpia bien las

superficies convexas, pero la placa se deja en la región interdental. Además, el lavado puede causar abrasión dental y recesión gingival, a diferencia de la técnica de rodillo más suave que no lo hace. La técnica de Bass implica colocar el cepillo de dientes contra el costado del diente con las cerdas apuntando apicalmente, luego barrer suavemente las cerdas hacia abajo para los dientes maxilares y hacia arriba para los dientes mandibulares<sup>51</sup>. La desventaja de este método es que no limpia la unión del diente con el margen gingival y la grieta gingival. La técnica de Bass modificada reemplazó a la técnica de Bass debido a su limpieza superior de la grieta gingival. En esto, las cerdas del cepillo de dientes se sostienen aproximadamente a 45 ° del eje largo del diente, apuntando hacia la encía. El cepillo se presiona contra la encía y se mueve con un pequeño movimiento circular para que las cerdas entren en la grieta y entre los dientes. Este es actualmente el método más efectivo para la eliminación de la placa. Independientemente de la técnica utilizada, es responsabilidad del individuo asegurarse de que el cepillado se realice sistemáticamente y que no se pasen por alto las áreas de la dentición<sup>52</sup>.

#### **5.2.6. ENCÍA Y SALUD GINGIVAL**

La encía es la parte de la mucosa oral que cubre los procesos alveolares de las mandíbulas y rodea los cuellos de los dientes y se divide anatómicamente en áreas marginales, unidas e interdentes. La encía marginal, o no unida, es el borde terminal o borde de la encía que rodea los dientes en forma de collar<sup>53</sup>.

En aproximadamente el 50% de los casos, está demarcado de la encía adjunta adyacente por una depresión lineal poco

profunda, el surco gingival libre. Por lo general, de aproximadamente 1 mm de ancho, forma la pared de tejido blando del surco gingival. Se puede separar de la superficie del diente con una sonda periodontal. La encía adherida es continua con la encía marginal. Es firme, resistente y está firmemente unido al periostio subyacente del hueso alveolar. El aspecto facial de la encía adherida se extiende a la mucosa alveolar relativamente suelta y móvil, desde la cual está demarcada por la unión mucogingival<sup>54</sup>.

El ancho de la encía adherida en el aspecto facial difiere en diferentes áreas de la boca. Generalmente es mayor en la región incisiva (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y menor en los segmentos posteriores, con el menor ancho en la primera área premolar (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula). El ancho de la encía queratinizada incluye encía marginal y adherida y difiere en diferentes áreas de la boca<sup>55</sup>.

Las encías sanas son rosadas, punteadas y duras y tienen una sensibilidad limitada al dolor, la temperatura y la presión, es por ello que los cambios en el color, la pérdida de punteado o la sensibilidad anormal son signos tempranos de inflamación de las encías o gingivitis.

Una definición de salud y bienestar gingival es fundamental para establecer puntos finales terapéuticos ideales y aceptables para las terapias periodontales, evaluar sistemáticamente la carga biológica de la inflamación en encías, clasificar la prevalencia de enfermedades periodontales y gingivales en las poblaciones y evaluar el riesgo individualizado para el desarrollo futuro de la enfermedad. La salud gingival debe evaluarse y definirse tanto a nivel del paciente como del sitio para lograr estos objetivos.

Además, las definiciones de salud gingival que se utilizan para informar las decisiones de tratamiento para pacientes individuales pueden diferir de las utilizadas en estudios epidemiológicos.

### **5.2.7. GINGIVITIS**

Desde la clasificación de 1999, ha habido avances en el conocimiento del microbioma y el transcriptoma gingival. La gingivitis es una afección inflamatoria inespecífica y, por lo tanto, es una consecuencia de la acumulación sostenida de biopelículas en placa en el margen gingival y apical. Los estudios longitudinales han demostrado que los sitios que no progresan a pérdida de inserción se caracterizan por una menor inflamación gingival con el tiempo, mientras que los sitios que progresan tienen niveles persistentemente mayores de inflamación gingival. Por lo tanto, la gingivitis es un factor de riesgo importante y un requisito previo necesario para la periodontitis. La gingivitis es la alteración patológica más común que se puede observar en todas las edades, sexos y razas.

Se considera como una acumulación continua de bacterias aeróbicas y anaeróbicas, desechos orales y saliva puede provocar una reacción inflamatoria de los tejidos blandos adyacentes que produce enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad y sangrado de las encías que pueden ser espontáneas o provocadas<sup>56</sup>.

Las bacterias son, por lo tanto, irritantes, sin entrar en el propio tejido conectivo. Las encías se enrojecen e hinchan, y sangran fácilmente. La inflamación desaparece si se mejora la higiene oral. La gingivitis persistente a menudo conduce a enfermedades periodontales (encías) más graves. El tejido inflamado de las encías puede separarse del diente y la

inflamación se extiende a las fibras periodontales. Esto daña las fibras periodontales y el hueso de la mandíbula, y los dientes se aflojan gradualmente<sup>57</sup>.

#### **5.2.8. ÍNDICE GINGIVAL DE LOE Y SILNESS**

Este índice fue diseñado en 1963 por Loe y Silness, cual fue modificado por Löe en 1967 para conocer la intensidad de la gingivitis y su localización en cuatro zonas posibles. Por la naturaleza de la enfermedad, este índice es reversible y permite evaluar remisiones de la gingivitis, por lo que también está indicado en ensayos clínicos controlados.

Este índice evalúa dos aspectos importantes de la enfermedad gingival: edema y sangrado, lo que confiere mayor precisión; además se limita al registro de gingivitis, no considera signos de periodontitis, evitando así crear confusión entre ambas alteraciones.

Además, el índice puede servir para determinar la prevalencia y severidad de la gingivitis en estudios epidemiológicos, pero también puede utilizarse a nivel individual, para detectar cambios en el estado gingival del sujeto en estudio<sup>58,59</sup>.

#### **Tabulación de Datos:**

En este índice gingival de manera reducida, toma como medida a los dientes de Ramfjord que corresponden a las piezas:

- 16: Primer Molar Superior Derecho
- 21: Incisivo Central Superior Izquierdo
- 24: Primer Premolar Superior Izquierdo
- 36: Primer Molar Inferior izquierdo
- 41: Incisivo Central Inferior Derecho
- 44: Primer Premolar Inferior Derecho

## **Instrumento y técnica**

- Los tejidos que rodean cada diente son divididos en cuatro unidades de medición gingival; la papila distovestibular, el margen vestibular gingival, la papila mesiovestibular y el margen gingival completo. A diferencia de las superficies vestibulares, la superficie lingual no está subdividida sí se trata de reducir al mínimo la variabilidad introducida por el examinador al establecer la puntuación, ya que se observa por visión indirecta con el espejo bucal.
- Mide el grosor de la placa ubicada en el borde gingival de los dientes. Se puede o no usar revelador de placa. En el caso de usar una sonda periodontal, se utiliza para medir la profundidad del surco gingival, se recomienda la sonda periodontal de Michigan N° 0.
- La observación clínica: El sangrado es el criterio más importante de inflamación en este índice; sin embargo, la distinción entre inflamación normal {0} y leve {1} se basa en la apariencia visual de los tejidos.

## **Procedimientos:**

- Se debe secar con aire la encía marginal.
- Posteriormente se sondea la hendidura gingival con la sonda periodontal.
- Se lleva la sonda hasta el fondo de la hendidura o bolsa y se recorre en sentido lateral de mesial a distal o viceversa.
- Finalmente se registra los datos en la historia clínica, según los criterios siguientes

Códigos y criterios del Índice de Silness y Loe (1963)	
<b>Código</b>	<b>Criterio</b>
0	Encía normal
1	Inflamación leve: ligero cambio de color y ligero edema, pero sin sangrado al sondaje
2	Inflamación moderada: enrojecimiento, edema y acristalamiento, sangrado al sondaje;
3	Inflamación: marcado enrojecimiento y edema, ulceración con tendencia a sangrado espontáneo.

### **Obtención de Resultados:**

Para determinar el resultado total del índice gingival de un individuo, se realiza la sumatoria del valor numérico de cada unidad gingival de los 6 dientes de Ramfjord, la cual se divide para el número de unidades gingivales exploradas.

$$IG = \frac{\text{Sumatoria del valor numérico de cada unidad gingival}}{\text{Nº de unidades gingivales exploradas}}$$

El N° máximo de unidades gingivales será de 128 y la puntuación máxima que puede alcanzar este índice será de 3.

El valor obtenido en cada diente se suma y se divide entre todos los dientes analizados, obteniendo el IG (índice gingival) del paciente. El IG de una población se obtiene sumando los IG de cada individuo y dividiéndolo entre el número de pacientes examinados.

De acuerdo al resultado del índice gingival, se determina el grado gingival según la interpretación del índice gingival de Loe y Silness

Siendo: Un valor de 0.1 a 1.0 indica inflamación leve; 1.1 a 2.0 inflamación moderada, y 2.1 a 3.0 inflamación intensa:

0.1-1.0 = Gingivitis leve

1.1-2.0 = Gingivitis moderada

2.1 a más = Gingivitis severa.

### **5.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

#### **5.3.1. CONOCIMIENTO:**

Hechos, información y habilidades adquiridas por una persona a través de la experiencia o la educación; La comprensión teórica o práctica de un tema<sup>60</sup>.

#### **5.3.2. GINGIVA:**

El tejido fibroso denso y la membrana mucosa suprayacente que envuelve los procesos alveolares de las mandíbulas superior e inferior y que rodea los cuellos de los dientes<sup>61</sup>.

#### **5.3.3. HIGIENE ORAL:**

Es la práctica de mantener la boca limpia y saludable al cepillarse y usar hilo dental para prevenir la caries dental y la enfermedad de las encías<sup>62</sup>.

#### **5.3.4. PLACA DENTAL O BIOFILM DENTAL:**

La placa dental es la comunidad de microorganismos que se encuentra en la superficie del diente como una biopelícula, incrustada en una matriz de polímeros de origen bacteriano y huésped<sup>63</sup>.

#### **5.3.5. FLUORURO**

El fluoruro es un mineral natural que se encuentra en toda la corteza terrestre y está ampliamente distribuido en la naturaleza. Algunos alimentos y suministros de agua contienen flúor<sup>64</sup>.

#### **5.3.6. ENFERMEDAD GINGIVAL**

También llamada enfermedad de las encías: inflamación del tejido blando (encía) y pérdida anormal de hueso que rodea los dientes y los mantiene en su lugar. La enfermedad de las encías

es causada por toxinas secretadas por bacterias en la "placa" que se acumulan con el tiempo a lo largo de la línea de las encías<sup>65</sup>.

#### **5.3.7. ENCÍA**

El tejido que rodea el cuello de los dientes y cubre ampliamente las partes alveolares de las mandíbulas<sup>66</sup>.

### **5.4. HIPÓTESIS GENERAL**

El estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor "5 de agosto" de Parcona - 2018.

#### **5.4.1. HIPOTESIS NULA**

El estado de salud gingival no se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor "5 de agosto" de Parcona – 2018.

#### **5.4.2. HIPOTESIS ALTERNA**

El estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor "5 de agosto" de Parcona – 2018.

## **VI. SISTEMA DE VARIABLES**

### **6.1. VARIABLES**

#### **6.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Nivel de conocimiento de Higiene Bucal

#### **6.1.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

- Estado de Salud gingival
- Higiene Bucal

#### **6.1.3. VARIABLE INTERVINIENTE**

- Edad
- Sexo

## 6.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEF. OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL</p> <p><b>Variable Independiente</b></p>	<p>Conjunto de información sobre higiene bucal.</p>	<p>Independiente</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto: 7-10 pt</li> <li>- Regular: 4-6pt</li> <li>- Bajo: 0-3pt</li> </ul>
<p>ESTADO DE SALUD GINGIVAL</p> <p><b>Variable Dependiente</b></p>	<p>Información sobre el cuidado de la salud gingival y el estado de la misma.</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve (&gt;0.5 a 1)</li> <li>- Moderado (&gt;1 a 2)</li> <li>- Severo (&gt;2)</li> </ul>
<p>EDAD</p> <p><b>Variable Interviniente</b></p>	<p>Período de vida de los estudiantes de la institución educativa.</p>	<p>Distribución</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Discreta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;12-25&gt; años</li> <li>- &lt;26-45&gt; años</li> <li>- &lt;46-65&gt; años</li> </ul>
<p>SEXO</p> <p><b>Variable Interviniente</b></p>	<p>Género de los estudiantes de la Institución educativa.</p>	<p>Distribución</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenino</li> <li>- Masculino</li> </ul>

## **VII. METODOLOGÍA**

### **7.1. NIVEL, TIPO, Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

#### **NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

La investigación fue de nivel relacional, porque se tuvo como objeto determinar el grado de relación que pueda existir entre dos variables, conociendo el comportamiento de una variable dependiente a partir de la información de la variable independiente.

#### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se definió:

- Según la intervención del investigador: Observacional; ya que no existió intervención de nosotros al momento de la investigación.
- Según la planificación de la toma de datos: Prospectivo; porque los datos fueron recogidos a propósito en la investigación.
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: Transversal; porque las variables fueron medidas en una sola ocasión, en el momento de la encuesta realizada.
- Según la intervención de las variables: La investigación fue de tipo relacional, porque se va a determinar si el Nivel de conocimiento de Higiene Bucal, se relaciona con el Estado de Salud gingival e Higiene Bucal.

#### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

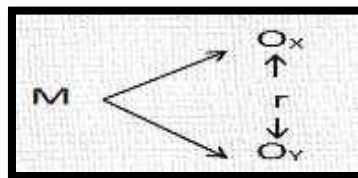
El diseño que se empleó fue el no experimental de tipo relacional, transversal.

No experimental, porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables, es decir no se hizo variar intencionalmente las variables

independientes, sólo se observó los fenómenos tal y como se encuentran en su contexto natural para ser analizados.

Transversal, porque se realizó la observación de las variables en un momento único, haciendo un corte en el tiempo.

Relacional



Donde:

M = Muestra de estudio

O x = Observación de la variable (X) Nivel de conocimiento de Higiene Bucal

O y = Observación de las variables (Y) Estado de Salud gingival e Higiene Bucal

r = Coeficiente de correlación entre las variables

## 7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 7.3.1. POBLACIÓN o DIANA

En la provincia de Ica podemos encontrar 7 comedores populares distribuidos en el Distrito de Ica.

### 7.3.2. POBLACIÓN ACCESIBLE

En el distrito de Parcona existen 9 comedores populares: Comedor Popular 9 de Diciembre, Comedor Popular Andrés Avelino Cáceres, Comedor Popular Dionisio Mayo, Comedor Popular Florales III, Comedor Popular Horno Viejo, Comedor

Popular Jose Maria Arguedaz, Comedor Popular Kenyi, Comedor Popular Keiko y Comedor Popular 5 de agosto.

### **7.3.3. POBLACION DE ESTUDIO**

La población elegida estuvo conformada por integrantes del comedor popular “5 de agosto” del distrito de Parcona - Región Ica.

### **7.3.4. UNIDAD DE MUESTRA**

Estuvo conformada por 117 integrantes del comedor popular “5 de agosto” del distrito de Parcona - Región Ica, durante el período del 2018.

### **7.3.5. TIPO DE MUESTRA**

Probabilística

### **7.3.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de proporciones para poblaciones finitas.

$$n = \frac{zNpq}{z^2pq + NE^2}$$

#### **Dónde:**

N: población de beneficiarios del comedor popular “5 de agosto” de Parcona.

n: Muestra que está sujeta al estudio.

z<sup>2</sup>: 1.96 (coeficiente de confianza 95%).

p: (probabilidad de no ocurrencia del evento, que cuando no se conoce se considera el 0.5).

q: (probabilidad de ocurrencia del evento que cuando no se conoce se considera el 0.5).

E: probabilidad de error debido al muestreo que estima en un 5%).

### **7.3.7. MUESTRA TEÓRICA**

La muestra estuvo constituida por 46 integrantes del comedor popular “5 de agosto” del distrito de Parcona - Región Ica, durante el período del año 2018.

### **7.3.8. MUESTRA REAL**

El tamaño de la muestra estuvo constituido por 46 integrantes del comedor popular “5 de agosto” del distrito de Parcona - Región Ica, durante el período del año 2018, que cumplían con los criterios de inclusión.

Los criterios de selección considerados fueron: Ser beneficiarios del comedor popular “5 de agosto” del AA. HH Elián Car del distrito de Parcona. A dichos miembros se les explicó los objetivos del estudio en la investigación. Los que manifestaron aceptación de participar.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Beneficiarios del comedor popular “5 de agosto” de Parcona que aceptaron participar del estudio de manera voluntaria.
- Beneficiarios del comedor popular “5 de agosto” de Parcona pertenecientes al período del año 2018.

### **Criterios de Exclusión:**

- Beneficiarios que tengan alguna incapacidad física o mental para poder contestar en ese momento el cuestionario.
- Beneficiarios que padezcan de alguna enfermedad sistémica que influya en la salud bucodental durante la recolección de datos.
- Beneficiarios de otros comedores.

## **7.4. MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO**

### **7.4.1. MUESTREO**

Muestreo probabilístico

### **7.4.2. TIPO**

Aleatorio simple.

## **7.5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

### **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El desarrollo de recolección de datos se realizó mediante el uso de los siguientes instrumentos y métodos.

#### **Técnicas de recolección de datos**

- La observación Clínica.

#### **Instrumentos de recolección de datos**

- Ficha Evaluativa: Recoge información acerca de los datos generales como: género, edad y cuestionarios sobre el nivel de conocimiento de higiene oral.
- Ficha Clínica epidemiológica: Que contiene el recojo de datos acerca de la evaluación de la salud gingival.
- Índice gingival de Loe y Silness: Para evaluar el estado de salud gingival.

## **VALIDEZ**

El cuestionario se creó con preguntas directas para facilitar la comprensión de los pacientes y contribuir a la claridad de la información; siendo sometido a juicio de expertos, para lo cual se realizó una prueba piloto con el 10% de la muestra.

Los expertos opinaron en favor de la estructura y formulación de los ítems, no teniendo observaciones finales.

## **CONFIABILIDAD**

Así mismo, luego de ser administrado la encuesta a la muestra piloto, sus resultados fueron sometidos a la Prueba Alfa de Cronbach para determinar su confiabilidad.

Para las preguntas de conocimientos sobre higiene oral alcanzaron valores de  $\alpha=0.86$ . Los valores se estimaron satisfactorios por lo que consideró apto para su aplicación.

Para la calibración de la medición de la salud gingival con la ficha clínica que contiene el índice epidemiológico (IHO-S). Se examinó a diez personas con un espejo bucal y explorador por las tres investigadoras. Al realizar el cotejo estadístico el valor kappa fluctuó entre los valores (0.804 y 1), considerados entre bueno y muy bueno.

### **7.5.1. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. Se realizó los permisos respectivos para llevar a cabo la presente investigación, obteniendo el permiso correspondiente el 03 de Febrero del 2019 en el comedor popular “5 de agosto” de Parcona.
2. Se realizó la validez y confiabilidad respectiva para los instrumentos realizados.

3. Antes de la aplicación del cuestionario, se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio y se aclararon las dudas. Las preguntas fueron respondidas voluntaria e individualmente. El participante podría dejar el estudio en cualquier momento. Los que aceptaron participar en el estudio firmaron un Formulario de consentimiento libre y aclarado.
4. Se realizó el procedimiento de recojo de datos durante el 31 de Marzo del 2019 en el horario de 11 am hasta las 7 pm; mediante un protocolo estándar de dos etapas, la primera refiere a una aplicación de un cuestionario, dónde se aplicó para medir el conocimiento de la higiene oral de los participantes.
5. La aplicación se llevó a cabo mediante grupos al azar para mejorar el ambiente de trabajo teniendo por duración de 10 a 15 minutos el desarrollo de dicho cuestionario.
6. Para la evaluación del estado de salud gingival, se utilizó un espacio proporcionado por el comedor, se instaló una esterilizadora portátil para cambio de instrumentos en cada examen.
7. Para la evaluación se utilizaron instrumentos de examen clínico (guantes, mascarilla, cofia, espejo bucal, explorador, linterna entre otros), además de materiales (campo descartable, algodono, pastilla reveladora de placa, manoplas, lapiceros y lápices), y como instrumento la ficha clínica (Ver Anexo N° 1)
8. Después de la recolección de datos se procedió a la sistematización de la información para su posterior análisis, para lo cual se contó con el programa estadístico SPSS Versión 23 para Windows Xp.

9. Posteriormente se realizó el vaciado de la información, para elaborar las tablas y gráficos necesarios para el informe final de la tesis.

### **MEDICIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL**

El cuestionario tenía los fines planteados en los objetivos de esta investigación y se consideró un punto por cada respuesta correcta de cada ítem desarrollado, para ello se consideró así:

- o N. Conocimiento Alto (7-10 puntos)
- o N. Conocimiento Regular (4-6 puntos)
- o N. Conocimiento Bajo (0-3 puntos)

### **MEDICIÓN DEL ESTADO GINGIVAL**

En el procedimiento del examen clínico se evaluó el estado de salud gingival, utilizando el índice gingival de Løe y Silness, en el cual se utilizó espejos bucales y baja lenguas para su diagnóstico respectivo, con un tiempo aproximado de 2 minutos por persona.

Se eligió 4 zonas gingivales para las siguientes piezas dentales 16, 21, 24, 36, 41 y 44 y en su ausencia los sustituyen el 17, 22, 25, 37, 42 y 45 respectivamente.

El índice se obtiene sumando los puntos de las 4 caras y dividiendo por el número de dientes examinados que normalmente será seis.

Criterios clínicos para el Índice de Placa de Løe y Silness que se tuvieron en cuenta fueron:

- Código 0: encía normal, no inflamación, no cambio de color, no hemorragia.

- Código 1: inflamación leve, ligero cambio de color, ligero edema, no sangra al sondar.
- Código 2: inflamación moderada, enrojecimiento, edema, sangra al sondar y a la presión.
- Código 3: inflamación marcada, marcado enrojecimiento, edema, ulceración, tendencia a la hemorragia espontánea.

Para los resultados se determinó el promedio individual de cada diente sumando los valores individuales de cada zona entre el número de zonas examinadas. Obteniendo la clasificación siguiente:

GRADO:

- Gingivitis Leve >0.5 a 1
- Gingivitis Moderada >1 a 2
- Gingivitis Severa >2

## **7.5.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS (pruebas estadísticas)**

Para el procesamiento de datos después de verse efectuado la aplicación de un cuestionario, se procedió a procesar los datos, utilizando el software SPSS 23 español con el fin de plasmar los resultados en tablas respondiendo a los objetivos ya establecidos.

El posterior análisis se dio mediante una estadística descriptiva la cual se dio en tablas distribución de frecuencia absoluta. La variable y covariables se compararon empleándose la prueba de Pearson para demostrar correlación o no de ellas, considerándose un nivel de significancia del 5%.

## VIII. RESULTADOS

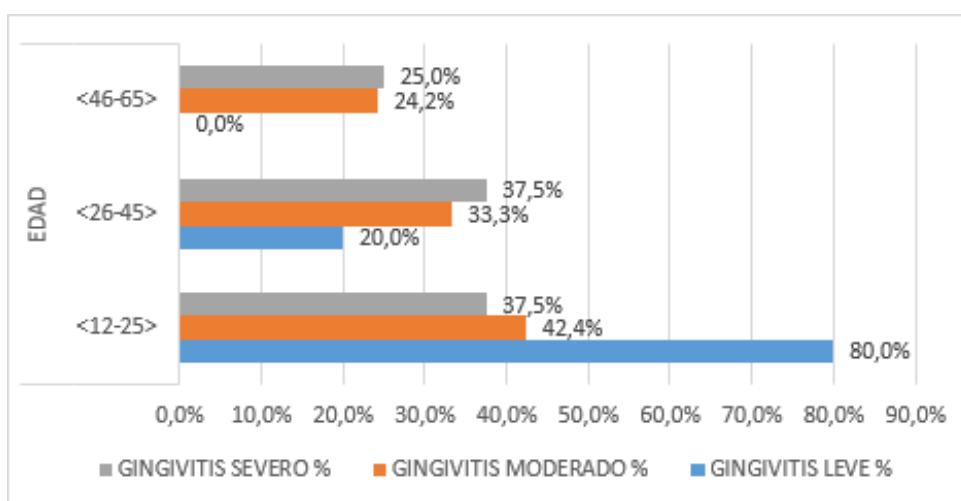
**TABLA 1: ESTADO DE SALUD GINGIVAL SEGÚN EDAD**

		ESTADO DE SALUD GINGIVAL							
		GINGIVITIS LEVE		GINGIVITIS MODERADO		GINGIVITIS SEVERO		Total	
		n	%	n	%	N	%	n	%
EDAD	<12-25>	4	80.0%	14	42.4%	3	37.5%	21	45.7%
	<26-45>	1	20.0%	11	33.3%	3	37.5%	15	32.6%
	<46-65>	0	0.0%	8	24.2%	2	25.0%	10	21.7%
	Total	5	100.0%	33	100.0%	8	100.0%	46	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

**Interpretación:** Observando los resultados en el estado de salud gingival según, en la edad de 12 a 25 años predomina la gingivitis leve en un 80% 4 de 5, de 26 a 45 años predomina con un 33.3% la gingivitis moderada, y de 46 a 65 años con un 25% de gingivitis severa.

**GRÁFICO 1: ESTADO DE SALUD GINGIVAL SEGÚN EDAD**



Fuente: Elaboración Propia.

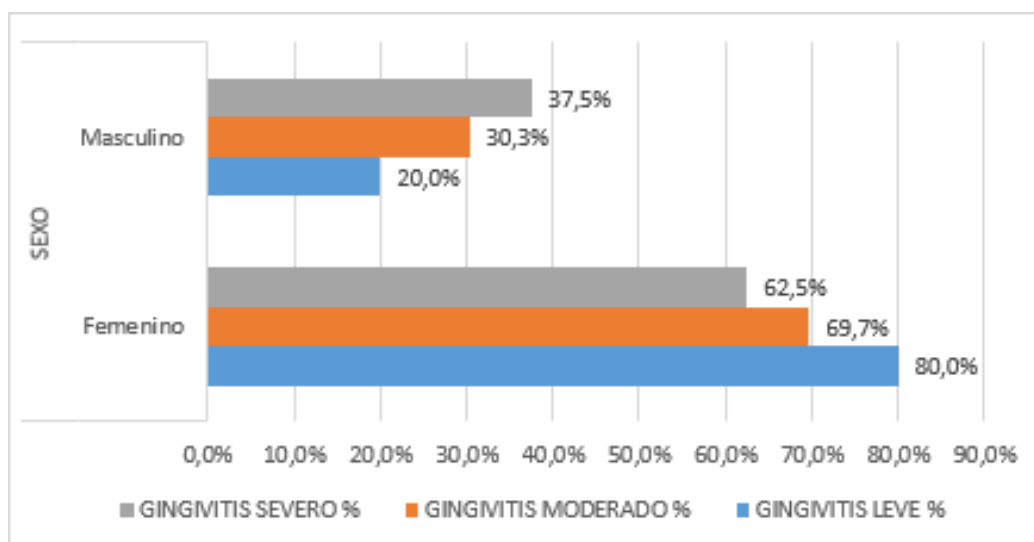
**TABLA 2: ESTADO DE SALUD GINGIVAL SEGÚN GÉNERO.**

ESTADO DE SALUD GINGIVAL								
GENERO	GINGIVITIS LEVE		GINGIVITIS MODERADO		GINGIVITIS SEVERO		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	4	80.0%	23	69.7%	5	62.5%	32	69.6%
Masculino	1	20.0%	10	30.3%	3	37.5%	14	30.4%
Total	5	100.0%	33	100.0%	8	100.0%	46	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

**Interpretación:** El estado de salud gingival, se observa que la gingivitis leve está presente en el género femenino con un 80%, y con gingivitis moderada un 69.7%, y con 62.5% con gingivitis severa.

**GRÁFICO 2: ESTADO DE SALUD GINGIVAL SEGÚN GÉNERO.**



Fuente: Elaboración Propia.

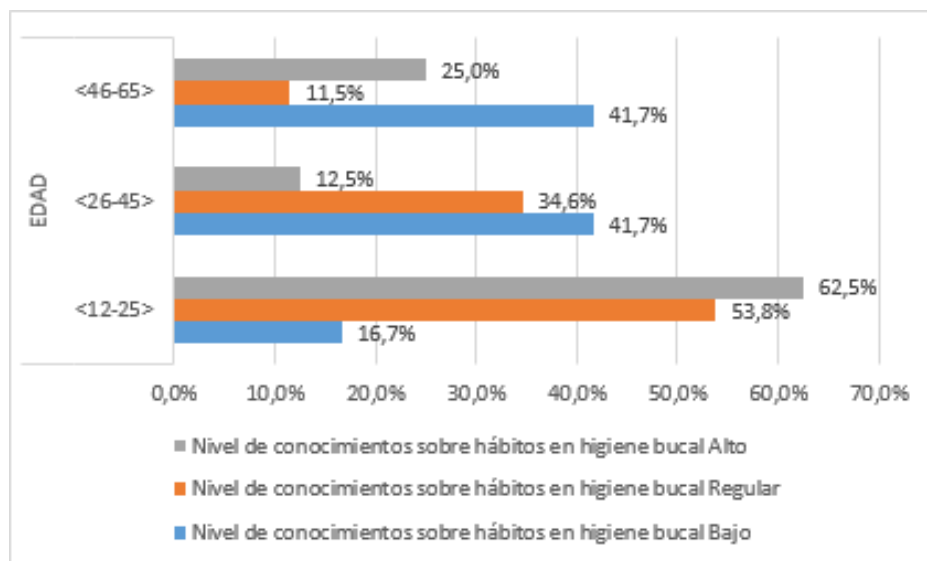
**TABLA 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS EN HIGIENE BUCAL SEGÚN EDAD.**

		Nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal							
		Bajo		Regular		Alto		Total	
EDAD		n	%	n	%	n	%	n	%
<12-25>		2	16.7%	14	53.8%	5	62.5%	21	45.7%
<26-45>		5	41.7%	9	34.6%	1	12.5%	15	32.6%
<46-65>		5	41.7%	3	11.5%	2	25.0%	10	21.7%
Total		12	100.0%	26	100.0%	8	100.0%	46	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

**Interpretación:** En el nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal, se observa que en la edad de 12 a 25 años predomina un alto nivel de conocimiento 62.5%, en el rango de 26 a 45 años conocimiento bajo con un 41.7%, y de 46 a 65 años un bajo conocimiento en 41.7%.

**GRÁFICO 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS EN HIGIENE BUCAL SEGÚN EDAD.**



Fuente: Elaboración Propia.

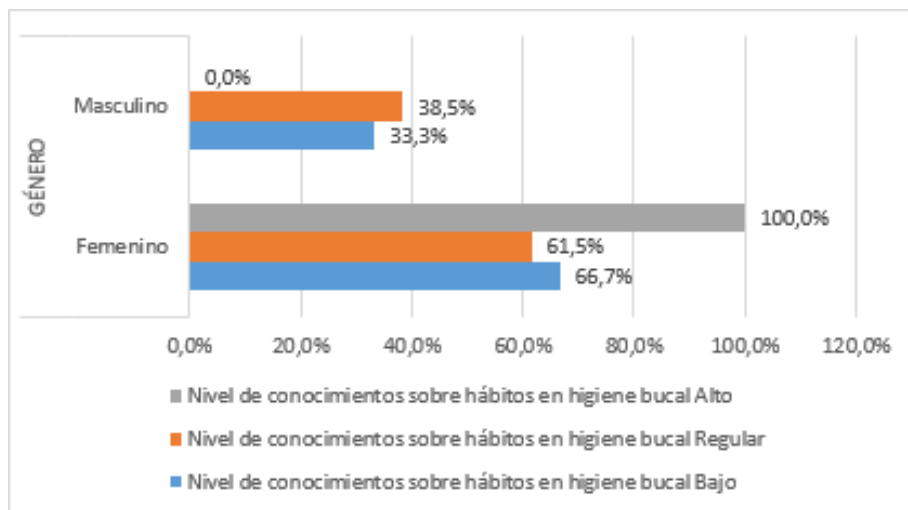
**TABLA 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS EN HIGIENE BUCAL SEGÚN GÉNERO.**

Nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal								
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	8	66.7%	16	61.5%	8	100.0%	32	69.6%
Masculino	4	33.3%	10	38.5%	0	0.0%	14	30.4%
Total	12	100.0%	26	100.0%	8	100.0%	46	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

**Interpretación:** En el nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal, se observa que bajo conocimiento resalta en el género femenino 66.7%, en regular 61.5%, y alto en 100%.

**GRÁFICO 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS EN HIGIENE BUCAL SEGÚN GÉNERO.**



Fuente: Elaboración Propia.

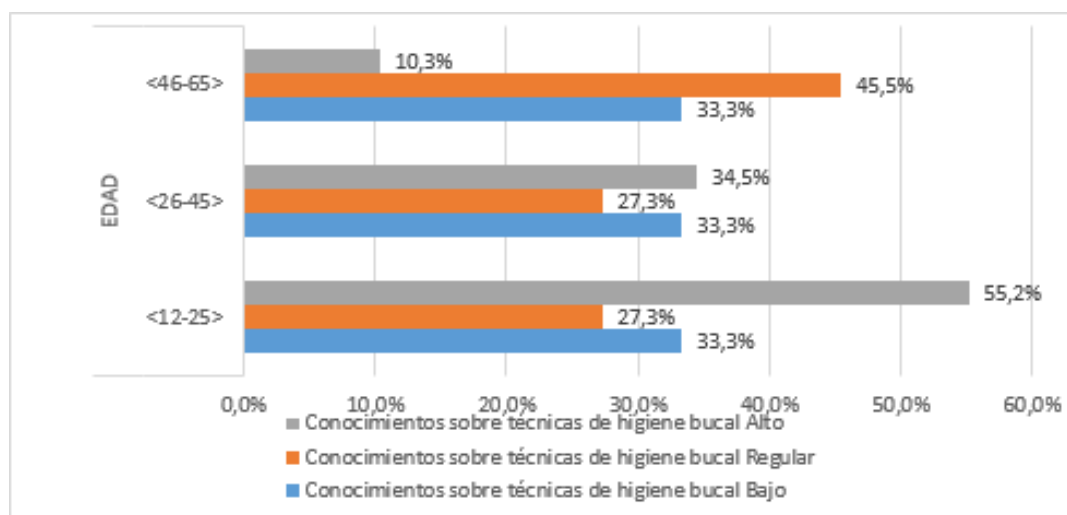
**TABLA 5: CONOCIMEINTOS SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL SEGÚN EDAD.**

Conocimientos sobre técnicas de higiene bucal								
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<12-25>	2	33.3%	3	27.3%	16	55.2%	21	45.7%
<26-45>	2	33.3%	3	27.3%	10	34.5%	15	32.6%
<46-65>	2	33.3%	5	45.5%	3	10.3%	10	21.7%
Total	6	100.0%	11	100.0%	29	100.0%	46	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

**Interpretación:** En el nivel de conocimientos sobre técnicas de higiene bucal según edad, se observa que en la edad de 12 a 25 años predomina un alto nivel de conocimiento 55.2%, en el rango de 26 a 45 años conocimiento alto con un 45.7%, y de 46 a 65 años de 45.5 % regular conocimiento.

**GRÁFICO 5: CONOCIMEINTOS SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL SEGÚN EDAD.**



Fuente: Elaboración Propia.

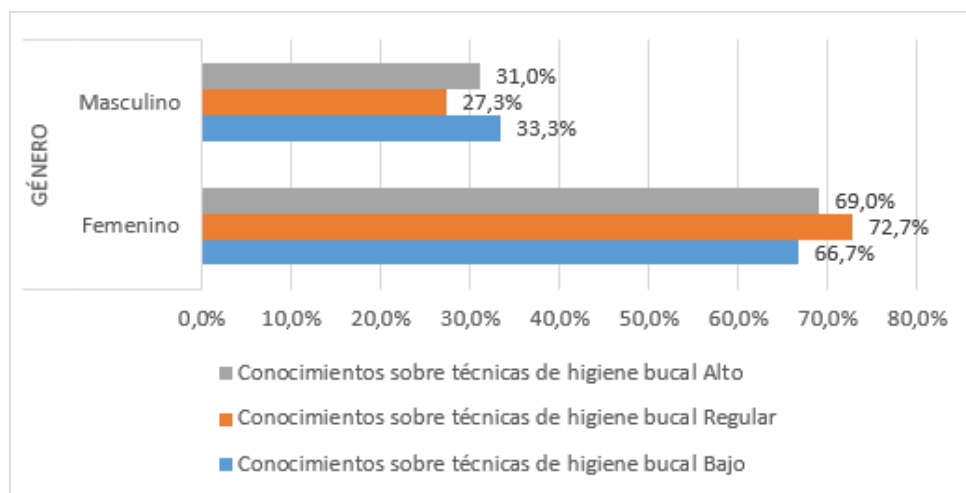
**TABLA 6: CONOCIMIENTOS SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL SEGÚN GÉNERO.**

Conocimientos sobre técnicas de higiene bucal								
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	4	66.7%	8	72.7%	20	69.0%	32	69.6%
Masculino	2	33.3%	3	27.3%	9	31.0%	14	30.4%
Total	6	100.0%	11	100.0%	29	100.0%	46	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

**Interpretación:** En el nivel de conocimientos sobre técnicas de higiene bucal, se observa que bajo conocimiento resalta en el género femenino 66.7%, en regular 72.7%, y alto en 69.0%.

**GRÁFICO 6: CONOCIMIENTOS SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL SEGÚN GÉNERO.**



Fuente: Elaboración Propia.

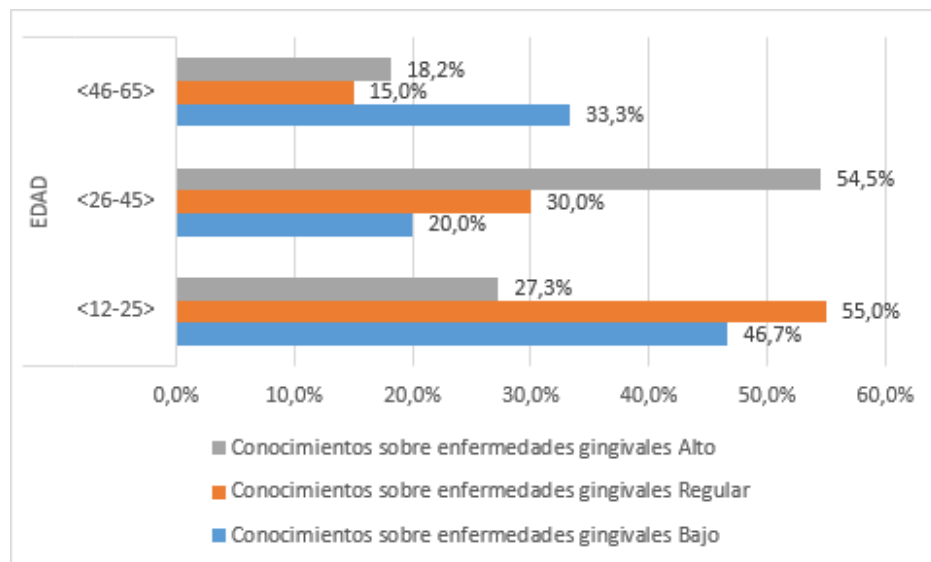
**TABLA 7: CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES GINGIVALES SEGÚN EDAD.**

	Conocimientos sobre enfermedades gingivales							
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<12-25>	7	46.7%	11	55.0%	3	27.3%	21	45.7%
<26-45>	3	20.0%	6	30.0%	6	54.5%	15	32.6%
<46-65>	5	33.3%	3	15.0%	2	18.2%	10	21.7%
Total	15	100.0%	20	100.0%	11	100.0%	46	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

**Interpretación:** En el nivel de conocimientos sobre enfermedades gingivales según edad, se observa que en la edad de 12 a 25 años predomina un regular nivel de conocimiento 55.0%, en el rango de 26 a 45 años conocimiento alto con un 54.5%, y de 46 a 65 años de 33.3% regular conocimiento.

**GRÁFICO 7: CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES GINGIVALES SEGÚN EDAD.**



Fuente: Elaboración Propia.

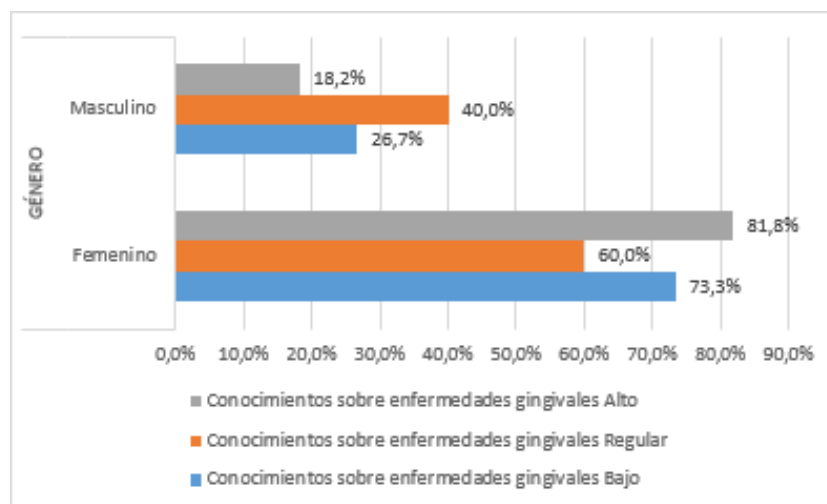
**TABLA 8: CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES GINGIVALES SEGÚN GÉNERO.**

Conocimientos sobre enfermedades gingivales								
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	11	73.3%	12	60.0%	9	81.8%	32	69.6%
Masculino	4	26.7%	8	40.0%	2	18.2%	14	30.4%
Total	15	100.0%	20	100.0%	11	100.0%	46	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

**Interpretación:** En el nivel de conocimientos sobre enfermedades gingivales, se observa que bajo conocimiento sobresale en el género femenino 73.3%, en regular 60%, y alto en 81.8%.

**GRÁFICO 8: CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES GINGIVALES SEGÚN GÉNERO.**



Fuente: Elaboración Propia.

## IX. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

### 10.1 HIPOTESIS PRINCIPAL

Ho:  $\rho = 0$  El estado de salud gingival no se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.

H<sub>1</sub>:  $\rho \neq 0$  El estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.

Observación: Se rechaza la Ho si el valor de P es menor a  $\alpha=0,05$  esto quiere decir que el contraste es estadísticamente significativo **cuando  $p < \alpha$** . El valor de P nos los da el programa estadístico spss versión 25.

Correlaciones				
NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL			NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL	ESTADO DE SALUD GINGIVAL
Bajo	NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL	Correlación de Pearson	1	.101
		Sig. (bilateral)		.780
		N	10	10
Regular	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	.101	1
		Sig. (bilateral)	.780	
		N	10	10
Alto	NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL	Correlación de Pearson	1	-.142
		Sig. (bilateral)		.527
		N	22	22
Alto	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	-.142	1
		Sig. (bilateral)	.527	
		N	22	22
Alto	NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL	Correlación de Pearson	1	.621*
		Sig. (bilateral)		.018
		N	14	14
Alto	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	.621*	1
		Sig. (bilateral)		.018
		N	14	14

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

El valor de  $r=0,621$  nos indica una correlación positiva alta, en el tramo que conocimiento alto con el estado de salud gingival gingivitis leve, en la contrastación de hipótesis resulta significativa la correlación 0.018.

## 10.2 HIPOTESIS SECUNDARIA 1

Ho:  $\rho = 0$  El estado de salud gingival no se relaciona significativamente con la edad y género en el comedor “5 de agosto”.

H<sub>1</sub>:  $\rho \neq 0$  El estado de salud gingival se relaciona significativamente con la edad y género en el comedor “5 de agosto”.

Observación: Se rechaza la Ho si el valor de P es menor a  $\alpha=0,05$  esto quiere decir que el contraste es estadísticamente significativo **cuando  $p < \alpha$** . El valor de P nos los da el programa estadístico spss versión 25.

		Correlaciones		
		EDAD	SEXO	ESTADO DE SALUD GINGIVAL
EDAD	Correlación de Pearson	1	-,160	,734
	Sig. (bilateral)		,290	,005
	N	46	46	46
SEXO	Correlación de Pearson	-,160	1	,184
	Sig. (bilateral)	,290		,220
	N	46	46	46
ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	,734	,184	1
	Sig. (bilateral)	,005	,220	
	N	46	46	46

El valor de  $r=0,184$  nos indica una correlación positiva baja, en el tramo de estado de salud gingival con la variable sexo, en la contrastación de hipótesis resulta no significativa la correlación con 0.220.

El valor de  $r=0,734$  nos indica una correlación positiva alta, en el tramo de estado de salud gingival con la variable edad, en la contrastación de hipótesis resulta significativa la correlación con 0.005

## 10.2 HIPOTESIS SECUNDARIA 2

Ho:  $\rho = 0$  El estado de salud gingival no se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.

H<sub>1</sub>:  $\rho \neq 0$  El estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.

Observación: Se rechaza la Ho si el valor de P es menor a  $\alpha=0,05$  esto quiere decir que el contraste es estadísticamente significativo **cuando  $p < \alpha$** . El valor de P nos los da el programa estadístico spss versión 25.

Nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal			Nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal	ESTADO DE SALUD GINGIVAL
Bajo	Nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal	Correlación de Pearson	1	,723**
		Sig. (bilateral)		..008
		N	12	12
ESTADO DE SALUD GINGIVAL	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	,723**	1
		Sig. (bilateral)	.008	
		N	12	12
Regular	Nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal	Correlación de Pearson	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>
		Sig. (bilateral)		
		N	26	26
ESTADO DE SALUD GINGIVAL	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	. <sup>b</sup>	1
		Sig. (bilateral)		
		N	26	26
Alto	Nivel de conocimientos sobre hábitos en higiene bucal	Correlación de Pearson	1	.503
		Sig. (bilateral)		.204
		N	8	8
ESTADO DE SALUD GINGIVAL	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	.503	1
		Sig. (bilateral)	.204	
		N	8	8

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

b. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las es constante.

El valor de  $r=0,723$  nos indica una correlación positiva alta, en el tramo que conocimiento bajo con el estado de salud gingival malo, en la contrastación de hipótesis resulta significativa la correlación 0.008

### 10.3 HIPOTESIS SECUNDARIA 3

Ho:  $\rho = 0$  El estado de salud gingival no se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.

H<sub>1</sub>:  $\rho \neq 0$  El estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.

Observación: Se rechaza la Ho si el valor de P es menor a  $\alpha=0,05$  esto quiere decir que el contraste es estadísticamente significativo **cuando  $p < \alpha$** . El valor de P nos los da el programa estadístico spss versión 25.

### Correlaciones

		Correlaciones		
Conocimientos sobre técnicas de higiene bucal			Conocimientos sobre técnicas de higiene bucal	ESTADO DE SALUD GINGIVAL
Bajo	Conocimientos sobre técnicas de higiene bucal	Correlación de Pearson	1	,823**
		Sig. (bilateral)		.005
		N	12	12
	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	,823**	1
		Sig. (bilateral)	.005	
		N	12	12
Regular	Conocimientos sobre técnicas de higiene bucal	Correlación de Pearson	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>
		Sig. (bilateral)		
		N	26	26
	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	. <sup>b</sup>	1
		Sig. (bilateral)		
		N	26	26
Alto	Conocimientos sobre técnicas de higiene bucal	Correlación de Pearson	1	.503
		Sig. (bilateral)		.204
		N	8	8
	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	.503	1
		Sig. (bilateral)	.204	
		N	8	8

El valor de  $r=0,823$  nos indica una correlación positiva alta, en el tramo que conocimiento bajo con el estado de salud gingival malo, en la contrastación de hipótesis resulta significativa la correlación 0.053

#### 10.4 HIPOTESIS SECUNDARIA 4

Ho:  $\rho = 0$  El estado de salud gingival no se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre enfermedades gingivales en el comedor "5 de agosto".

H<sub>1</sub>:  $\rho \neq 0$  El estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre enfermedades gingivales en el comedor "5 de agosto".

Observación: Se rechaza la Ho si el valor de P es menor a  $\alpha=0,05$  esto quiere decir que el contraste es estadísticamente significativo **cuando  $p < \alpha$** . El valor de P nos los da el programa estadístico spss versión 25.

#### Correlaciones

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL		NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL	ESTADO DE SALUD GINGIVAL
Bajo	NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Correlación de Pearson	.101
	EN HIGIENE BUCAL	Sig. (bilateral)	.780
		N	10
	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	1
		Sig. (bilateral)	.780
		N	10
Regular	NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Correlación de Pearson	-.142
	EN HIGIENE BUCAL	Sig. (bilateral)	.527
		N	22
	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	-.142
		Sig. (bilateral)	.527
		N	22
Alto	NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL	Correlación de Pearson	.621*
		Sig. (bilateral)	.018
		N	14
	ESTADO DE SALUD GINGIVAL	Correlación de Pearson	.621*
		Sig. (bilateral)	.018
		N	14

El valor de  $r=0,780$  nos indica una correlación positiva alta, en el tramo que conocimiento bajo con el estado de salud gingival malo, en la contrastación de hipótesis resulta significativa la correlación 0.001

## X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La salud gingival se presenta en un gran porcentaje de la población, la manera de mantener en un buen estado es cambiando patrones de conducta que puedan resultar ser dañinas, es por ello que se considera importante reconocer la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los miembros del comedor “5 de agosto” de Parcona.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, nos indica que existe una relación significativa sobre el estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal. En contraste con los estudios de **Huayllas B. (2018)**, quién evidenció puntajes bajos de conocimiento sobre prevención en salud bucal, le corresponde niveles altos de índice gingival en los pacientes atendidos en la clínica del adulto en la facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. La educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar acciones voluntarias conducentes a la salud. Estas acciones o comportamientos pueden ser por parte de individuos, familias, instituciones o comunidades. Se demuestra que en odontología y otras áreas de salud el conocimiento de salud puede servir como una herramienta para capacitar a los grupos de población con información precisa sobre la salud y las tecnologías de atención médica, permitiéndoles tomar medidas para proteger su salud.

1. Respecto a estado de salud gingival según rango de edades de la población de estudio, el presente estudio revela que en edades de 12 a 25 años predomina la Gingivitis Leve con 80% y que la gingivitis leve está presente en el género femenino con un 80%, con gingivitis moderado. **Humareda R. (2014)** reveló similitud de resultados con un 66.8% de enfermedad gingival leve. Obteniendo una relación significativa ( $p < 0.005$ ). Está claramente visto que la enfermedad gingival inducido por placa es prevalente en todas las edades de la población. Por ello comprender el

patrón epidemiológico de la enfermedad gingival es esencial para planificar los servicios de salud pública adecuados. Respecto a estado de salud gingival según género de la población de estudio, de acuerdo al Índice de Løe y Sillness, observamos que el sexo femenino, 89 (65,0%) presentan enfermedad gingival leve y sexo masculino, 50 (70,4%) presentan enfermedad gingival leve. Obteniendo una relación no significativa ( $p < 0.290$ ). Se ha demostrado que las mujeres tienen una mejor higiene bucal y un estado gingival que los hombres. Más los resultados no muestran diferencias significativas, quizás esta diferencia es más sobre cultura que género.

2. Respecto a la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal, se encontró una correlación positiva con una significativa relación. En contraste con los estudios de: **Pausa C y Suárez H (2015)** reveló que un 91.4% afirman que visitan al estomatólogo y 85.3% consideran haber tenido una experiencia agradable, 88,8 % refieren que es importante el cepillado y 73,3 % que emplean otros medios auxiliares para la higiene bucal. Creemos que todos debemos recibir al menos una lección de educación sobre salud bucal con un ejercicio supervisado de cepillado de dientes cada año. Se deben organizar sesiones de educación sobre salud oral para padres y madres embarazadas y se deben realizar programas de educación sobre salud dental para maestros de escuela.

3. Respecto a la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal, se encontró una correlación positiva con una significativa correlación. El conocimiento de la salud oral es esencial para una higiene bucal adecuada y una mejor salud bucal, ya que una buena técnica de cepillado dental proporcionará al paciente herramientas que crean repercusiones positivas en su salud bucal.

4. Respecto a la relación del estado de salud gingival con el nivel de conocimiento sobre enfermedades gingivales, se encontró una correlación positiva alta con una relación significativa. En contraste con el estudio de:

Shizuma y cols. (2017), concluyeron que la mayoría de los adolescentes no pudieron reconocer su placa dental y su condición gingival. Los adolescentes con peor nivel de placa dental o condición gingival tuvieron puntajes de reconocimiento más bajos en comparación con aquellos con mejor salud bucal. Esto se debe a la falta de instrucción básica que debemos tener acerca de las principales afecciones a nivel bucal, siendo la gingivitis, y dentro de ello, la acumulación de placa por un mala técnica y bajos conocimiento sobre hábitos de higiene los principales factores para prevenir futuras enfermedades gingivales. Políticas de salud establecida bajo la recolección de la prevalencia de la enfermedad gingival, crearán influencia positiva en el conocimiento y comportamiento de los individuos. Sin embargo, se necesita más investigación para establecer los beneficios a largo plazo de las intervenciones de salud oral con diferentes grupos de edad, diversidad demográfica y cultural.

## **XI. CONCLUSIONES**

- 1.** Se concluye que, el estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.
- 2.** Se concluye que, existe una relación significativa sobre el estado de salud gingival según edad, más no existe una relación significativa con el género.
- 3.** Se concluye que, el estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.
- 4.** El estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en el comedor “5 de agosto”.
- 5.** El estado de salud gingival se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre enfermedades gingivales en el comedor “5 de agosto”.

## **XII. RECOMENDACIONES**

- 1.** Tomar en consideración este estudio para motivar y elaborar programas de promoción de la salud para conseguir buenos resultados.
- 2.** La facultad de odontología en coordinación con MINSA y el apoyo de la municipalidad de Parcona deben llevar a cabo un programa educativo - preventivo social, orientando a la salud bucal en todos los comedores del distrito.
- 3.** Desarrollar otras investigaciones para poder comparar la variación de los datos que se consiguió en este estudio, para observar el progreso entre las variables estudiadas.
- 4.** Que, el presente trabajo de investigación se aplique en otros sectores de Ica y del Perú para tener un conocimiento real respecto a salud oral e higiene bucal.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras Rengifo, A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 2016; 9(2), 193-202.
2. Zolezzi, A. Estadísticas de salud en el Perú: mejor llenado de información y su apropiada utilización para promover la salud. *Acta Médica Peruana*, 2017 34(4), 257-258.
3. Loyola, M. C. Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. *KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres*, 2015; 6(2).
4. Díaz Muro, X. A. Asociación entre educación y el acceso de servicios de salud odontológicos en el Perú en el año 2015.
5. Apaza-Ramos, Sonia, et al. "Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos." *Revista Estomatológica Herediana* 25.2 (2015): 87-99.
6. Manrique Chávez, J. E. Salud pública estomatológica. *Revista Estomatológica Herediana*, 2016; 26(4), 203-205.
7. Santillán CJ. Nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud. 2019.
8. León Arce, G. J. Factores asociados prevalentes a la gingivitis en residentes en el Asentamiento Humano Los Ángeles del distrito de Parcona-Ica en el año 2015.
9. Cupé-Araujo, A. C., & García-Rupaya, C. R. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Revista Estomatológica Herediana*, 2015, vol. 25, no 2, p. 112-121.
10. González, M. L. G., & Arroyo, J. C. Programa educativo de higiene dental en preescolares de contextos vulnerables. *Revista Iberoamericana de Educación*, 2017, vol. 75, p. 165-180.

11. Lalani A y cols. Assessment of relationship between oral health behavior, oral hygiene and gingival status of dental students. *Indian J Dent Res* 2015;26:592-7
12. Pausa Carmenate M., Suárez Hernández M. Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. 2015.
13. Gomes AP, et al. Relationship between patient's education level and knowledge on oral health preventive measures. *Int Dent Med J Adv Res*. 2015;1:1-7.
14. Shizuma Y, et al. Relación entre la autoevaluación y la evaluación clínica de la placa dental y la condición gingival en adolescentes japoneses. *Revista Internacional de Higiene Dental*, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2017.
15. Rodríguez Cruz, Peregrina Noemi. "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de segundo año de secundaria del colegio adventista "Daniel Alcides Carrión" del distrito de La Esperanza – región La Libertad, año 2015".
16. Calle Vigo, Oscar Alonso. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 88388 del distrito de Nuevo Chimbote – Octubre 2015.
17. Humareda Coras, Rosaly. Estado gingival en adolescentes y adultos en la población urbana de cuatro provincias de la región de Ayacucho - Perú 2014.
18. Huayllas Paredes Betzabe. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el estado gingival en pacientes atendidos en la clínica del adulto en la facultad de estomatología de la universidad Inca Garcilaso de la Vega.
19. Poma Barrueta Ronny Dick. Relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la presencia de enfermedad gingival en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del HNMD 2016.

20. Perez V. A y Urbaez M. F. Modelos teóricos de gestión del conocimiento: descriptores, conceptualizaciones y enfoques. *Entre ciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 2016, vol. 4, no 10, p. 201-227.
21. González Sánchez J. Los niveles de conocimiento, *El Aleph en la innovación curricular*. Octubre 2014; ISSN: 1665-2673 vol. 14, número 65.
22. Martínez, A. U. C. Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. *CIENCIA ergo-sum*, 2017, vol. 24, no 1, p. 83-90.
23. Rojas Dávila, R. S., & Torres Briones, C. L. *La Gestión del Conocimiento basado en la Teoría de Nonaka y Takeuchi*. 2017.
24. Cruz Gonzales S. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. 2019. Tesis d posgrado.
25. Zhao Q et al. Salud periodontal: un estudio transversal nacional de conocimientos, actitudes y prácticas para la estrategia de salud oral pública en China. *J Clin Periodontol*. 2019 abr; 46 (4): 406-419.
26. Bolívar Cáceres, et al. Impacto de los quintiles de riqueza en el acceso a información en salud bucal en el Perú. 2019.
27. Avalos, JC. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres*, 2015, vol. 12, N° 1.
28. Rojas Camacho, F. B. (2017). Cepillado dental en niños de 1 a 11 años según la encuesta demográfica y salud familiar a nivel nacional Perú, 2015.
29. Zalón Villacrés, A. C. (2018). Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares.
30. Hernández-Vásquez, Akram, et al. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud colectiva*, 2016, vol. 12, p. 429-441.

31. Fernández-Vega, I. L., & Rivero, Y. F. Técnicas educativas como instrumentos preventivos de la salud bucal en adolescentes. MULTIMED, 2017, vol. 19, no 5, p. 934-948.
32. Rueda Martínez, G., & Albuquerque, A. (2017). La salud bucal como derecho humano y bien ético. Revista latinoamericana de Bioética, 17(1), 36-59.
33. González-Penagos, C. et al. Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2015, vol. 13, no 2, p. 715-724.
34. Esbeidy Huesca Acosta. Manual de higiene bucal en universidad veracruzana. [en línea].24-may-2011. [disponible].
35. Rizzo-Rubio LM, Torres-Cadavid AM, Martínez-Delgado CM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Rev. CES Odont 2016; 29(2): 52-64.
36. Stoopler, Eric T. Enfatizando el cuidado de la salud bucal. The Journal of the American Dental Association , 2019, vol. 150, no 7, p. 568.
37. García-Zavaleta, C. Equidad y salud bucal: Equidad y Salud Bucal. Revista Estomatológica Herediana, 2015, vol. 25, no 2, p. 85-86.
38. Nápoles González I, Evolución histórica del cepillo dental. Rev Cubana Estomatol citado vol.52 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2015 [en línea]. 4 de enero de 2015.
39. Lina María Rizzo-Rubio, Ana María Torres-Cadavid, Cecilia María Martínez-Delgado. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Rev. CES Odont 2016; 29(2): 52-64.
40. Liliana Acuña Cepeda. Su Salud Bucal / la historia de la pasta dental. [en línea] 16 de nov 2008.
41. María de Lourdes Gualli Hidalgo. Estudio in vitro de la eficacia en la inhibición del Streptococcus mutans de seis pastas dentales de uso pediátrico [Tesis para optar el grado de Especialista en Odontología mención en Odontopediatría]. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2014.

42. Rizzo-Rubio y cols. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *CES Odontología*, 2016, vol. 29, no 2, p. 52-64.
43. Julián Pérez Porto, María Merino. Definición de pasta dental. [Publicación periódica en línea] 2013.
44. Carrillo SC.. El desarrollo de la primera pasta dental con fluoruro. Semblanza Histórica. En los 50 años del Oral Health Research Institute (OHRI). *Revista ADM*, 2019, vol. 76, no 3.
45. Pastas Dentales: Compañera del cepillo es la pasta de dientes, indispensables para la higiene bucal en particular y para la salud en general. [en línea] Enero 2013.
46. Itziar Arteagoitia Calvoa, M. Antonia Díez García. Cepillos y accesorios. Limpieza bucal. [en línea] 2002. [Citado: 2002 octubre 5]; (16): [65-62].
47. Portaro, Chis. *World Dental Association. World*, 2019, vol. 23, p. 07.
48. Surco Luna Victor Jezbít. Alteraciones gingivales en adultos mayores. *Rev. Act. Clin. Med.* 2012; vol(17).
49. López, M. D. Álvarez, M. D., & Morales, A. A. La clorhexidina, bases estructurales y aplicaciones en; la estomatología. 2017 *Gaceta Médica Espirituana*, 11(1), 8.
50. Rizzo-Rubio, L. M., Torres-Cadavid, A. M., & Martínez-Delgado, C. M. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *CES Odontología*, 2016, vol. 29, no 2, p. 52-64.
51. Menezes, V. A. D., Lorena, R. P. F., Rocha, L. C. B., Leite, A. F., Ferreira, J. M. S., & Granville-Garcia, A. F. (2010). Prácticas de higiene bucal, uso de servicios dentales y autopercepción de salud bucal de escolares de una zona rural en la región del noreste de Brasil. *Revista Odonto Ciência*, 25(1), 25-31.
52. Antunes, JL, et al. Salud gingival de los adolescentes y la utilización de servicios dentales, estado de São Paulo, Brasil., 42(2), 191-199.
53. Méndez, C. A. S., Corredor, M. A. N., & Fonseca, A. Z. R. Correlaciones entre la condición gingival, prácticas, creencias y modelos de comportamiento de salud oral en estudiantes universitarios de Bogotá, Colombia. *Universitas Odontológica*, 2016, vol. 35, no 75, p. 1-28.

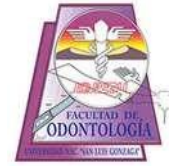
54. Villalón Fernández, P. et al. Autocuidado de las encías y salud periodontal. *Revista Información Científica*, 2018, vol. 97, no 4, p. 868-879.
55. Pontón Suárez, A. C. Pérdida del nivel de inserción clínica de la encía con efecto en el tejido de soporte. Quito 2018. 2019. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Chimborazo, 2019.
56. Salzer, Sonja, y col. Eficacia del control de la placa mecánica interdental en el manejo de la gingivitis: una meta revisión. *Revista de periodontología clínica*, 2015, vol. 42, p. S92-S105.
57. Newbrun, Ernest. Índices para medir el sangrado gingival. *Revista de periodontología* , 1996, vol. 67, no 6, p. 555-561.
58. Silness, J., & Løe, H. (1964). Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta odontologica scandinavica*, 22(1), 121-135.
59. Ribes Iñesta, E. Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*. 2015 26(3), 367-383.
60. Navarrete, M., y col. Correlación entre biotipo gingival, ancho y grosor de encía adherida en zona estética del maxilar superior. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 2015, 8(3), 191-197.
61. Lorente, A. y col. Caries dental: influencia de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en niños en edad escolar. *Acta Pediátrica Española* 2016, 74(10), 246-252.
62. Pannuti, C. M., y col. Pasta dental con fluoruro de amina en la prevención de caries dental: revisión de la literatura. *Braz J Periodontol-September*, 2018; 28(03).
63. Chapple, IL, y cols. (2015). Prevención primaria de periodontitis: manejo de gingivitis. *Revista de periodontología clínica* , 42 , S71-S76.}
64. Obando Sánchez, L. A. Anatomía del periodonto macroanatomía y microanatomía del periodonto. 2019.

#### XIV. ANEXO

#### ANEXO N° 01



### CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL



#### OPERADORES:

N° \_\_\_\_\_

- ARANGO HUASHUAYO JESSICA BRIYIHT
- LLANTO CASIO NELLY GRACIELA
- PÉREZ MENDIETA SOLEYLI LIZBHET

#### **Indicaciones**

Esta parte del cuestionario contiene 10 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que considere más adecuada.

#### **I. DATOS GENERALES:**

**EDAD:**  <12-25> años      **GÉNERO:** Femenino   
 <26-45> años      Masculino   
 <46-65> años

---

Marque con una equis (x) la letra de la alternativa que considera correcta.

1. ¿Qué entiende usted por "higiene bucal"?
  - a) Tener dientes sanos, encías sanas y buen aliento.
  - b) Tener dientes sanos y una sonrisa bonita.
  - c) Tener dientes blancos y sanos.
  
2. ¿Cada cuánto tiempo debemos ir al odontólogo como mínimo?
  - a) Una vez al año.
  - b) 2 veces al año.
  - c) Solamente cuando tengamos dolor de diente.
  
3. Para tener una buena higiene bucal, ¿Qué materiales debemos usar?
  - a) El cepillo y la pasta dental.
  - b) El cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuagatorios bucales.
  - c) Sólo hilo dental y enjuagatorios bucales.
  
4. ¿Por qué piensa usted que se debe cepillar la lengua?
  - a) Sólo para poder tener una lengua bonita.
  - b) Para poder saborear mejor todos los alimentos.
  - c) Para poder prevenir el mal aliento y la acumulación de bacterias en la boca.
  
5. ¿Cuántas veces al día realiza su cepillado dental?
  - a) 1 vez al día.
  - b) 2 veces al día.
  - c) 3 veces al día, después de desayunar, almorzar y cenar.
  
6. ¿El cepillo dental; cada cuánto tiempo se debe cambiar?
  - a) Cada 2 meses.
  - b) Cada 3 meses.
  - c) Cada 6 meses.

7. Según usted, ¿Cómo se puede prevenir la caries?
- No consumiendo alimentos con azúcar.
  - Cepillándose los dientes después de consumir cualquier alimento.
  - No comiendo galletas, dulces y otras golosinas.
8. ¿Qué entiende usted por “Placa Bacteriana”?
- Son manchas que se encuentran en la superficie de la lengua.
  - Son manchas blanquecinas ubicadas en los dientes.
  - Son los restos de alimentos y microorganismos que se adhieren al diente.
9. ¿Qué entiende usted por “Gingivitis”?
- Encías de color rojo y que sangran.
  - Dolor de los dientes y del labio.
  - Labios completamente hinchados.
10. ¿Cómo cree usted que se puede prevenir la gingivitis?
- No consumiendo dulces.
  - Cepillándose los dientes después de cada comida.
  - Lavándose la lengua y los labios.

*¡Gracias por su colaboración!*

<b>ALTO</b>	7 – 10 pt
<b>REGULAR</b>	4 – 6 pt
<b>BAJO</b>	0 – 3 pt



**ANEXO 02:**

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**FICHA CLÍNICA PARA EVALUAR EL ESTADO DE SALUD GINGIVAL**

N° \_\_\_\_\_

**OPERADORES:**

- ARANGO HUASHUAYO JESSICA BRIYIHT
- LLANTO CASIO NELLY GRACIELA
- PÉREZ MENDIETA SOLEYLI LIZBHET

**I. DATOS GENERALES:**

**EDAD:**  <12-25> años

**GÉNERO:** Femenino

<26-45> años

Masculino

<46-65> años

**II. MEDICION DEL ESTADO GINGIVAL (Según Loe y Silness)**

Pza. 1.6	Pza. 1.1	Pza. 2.4	Pza. 3.6	Pza. 3.2	Pza. 4.4	IPLS

<b>GINGIVITIS LEVE</b>	>0.5 a 1	
<b>GINGIVITIS MODERADA</b>	>1 a 2	
<b>GINGIGIVTIS SEVERA</b>	>2	

**ANEXO 03:**


**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

“RELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD GINGIVAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL COMEDOR 5 DE AGOSTO DE PARCONA -2018”

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: ..... con DNI N°... ..... habiendo sido explicado sobre los objetivos previstos e informado al respecto, acepto de manera completamente libre y voluntaria, participar en la investigación titulada “RELACION DEL ESTADO DE SALUD GINGIVAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL COMEDOR 5 DE AGOSTO DE PARCONA – 2018” y estando conforme de que los resultados serán expuestos con fines de estudio el cual se llevará a cabo en esta organización pública, por las egresadas de la facultad de Odontología: Arango Huashuayo Briyht, Llanto Casio Nelly, Pérez Mendieta Soleyli.

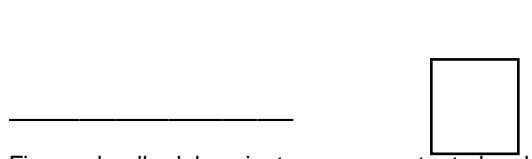

Firma o huella del paciente o representante legal
<b>D.N.I:</b>

ARANGO HUASHUAYO DNI:71830835	
LLANTO CASIO DNI: 70179578	
PÉREZ MENDIETA DNI:70255458	

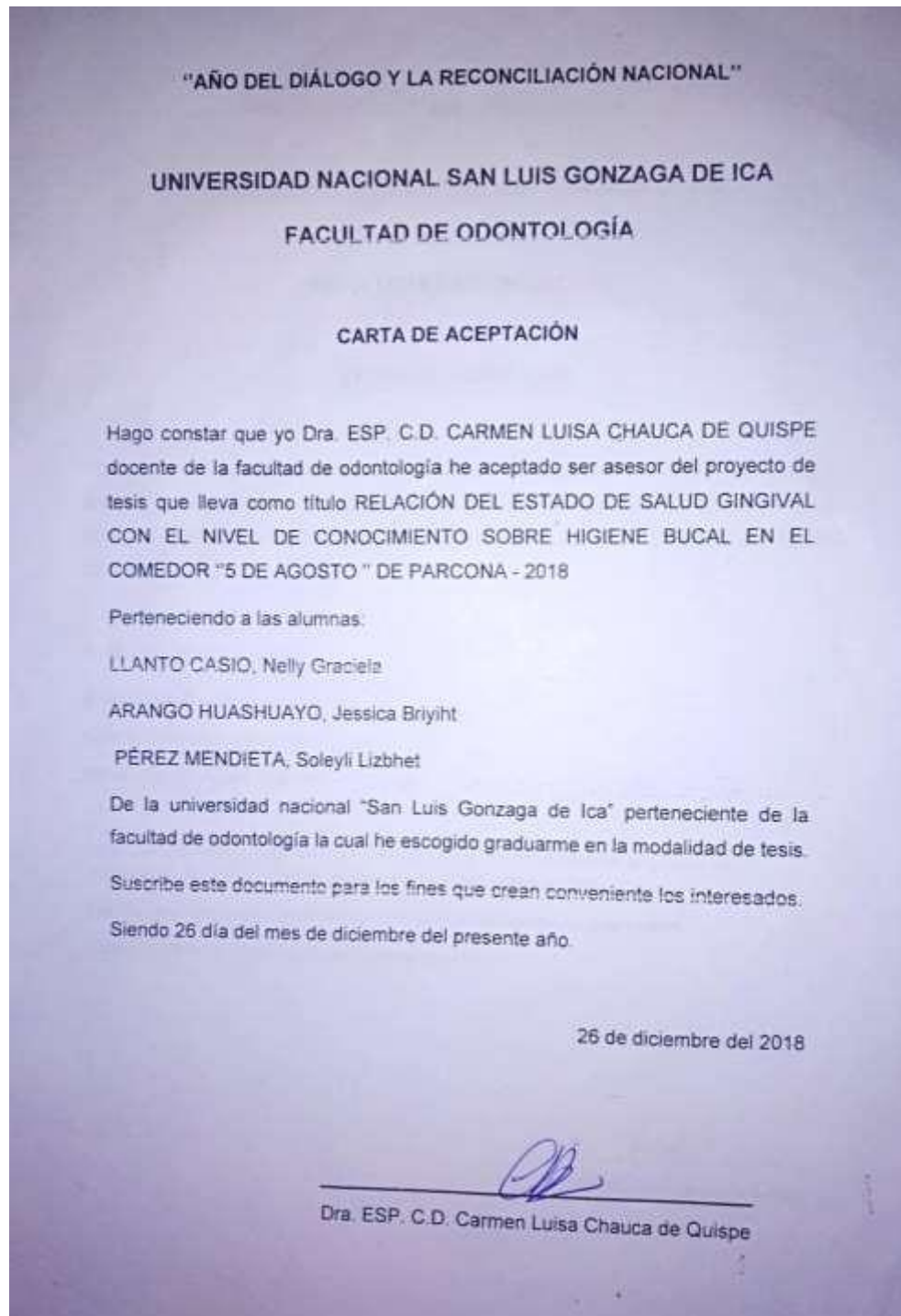
**NOTA: En caso de que el paciente sea menor de edad, la autorización será firmada por el apoderado o representante legal, cuyo parentesco es siendo su apellido y nombre**

.....  
.....

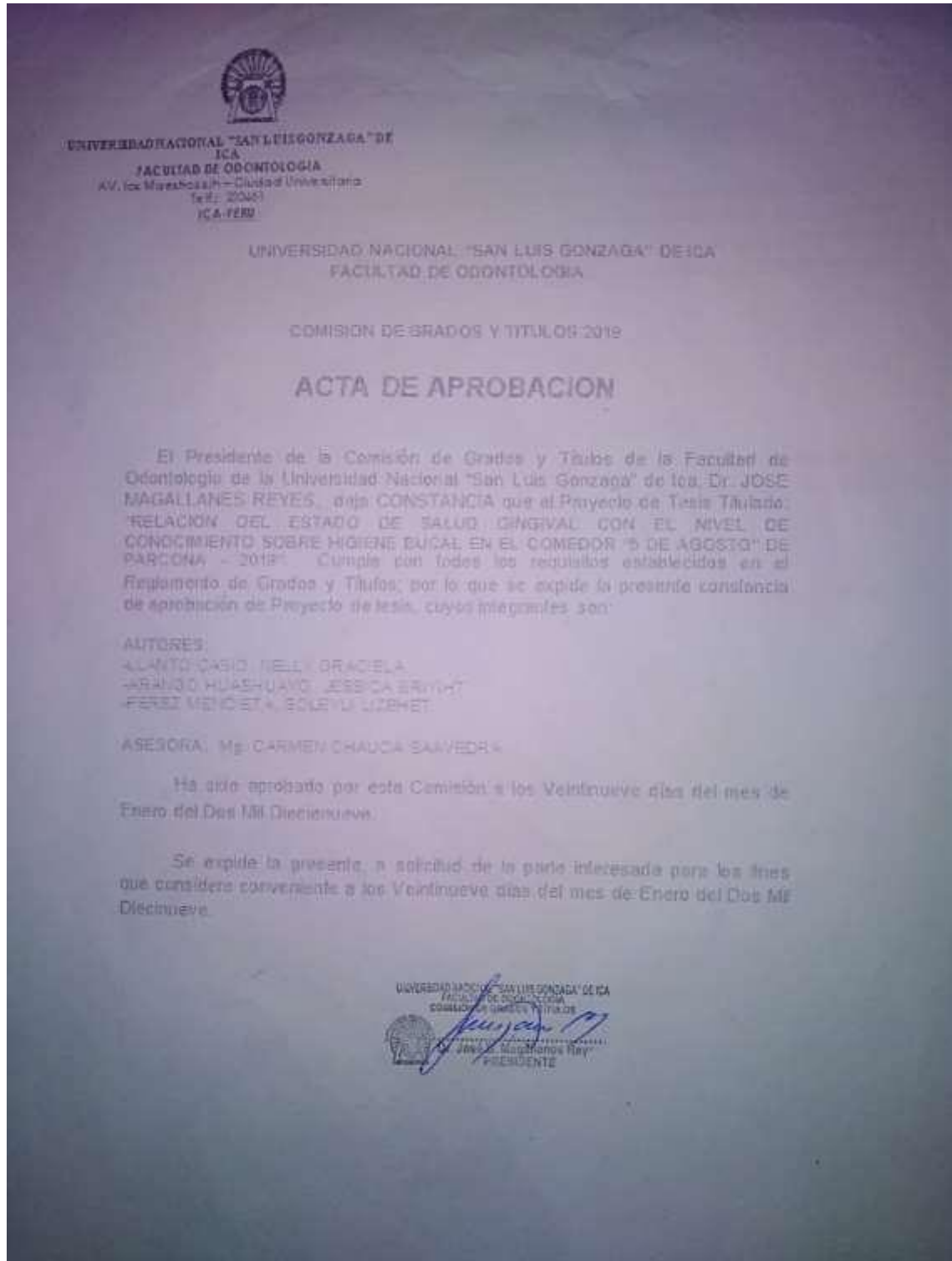
**REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO**


Firma o huella del paciente o representante legal
<b>D.N.I:</b>

**ANEXO 04:**  
**CARTA DE ACEPTACIÓN DE NUESTRA ASESORA**



**ANEXO 05:**  
**ACTA DE APROBACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO**



**ANEXO 06:**  
**CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO**

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

**CARTA DE ACEPTACIÓN**

Yo, Laura Yarasca Cahuana identificada con DNI 21536490, en calidad de presidente del comedor popular "5 de Agosto - Parcona", doy mi aprobación para que se lleve a cabo la investigación titulada "RELACION DEL ESTADO DE SALUD GINGIVAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN EL COMEDOR 5 DE AGOSTO DE PARCONA – 2018", el cual se llevara a cabo en esta organización publica por las egresadas de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica ; ARANGO HUASHUAYO JESSICA BRIYIHT, LLANTO CASIO NELLY GRACIELA, PÉREZ MENDIETA SOLEYLI LIZBHET.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que considere conveniente.

Ica, 07 de noviembre del 2018


LAURA YARASCA CAHUANA

DNI 21536490

Presidenta de la  
organización publica

COMEDOR POPULAR

## ANEXO 7:

### PERMISO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

SOLICITO: Permiso para la ejecución del proyecto.

SEÑOR (A):  
LAURA YARASCA CAHUANA  
PRESIDENTA DEL COMEDOR "5 DE AGOSTO" PARCONA - ICA

---

PRESENTE:

Es grato dirigirnos a usted para saludarla cordialmente y hacerle conocimiento que nosotras: ARANGO HUASHUAYO JESSICA BRIYHT, LLANTO CASIO NELLY GRACIELA, PÉREZ MENDIETA SOLEYLI LIZBHET, egresadas de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica (UNICA) hemos elaborado el proyecto de tesis titulado "RELACION DEL ESTADO DE SALUD GINGIVAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN EL COMEDOR 5 DE AGOSTO DE PARCONA -2018, por lo que se le solicita a usted el permiso correspondiente para poner en ejecución nuestro proyecto el día 31 de Marzo del presente año .

Sin otro particular, nos despedimos esperando acceda a nuestra petición.

Atentamente,

Ica, 3 de febrero del 2019

 ARANGO HUASHUAYO Estudiante de la facultad de Odontología UNICA	 LLANTO CASIO Estudiante de la facultad de Odontología UNICA	 PÉREZ MENDIETA Estudiante de la facultad de Odontología UNICA
--	--	--

  
LAURA YARASCA CAHUANA  
DNI 21536490  
Presidenta de la organización pública  
COMEDOR POPULAR



## ANEXO 08:

### CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

CONSTANCIA

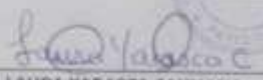
De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de la presidenta del "COMEDOR 5 DE AGOSTO" Parcona – Ica, me permito exponer lo siguiente:

La presente constancia tiene como finalidad dar a conocer que se le dio apertura a las estudiantes ARANGO HUASHUAYO JESSICA BRIYIHT, LLANTO CASIO NELLY GRACIELA, PÉREZ MENDIETA SOLEYLI LIZBHET de la carrera de odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, quienes realizaron satisfactoriamente las actividades propuestas en su proyecto de investigación, la cual se titula: "RELACION DEL ESTADO DE SALUD GINGIVAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN EL COMEDOR 5 DE AGOSTO DE PARCONA -2018 el 31 de marzo del año en curso.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, para los fines que estime conveniente.

Atentamente,

  
  
LAURA YARASCA CAHUANA  
DNI 21536490  
Presidenta de la  
Organización Pública  
COMEDOR POPULAR

**ANEXO 09:  
LEGALIZACIÓN DE LA TESIS**

**ATA SARA VELASQUEZ  
NOTARIO ABOGADA  
CALLE YACNA 120 ICA  
TELEFAX (066) 213746 / 229808**




**DECLARACION JURADA**

Nosotros, ARANGO HUASHUAYO JESSICA BRIYIHT, identificado con DNI 71830835, con domicilio en Psj. Los Mártires A-21 Tinguiaña, y LLANTO CASIO NELLY GRACIELA, identificado con DNI 70179578, con domicilio en La Palma A-42 Ica, y PEREZ MENDIETA SOLEYLI LIZBHET, identificado con DNI 70255458, con domicilio en Urb. Sol de Ica O-8.

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

Que la tesis de TÍTULO "RELACION DEL ESTADO DE SALUD GINGIVAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN EL COMEDOR 5 DE AGOSTO DE PARCONA – 2018", es totalmente de nuestra auditoría.

Ica, 10 de junio del 2019

 ARANGO HUASHUAYO JESSICA BRIYIHT DNI 71830835	 LLANTO CASIO NELLY GRACIELA DNI 70179578
 PEREZ MENDIETA SOLEYLI LIZBHET DNI 70255458	

**LEGALIZACION AL DORSO →**

Perez Mendiceta Soloy Lizbeth  
DNI: 70255458

*[Handwritten signature]*



Arango Huasahuayo Jessica Bright

DNI: 71830835

*[Handwritten signature]*



LLANTO CRISTO NELLY GRACIELA

DNI: 70779578

*[Handwritten signature]*



CERTIFICO: Que, las firmas que anteceden corresponden a  
Nelly Graciela Llanto Cristo, Soloy Lizbeth  
Perez Mendiceta, Jessica Bright Arango Huasahuayo  
Identificados(as) con DNI 70779578, DNI 70255458  
DNI 71830835 quienes también imprimen su huella  
digital dejando constancia esta notaria que no asume  
responsabilidad sobre el contenido del documento (ART. 1009  
del D.L. LEG. 1047 ICA. 10 JUN 2019



ALA PARA SELLOS  
NOTARIO-ABOGADA  
M.A. PERU

**ANEXO 10:  
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA**





