

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



Relación entre el estado de salud bucal y hábitos de higiene oral en efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal – Majes, Arequipa 2024.

Tesis presentada por la Bachiller:
Lastarria Arce, Cristina Andrea
ORCID: 0009-0008-5901-9650

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Asesor:
Dr. Figueroa Banda, Rufo Alberto
ORCID: 0000-0001-7249-0270

Arequipa – Perú
2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 20 de Mayo del 2025

Dictamen: 014538-C-EPO-2025

Visto el borrador del expediente 014538, presentado por:

2017402102 - LASTARRIA ARCE CRISTINA ANDREA

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN EFECTIVOS
POLICIALES DE LA COMISARÍA SECTORIAL EL PEDREGAL - MAJES, AREQUIPA 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

CIRUJANO DENTISTA

**29716878 - PORTILLA MIRANDA SEREY DORIS
DICTAMINADOR**



**30963687 - VALDIVIA PINTO PATRICIA MARCELA
DICTAMINADOR**



**42198922 - GALLEGOS MISAD PEDRO PABLO
DICTAMINADOR**



Relación entre el estado de salud bucal y hábitos de higiene oral en efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal – Majes, Arequipa 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	2%
3	apps.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
5	Submitted to October University for Modern Sciences and Arts (MSA) Trabajo del estudiante	<1%
6	lildbi.fcm.unc.edu.ar Fuente de Internet	<1%
7	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
8	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

A Jehová Dios, quien es una fuente de fortaleza y sabiduría, gracias por la guía y amor, que me ha ayudado a recorrer este camino con esperanza, fe y determinación, gracias por tus enseñanzas, por siempre estar aquí en las buenas y malas. Sin tu ayuda nada sería posible.

A mi familia, mis amados padres, Orlando y Jilma, quienes han sido un gran apoyo, gracias por su amor incondicional, por enseñarme el significado de disciplina, esfuerzo y dedicación.

A mi hermana menor Flavia, quien siempre está a mi lado, es amiga y confidente,

A mis pequeños grandes compañeros de vida: Nita, Michael, Gildo y Bagui, quienes ya partieron, pero siguen ocupando un lugar inmenso en mi corazón, gracias por tantos años de amor incondicional, por acompañarme silenciosamente en los días difíciles, por recibirme siempre con alegría al llegar a casa de la universidad y por demostrarme que la compañía más sincera no siempre habla, los extraño profundamente.

Y a los que aún están conmigo: Carrie, Steban, Stella y Dodo por su presencia única y especial.

AGRADECIMIENTOS

A Jehová Dios, por ser la guía y fuerza para continuar en el camino de la vida.

A mi familia. por su amor incondicional.

A la Universidad Católica De Santa María, por darme la oportunidad de formar parte de la carrera de Odontología.

A los profesores, por sus enseñanzas durante estos años.

A los efectivos policiales de la Comisaría El Pedregal, por permitir realizar mi estudio de investigación.



RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo principal establecer relación entre el estado de salud bucal y hábitos de higiene oral de los efectivos policiales que pertenecen a la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa 2024, la población estuvo conformada por 218 efectivos policiales provenientes de las comisarías de Majes – Arequipa, la muestra estuvo conformada por 139 policías. Este estudio es de tipo diseño no experimental, perteneciente al abordaje cuantitativo, y por número de mediciones de las variables, es de tipo transversal. Para poder realizar la evaluación, cada efectivo policial firmo un consentimiento informado detallando cada procedimiento, los efectivos policiales que aceptaron participar de la investigación, fueron evaluados mediante un cuestionario llamado “hábitos de higiene oral”, dicho cuestionario estuvo conformado por 24 preguntas. Los hábitos de higiene oral dieron como resultado que el 70.5%, manifiestan hábitos regulares, un 22.3% manifiestan malos hábitos, y solo un 7.2% de los participantes tienen buenos hábitos. Se realizó una evaluación clínica, mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) e Índice de Caries (CPOD), los resultados evidenciaron que el análisis del índice de higiene oral simplificado, la mayoría de los efectivos policiales están se encuentran en el nivel regular, con un 66.9%, un 20.1% presenta un índice de higiene deficiente, solo un 12.2% de los participantes posee una higiene buena, y 0.7% de los encuestados alcanza un nivel excelente. En cuanto al CPOD reveló que el 56.1% presenta un índice de caries moderado, 32.4% presenta un índice de caries alto, 10.8% de los participantes muestra un índice de caries bajo, y 0.7% de los encuestados tiene un índice de caries muy bajo, respecto al estado de salud bucal, la mayoría de los estudiados presento niveles de placa bacteriana y caries, lo cual refleja una condición oral comprometida. La prueba de normalidad dio como resultado que las variables no presentaban una distribución normal, por lo cual se vio como consecuente utilizar el coeficiente de Rho de Spearman, hallando así una correlación positiva y significativa para los hábitos de higiene oral y los índices que evalúan el estado de salud bucal, IHOS ($p= 0.430$, $p < 0.001$), y CPOD ($p= 0.430$, $p < 0.001$), ($p < 0.001$).

Por último, se concluye que existe una relación directa entre los hábitos de higiene oral y el estado de salud bucal en la población estudiada, que resalta la importancia de implementación de estrategias preventivas y educativas que aborden el autocuidado y seguimiento odontológico.

Palabras clave: efectivos policiales, prevención, condición oral.

ABSTRACT

The main objective of this research is to establish the relationship between the state of oral health and the oral hygiene habits of the police officers belonging to the El Pedregal Majes – Arequipa 2024 Sectoral Police Station, the population was made up of 218 police officers belonging to the Majes – Arequipa police stations, the sample was made up of 139 police officers. The study is of non-experimental design, belonging to the quantitative approach, and by number of measurements of the variables is of a cross-sectional type. In order to carry out the evaluation, each police officer signed an informed consent detailing each procedure, the police officers who agreed to participate in the research were evaluated through a questionnaire of oral hygiene habits, the questionnaire was made up of 24 questions. Oral hygiene habits resulted in 70.5% having regular habits, 22.3% having bad habits, and only 7.2% of the participants having good habits. A clinical evaluation was carried out, using the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) and the Caries Index (DMFT), the results showed that the analysis of the simplified oral hygiene index most police officers are at the regular level, with 66.9%, 20.1% have a deficient hygiene index, only 12.2% of the participants have good hygiene, and 0.7% of respondents achieve an excellent level. Regarding DMFT, he revealed that 56.1% have a moderate caries index, 32.4% have a high caries index, 10.8% of the participants show a low caries index, and 0.7% of the respondents have a very low caries index, in the state of oral health, most of the studied presented levels of bacterial plaque and caries, which reflects a compromised oral condition. The normality test showed that the variables did not have a normal distribution, so Spearman's Rho coefficient was used, thus finding a positive and significant correlation between oral hygiene habits and the indices that evaluate oral health status, OHI-S ($p = 0.430$, $p < 0.001$), and DMFTC ($p = 0.430$, $p < 0.001$), ($p < 0.001$).

It was concluded that there is a direct relationship between oral hygiene habits and oral health status in the population studied, which highlights the importance of implementing preventive and educational strategies that address self-care and dental follow-up.

Keywords: police officers, prevention, oral condition.

ÍNDICE

<i>DEDICATORIA</i>	
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 Determinación del problema	4
1.2 Enunciado del problema	6
1.3 Descripción del problema	6
2. OBJETIVOS	11
3. MARCO TEÓRICO	12
3.1 Conceptos Básicos	14
3.1 Antecedentes Investigativos	38
4. HIPÓTESIS	39
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	40
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	41
1.1 Técnica	41
1.2 Instrumentos	43
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	44
2.1 Ubicación Geográfica	44
2.2 Periodo de Ejecución	44
2.3 Unidades de Estudio	44
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN	46
3.1 Organización	46
3.2 Recursos	46
4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	47
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
6. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS	47
6.1 Plan de Procesamiento	47
6.2 Plan de análisis de datos	49

7. CRONOGRAMA	50
CAPÍTULO III: RESULTADOS	51
1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	52
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS	68

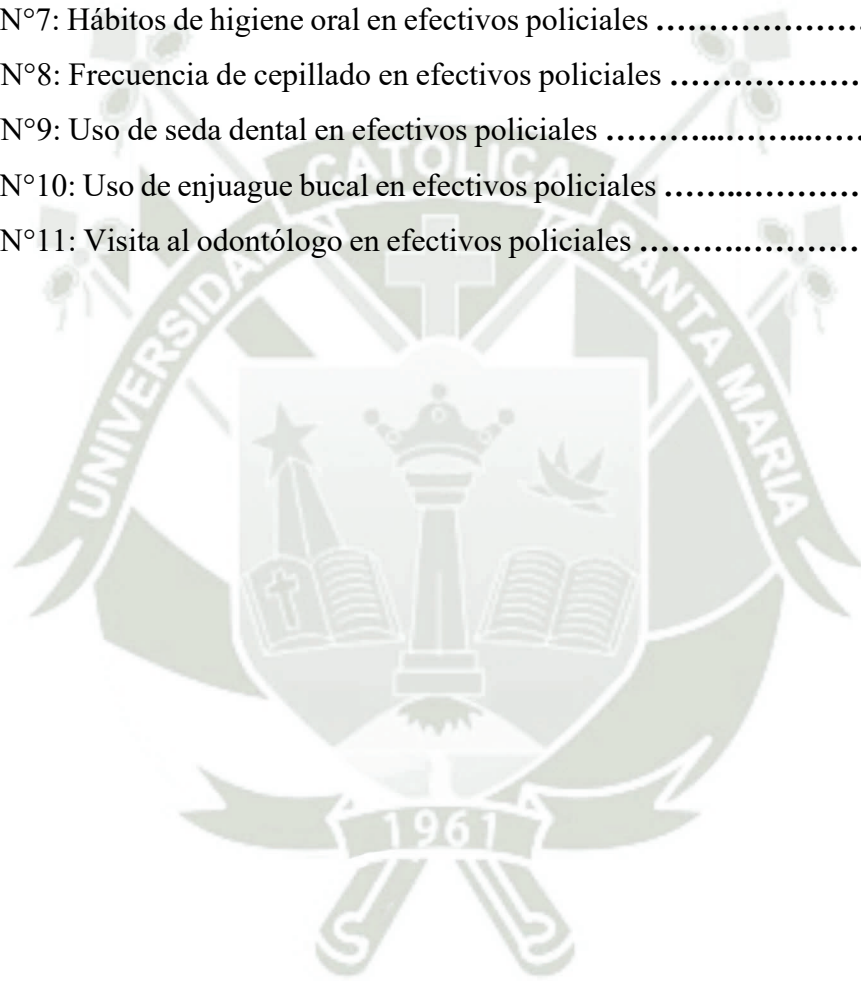


ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Operalización de Variables.	7
TABLA N°2: Tipo de Investigación	9
TABLA N°3: Esquematización de la Técnica e Instrumento.	41
TABLA N°4: Estructura del Instrumento.	43
TABLA N°5: Tratamiento Estadístico.	49
TABLA N°6: Género de los efectivos policiales.....	52
TABLA N°7: Grado de los efectivos policiales	53
TABLA N°8: Edad de los efectivos policiales	54
TABLA N°9: Índice de higiene oral simplificado en efectivos policiales.....	55
TABLA N°10: Índice de caries CPOD en efectivos policiales	56
TABLA N°11: Hábitos de higiene oral en efectivos policiales	57
TABLA N°12: Frecuencia de cepillado en efectivos policiales	58
TABLA N°13: Uso de seda dental en efectivos policiales	59
TABLA N°14: Uso de enjuague bucal en efectivos policiales	60
TABLA N°15: Visita al odontólogo en efectivos policiales	61
TABLA N°16: Prueba de Normalidad	62
TABLA N°17: Relación entre estado de salud bucal y hábitos de higiene oral	63

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1: Diagrama Operativo de la Investigación.	42
FIGURA N°2: Género de los efectivos policiales	52
FIGURA N°3: Grado de los efectivos policiales	53
FIGURA N°4: Edad de los efectivos policiales	54
FIGURA N°5: Índice de higiene oral simplificado en efectivos policiales	55
FIGURA N°6: Índice de caries CPOD en efectivos policiales	56
FIGURA N°7: Hábitos de higiene oral en efectivos policiales	57
FIGURA N°8: Frecuencia de cepillado en efectivos policiales	58
FIGURA N°9: Uso de seda dental en efectivos policiales	59
FIGURA N°10: Uso de enjuague bucal en efectivos policiales	60
FIGURA N°11: Visita al odontólogo en efectivos policiales	61



ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N°1: Autorizaciones.	75
ANEXO N°2: Modelo de los Instrumentos.	78
ANEXO N°3: Consentimiento Informado.	82
ANEXO N°3: Matriz de Sistematización de Datos.	84
ANEXO N°3: Evidencias Fotográficas.	87

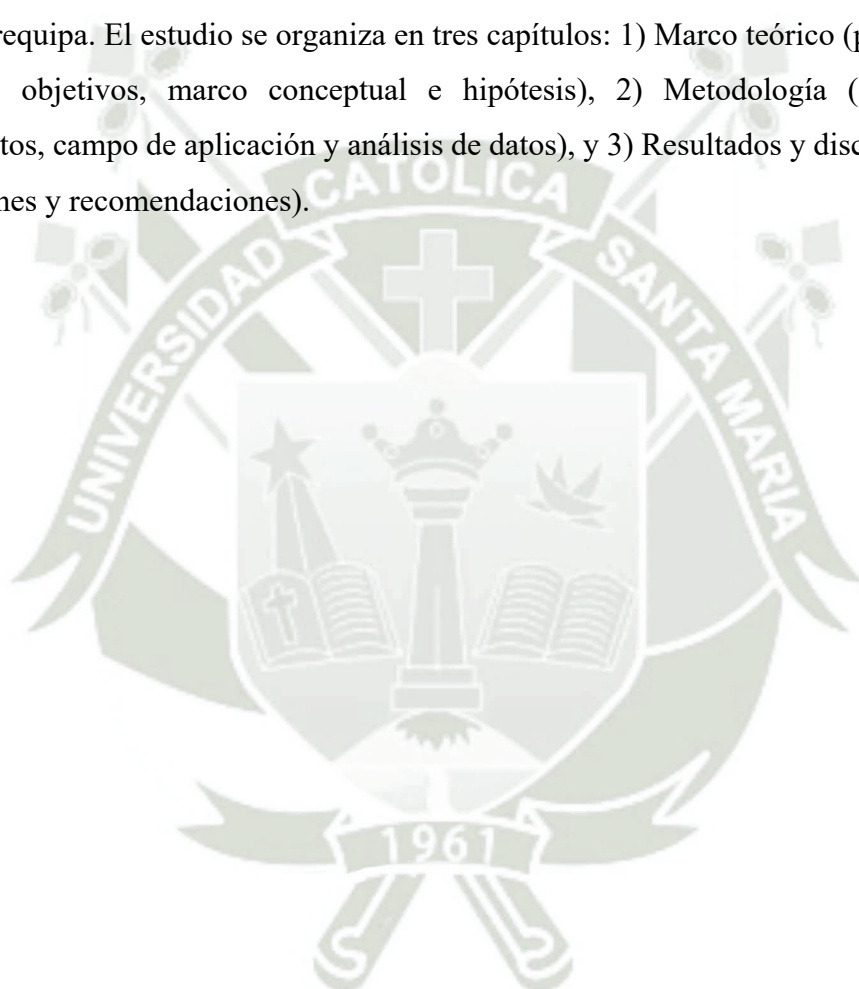




INTRODUCCIÓN

La salud bucodental representa un componente fundamental del bienestar integral, debido a su impacto directo en múltiples dimensiones de la salud humana. A lo largo del tiempo, se ha comprendido que mantener una adecuada condición oral no solo contribuye a mejorar el nivel de vida, sino que también facilita funciones esenciales, como una masticación eficiente, lo cual favorece el proceso digestivo y la absorción adecuada de los nutrientes. Del mismo modo, la cavidad oral desempeña un rol determinante en la articulación del habla, facilitando la comunicación interpersonal. Diversos estudios han documentado la existencia de asociaciones entre la salud bucal y diversas enfermedades sistémicas, incluyendo la diabetes, las patologías cardiovasculares y los trastornos respiratorios, lo que evidencia su relevancia dentro del enfoque de salud global. En el contexto peruano, se estima que aproximadamente el 90 % de la población presenta caries dental(1), acompañada con frecuencia por otras alteraciones como la maloclusión y la enfermedad periodontal . De igual modo, se ha informado que un 10 % de los ciudadanos ha perdido al menos una o dos piezas dentales como resultado de estas condiciones (2). Frente a este panorama, el Instituto Nacional de Salud peruano declaró en 2021 a la salud bucal como una prioridad en la agenda sanitaria nacional, dando origen al Plan de Salud Bucal 2021-2023. Esta iniciativa se comenzó con la identificación de urgencias nacionales de indagación para el periodo 2021-2025, estableciendo directrices orientadas a fomentar la producción científica en esta área. La estrategia se sustenta en cuatro principios rectores y cinco líneas estratégicas, cuyo propósito es consolidar las acciones en salud bucal desde un enfoque integral. Entre los objetivos clave destacan la realización de análisis epidemiológicos, el fortalecimiento del sistema de información para el cuidado de enfermedades orales, la crítica evaluación de prueba científica disponible y la promoción de intervenciones equitativas para la prevención y el tratamiento, todo ello garantizando que los pacientes no enfrenten barreras económicas para acceder a los servicios (3). En paralelo, la carencia de información adecuada sobre hábitos de higiene oral genera consecuencias adversas, entre ellas el desarrollo de caries y enfermedades periodontales. Conforme a la OMS, una higiene bucal adecuada debe complementarse con saludables estilos de vida(4). En este sentido, las prácticas de cuidado oral adquieren un rol preventivo fundamental. Actividades como el frecuente cepillado, el uso de hilo dental y enjuagues, sumadas a controles periódicos con el odontólogo, permiten reducir significativamente el riesgo de patologías bucales. No obstante, en muchas comunidades, estas prácticas todavía no se realizan de manera correcta ni con la frecuencia recomendada, lo que limita su efectividad en la prevención de enfermedades en la cavidad bucal.

Debido a las exigencias propias de su labor, los efectivos policiales se enfrentan frecuentemente a condiciones laborales que afectan sus rutinas de autocuidado, como los turnos rotativos y la escasez de tiempo, lo cual repercute negativamente en la higiene oral y, en consecuencia, en su salud bucal. A pesar de la relevancia de mantener una adecuada salud oral, el conocimiento disponible acerca del tema en dicha población es reducida. En estas condiciones, la presente indagación tiene como propósito principal analizar la relación entre los hábitos de higiene oral y el estado de salud bucal en los efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal - Majes- Arequipa. El estudio se organiza en tres capítulos: 1) Marco teórico (planteamiento del problema, objetivos, marco conceptual e hipótesis), 2) Metodología (diseño, técnicas, instrumentos, campo de aplicación y análisis de datos), y 3) Resultados y discusión (hallazgos, conclusiones y recomendaciones).





**CAPÍTULO I:
PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

La salud bucal es considerada un fundamental derecho humano y su mantenimiento adecuado, resulta indispensable para asegurar una satisfactoria calidad de vida. En el contexto actual, esta dimensión de la salud ha adquirido un lugar prioritario dentro de las políticas sanitarias a nivel mundial (5). Según la OMS, la higiene oral es un componente esencial del bienestar integral del ser humano, abarcando aspectos físicos, mentales y sociales(4). Esta organización conceptúa la salud bucodental como la no presencia de alteraciones que comprometan el equilibrio de la cavidad oral, tales como el dolor orofacial crónico, el cáncer oral o faríngeo, las úlceras bucales, las malformaciones congénitas como el paladar hendido y el labio leporino, así como las enfermedades periodontales, la caries dental, la pérdida de piezas dentarias y otras condiciones que afectan negativamente la función y el bienestar bucal (6). A nivel global, la caries continúa siendo una de las enfermedades con mayor presencia en la gente. En el caso del Perú, los registros del sistema de información de salud revelan que las patologías que comprometen los tejidos duros y blandos de la boca, así como aquellas que afectan las glándulas salivales y estructuras anexas, se ubican en segundo lugar entre las causas primordiales de morbilidad atendidas en los servicios médicos. En este marco, la presente indagación tiene como finalidad determinar la relación entre el estado de salud bucal y los hábitos de higiene oral en los efectivos policiales del distrito de El Pedregal, situado en la región Arequipa. Dentro del campo de la salud bucal, la prevención constituye un pilar fundamental, orientado a evitar la aparición de enfermedades orales y a preservar el equilibrio funcional de la cavidad bucodental. Esta labor preventiva reviste gran relevancia, ya que permite disminuir la incidencia de afecciones como la caries y la enfermedad periodontal, consideradas importantes responsables de la pérdida dentaria y del deterioro de la salud oral. Además, es importante destacar que hay una fuerte conexión entre la salud bucal y la salud en general, dado que se ha demostrado la asociación entre diversas enfermedades orales y patologías sistémicas, en especial aquellas de tipo cardiovascular. La detección temprana de un problema, las visitas al odontólogo permiten identificar problemas en etapa inicial evitando que se convierta en una complicación mayor, si la situación no es atendida, podría generar graves consecuencia, tanto a nivel individual como a nivel

organizacional, afectando la salud bucal, salud general y desempeño profesional. Otro pilar fundamental, es el impacto a la salud general, cuyo aporte es reforzar la idea de que el cuidado bucal no es solo un tema estético o local, sino una cuestión integral de salud, adicionalmente la percepción de riesgo el cual incluye como los efectivos perciben el riesgo de enfermedades bucales, que, aunque presenten el conocimiento, podrían no darles suficiente importancia a las consecuencias resultantes por practica inadecuada. Por lo tanto, es necesario investigar como estos pilares interactúan y afectan estado de salud bucal, este estudio no solo busca identificar las deficiencias actuales, si no poder proponer soluciones viables que ayuden a conocer la salud bucal. Algunas funciones que cumplen están arraigadas a riesgos físicos y psicológicos los cuales suelen afectar la salud integral, es importante que dicho individuo a investigar - efectivo policial continúe con las labores cotidianas teniendo en cuenta siempre una higiene oral excelente que le ayudará a qué este permita desarrollarse adecuadamente. Sin embargo, estas labores relacionadas a horarios extensos y demandantes pueden afectar el cuidado bucal. El empeoramiento de la salud bucal representa un problema importante para la salud pública, ya que influye en la forma en que se toman decisiones sobre nuevos tratamientos, en cómo se reparten los recursos disponibles y en la creación de planes de salud enfocados en ciertos grupos de personas. En el caso del personal policial, se trata de una población con características particulares que requieren atención diferenciada. Si bien en algunas regiones del mundo se han desarrollado estudios enfocados en este grupo, a nivel nacional la producción científica al respecto es limitada. Resulta especialmente relevante señalar la ausencia de investigaciones previas centradas en las comisarias del distrito de El Pedregal, en la región Arequipa, lo que evidencia una brecha importante en el conocimiento y justifica la necesidad del presente estudio.

Los agentes policiales de esta zona están constantemente expuestos a múltiples riesgos tanto físicos como psicológicos, debido a que su labor principal consiste en proteger y mantener el orden público. Por ello, es indispensable que cuenten con las condiciones necesarias para desempeñar su trabajo de forma eficiente, asegurando así su bienestar físico y mental. Una percepción positiva de su estado de salud favorece directamente su rendimiento funcional. En este sentido, conocer la relación entre la salud bucodental y los hábitos de higiene oral adoptados por este grupo permitirá diseñar e implementar estrategias específicas orientadas a mejorar sus condiciones de salud integral.

En este contexto, es esencial que los integrantes de este colectivo mantengan una salud bucal adecuada, lo cual implica tomar medidas preventivas frente a enfermedades como la caries y otros trastornos orales. Para ello, una rutina correcta de higiene oral debe contemplar el cepillado dental al menos dos veces al día con el uso de pasta fluorada, el empleo constante de hilo dental, la reducción en el consumo de alimentos y bebidas azucaradas, así como la visita periódica al odontólogo con fines preventivos.

1.2 Enunciado del problema:

Relación entre el estado de salud bucal y hábitos de higiene oral en efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal –Majes, Arequipa 2024.

1.3 Descripción del problema

1.3.1 Área del Conocimiento:

El problema mencionado corresponde a las siguientes áreas:

- Área General: Ciencias de la Salud.
- Área específica: Odontología.
- Especialidad: Odontología Preventiva.
- Línea: Higiene bucal y salud pública.

1.3.2 Operalización de variables

Tabla 1 Operalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADOR	SUBINDICADOR
		1er ORDEN	2do ORDEN
Variable dependiente: Estado de salud bucal en efectivos policiales.	Caries dental	CPOD Klein y Palmer	CAREADO PERDIDO OBTURADO
	Higiene oral	Índice de higiene oral simplificado IHOS.	0.1 -1.2 BUENA 1.3-3.0 REGULAR 3.1 - 6.0 DEFICIENTE
Variable independiente: Hábitos de higiene oral.	Cepillado.	Frecuencia y tiempo de cepillado.	96 - 120 puntos = buenos hábitos.
		Tiempo de cambio de cepillo.	
		Técnica de cepillado.	72 - 95 puntos = hábitos regulares.
		Uso de dentífrico, tipo de dentífrico.	Menos de 72 puntos = malos hábitos.
	Uso de seda dental.	Uso de seda dental.	
		Frecuencia de uso.	
	Uso de enjuague bucal.	Uso de enjuague bucal.	
		Frecuencia de uso.	
	Visita al odontólogo.	Frecuencia de visita al odontólogo.	

1.3.3 Interrogantes básicas

- a) ¿Cuáles son los hábitos de higiene oral de los efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa?
- b) ¿Cuál es el estado de salud bucal de los efectivos policiales pertenecientes a la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa?
- c) ¿Cuál es la relación entre el estado de salud oral y hábitos de higiene oral de los efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa,?



1.3.4 *Tipo de investigación*

Tabla 2 Tipo de Investigación

ABORDAJE	TIPO DE INVESTIGACIÓN						
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el número de mediciones de la variable	Por el número de muestras o mediciones	Por el ámbito de recolección	DISEÑO	NIVEL DE INVESTIGACIÓN
Cuantitativo	Comunicacional / Observacional	Prospectivo	Transversal	Analítico	De campo	No experimental	Relacional

1.4 JUSTIFICACIÓN

a) *Relevancia científica:*

Este estudio presenta relevancia científica y social, porque contribuye al cuerpo de conocimiento existente sobre los determinantes del comportamiento en salud bucal. Los resultados de este estudio permiten identificar áreas críticas de intervención y servirán como base para el diseño de programas educativos y promocionales de la salud bucal adaptados a realidad del personal policial. Esto tiene un impacto no solo en la reducción de enfermedades bucales, sino también en la mejora de su bienestar general y su desempeño profesional, lo que resulta fundamental para garantizar la efectividad de los servicios policiales.

b) *Originalidad*

Hasta el momento, no se han registrado estudios que exploren la relación entre los hábitos de higiene oral y el estado de salud bucal en policías que desempeñan funciones en el distrito de El Pedregal, perteneciente Majes, en la región Arequipa. Los resultados que se obtengan en esta investigación servirán para analizar cómo son los hábitos de higiene bucal y cómo se relacionan con la salud dental de los policías. Esto podrá motivar a futuros investigadores a estudiar si estos factores influyen en el rendimiento en el trabajo.

c) *Factibilidad:*

La ejecución de esta indagación se considera factible, ya que se dispone del tiempo necesario para su desarrollo, así como de los recursos materiales, las unidades de estudio, el presupuesto establecido, los conocimientos técnicos apropiados y el asesoramiento metodológico correspondiente. Además, se cuenta con el apoyo institucional del personal policial de la Comisaría Sectorial El Pedregal, ubicada en Majes – Arequipa, lo que refuerza la viabilidad del estudio.

d) *Interés personal:*

El tema de la presente investigación elegida responde a un interés personal y profesional como estudiante de odontología y futura

profesional de la salud, además que con esta investigación lograré elaborar una tesis para lograr obtener el título profesional. La salud bucal siempre ha sido un aspecto fundamental en mi formación, y considero que comprender las necesidades específicas de grupos laborales como los efectivos policiales no solo enriquecerá mi conocimiento, sino que también me permitirá diseñar y aplicar estrategias más efectivas de promoción y prevención en mi práctica futura.

2. OBJETIVOS

- Identificar cuáles son los hábitos de higiene oral de los efectivos policiales pertenecientes a la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa 2024.
- Identificar cual es el estado de la salud bucal en los efectivos policiales pertenecientes a la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa 2024.
- Establecer cuál es la relación entre el estado de salud bucal y los hábitos de higiene oral de los efectivos policiales pertenecientes a la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa 2024

3. MARCO TEÓRICO

3.1 *Conceptos Básicos*

3.1.1 *Definición de salud oral*

La salud bucodental se entiende como el estado en el que no se manifiestan molestias en la zona orofacial, ni se manifiestan úlceras, infecciones, caries u otras enfermedades de tipo periodontal. Cuidar bien la salud bucal es clave para sentirse bien y tener una buena calidad de vida, pero muchas personas tienden a dejar de lado o no prestar suficiente atención a este aspecto (7). Las enfermedades de la boca siguen siendo un gran reto para la salud pública, ya que son muy comunes, requieren mucha atención médica y afectan de forma negativa tanto a las personas como a la sociedad en general. Dichas afecciones producen dolor, incomodidad, dificultades funcionales, restricciones en la vida social y una merma en la calidad de vida. Su origen es multifactorial y está vinculado a diversos determinantes de salud, como la exposición a bacterias específicas, dietas inadecuadas en términos de carbohidratos, niveles insuficientes o excesivos de flúor, prácticas deficientes de higiene oral, dificultades para acceder a servicios odontológicos, carencia de información sobre salud bucal, escasa responsabilidad personal en el autocuidado y una baja frecuencia en el uso de los servicios de atención odontológica (8).

3.1.2 *Definición de conocimiento*

Refiere a la información o datos pertenecientes a una persona las cuales son adquiridas a través de la educación o de experiencia propia, el proceso de desarrollo de conocimiento va paralelo a la concepción humana, cada persona se nutre según acontecimientos que le suceda.

El conocimiento puede entenderse como un proceso que combina el razonamiento con el cuestionamiento, el cual se inicia a partir de la identificación de un hecho novedoso que aún no ha sido completamente comprendido. Ante esta situación, el individuo procede a abstraer y organizar las características de dicho fenómeno, transformándolas en observaciones que, eventualmente, le permitirán enfrentar y resolver problemas en contextos futuros.

Este conocimiento es de tipo cognitivo ya que va a dar paso a la resolución de preguntas cómo ¿por qué?, ¿Qué?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde? (9).

El conocimiento, entendido como un conjunto de saberes, ha experimentado un crecimiento continuo a lo largo de milenios en la historia humana. Asimismo, se considera conocimiento aquel proceso mediante el cual se adquiere o se aprende nueva información, ya sea relacionada con el entorno que nos rodea o con la comprensión de nuestra propia existencia.

3.1.3 Tipos de conocimiento

El conocimiento puede clasificarse de diversas formas según el aspecto al que se refieran, como el modo en que se genera, cómo se adquiere, el tipo de transmisión, quién lo expresa y la manera en que se integra en la sociedad. Esta categorización permite entender mejor las distintas formas en que las personas acceden y comparten información dentro de un contexto social.

Desde el inicio de su vida, el ser humano ha estado inmerso en diversas formas de adquirir conocimiento, las cuales abarcan desde el conocimiento intuitivo hasta el científico, y desde formas de aprendizaje directas hasta otras más mediadas o indirectas. De acuerdo con Nonaka (10) se identifican cuatro tipos de conocimiento que surgen a partir de la interacción social, los cuales se clasifican en conocimiento tácito y explícito. Este tipo de conocimientos se forma y se comparte por medio de diferentes formas de aprender y transmitir información, especialmente dentro de las organizaciones. El conocimiento ha sido objeto de análisis desde diversas perspectivas, a través de disciplinas como la psicología, la lógica, la filosofía y la antropología. De forma general, puede entenderse como la relación que establece el ser humano con la verdad y la realidad, una construcción que se desarrolla a lo largo de la vida y que puede adquirirse mediante múltiples vías: ya sea a partir de la evidencia, a través de sensaciones, percepciones, vivencias personales o mediante procesos formales de estudio (11). Nonaka (10) propuso la clasificación de estos conocimientos planteando cuatro tipos.

A. Conocimiento Empírico

Se construye a partir de la experiencia individual y la observación directa de los hechos, sin requerir necesariamente de una formación académica formal ni del uso de métodos científicos. Se caracteriza por su aplicación en situaciones reales y prácticas de la vida diaria, especialmente en la resolución de problemas comunes. Su transmisión suele darse de manera

informal, pasando de una generación a otra como parte del aprendizaje cotidiano.

No obstante, presenta relativa importancia saber que este conocimiento no es efectivo y casi no siempre preciso, los humanos llegan a ser influenciados por sus propias experiencias, o contextos culturales y costumbres, es posible que el conocimiento empírico se encuentre a sujeción de márgenes de errores. También es posible que dicho conocimiento tenga bases en experiencias personales de un sólo individuo y no sirva como respuesta al problema a contextos. El conocimiento empírico da lugar a un análisis detallado desde distintos enfoques de los fenómenos estudiados, en los que el investigador interviene directamente sobre el fenómeno observado. Esto resulta como la descripción del modo de intervención logrando el efecto deseado validándolo para poder resolver tareas repetitivas a situaciones (12).

B. Conocimiento Científico:

Refiere a una edificación humana que tiene como objetivo entender, explicar y ejecutar en torno a la realidad, si no que está sujeto a reconstrucciones, no es absoluto (13), el conocimiento científico se define por la interdependencia entre sus componentes fundamentales: la teoría, el método y la investigación, los cuales interactúan de manera recíproca para dar sustento y validez a su estructura.

C. Conocimiento Filosófico:

La naturaleza de este conocimiento, se lleva a cabo de una base científica que conecta con la relevancia de lo que puedo buscar cada individuo, puede ser en base individual, plano profesional y/o social, o como teoría universal en la actividad humana (14). Este tipo de conocimiento proviene del pensamiento, y se basa en la reflexión o el análisis de aquello que va más allá de lo observable. El conocimiento filosófico no requiere necesariamente de la experiencia directa, ya que su propósito principal radica en explicar la existencia de todo lo que nos rodea. Por ello, sienta las bases para la creación de métodos y técnicas orientadas a interpretar y comprender distintas situaciones y prácticas humanas.

D. Conocimiento Intuitivo

Este tipo de conocimiento es inherente al ser humano y representa un aprendizaje valioso, ya que complementa al conocimiento racional, el cual actúa como eje orientador. Su importancia radica en que contribuye a la formación de imágenes mentales, lo que constituye una base fundamental para el desarrollo de la creatividad. El conocimiento intuitivo, o las experiencias derivadas de él, se manifiestan a través de vías emocionales y sensoriales mediante las cuales el individuo aprehende el mundo. Esta forma de saber le permite establecer vínculos emocionales, interpretar el entorno y comprender las circunstancias que rodean hechos, fenómenos y procesos, integrándolos como aprendizajes que servirán para la elaboración de conceptos personales. Las experiencias intuitivas son consideradas como una fuente de disfrute y aprendizaje profundo para el ser humano, ya que se expresan de formas diversas y suelen enseñarse a partir del contacto inicial con dichas vivencias. Además, este tipo de experiencias facilita un conocimiento más amplio y complejo, permitiendo al individuo decodificar información, anticipar situaciones, y diferenciar sonidos, voces, tonos y ritmos con mayor agudeza (15).

3.1.4 Medición de Concepto

Uno de los parámetros de medida del conocimiento, son escalas cualitativas y cuantitativas usadas para explicar y conocer la realidad científica.

3.1.5 Conocimiento de higiene oral

El conocimiento puede verse como un proceso que surge cuando una persona entra en contacto con algo que quiere entender o aprender. En este sentido, los componentes esenciales de todo acto cognitivo son, por un lado, el individuo que busca conocer y, por otro, aquello que se desea comprender; siendo crucial la relación que se establece entre ambos para que el conocimiento pueda generarse. Por otra parte, a medida que las personas alcanzan niveles más altos de formación educativa, también incrementan su comprensión sobre la higiene bucal, así como su capacidad para compartir dicha información con

otros de manera efectiva. Esto muestra que, en los adultos, hay una conexión entre cuánto saben sobre salud bucal, el nivel de estudios que han alcanzado y ciertos hábitos de limpieza de la boca (11). Asimismo, se ha constatado una estrecha vinculación entre la actitud que las familias adoptan frente al cuidado bucal y las actividades de higiene de menores, quienes tienden a imitar los comportamientos y rutinas que observan en sus padres o cuidadores. Por esta razón, resulta fundamental establecer hábitos de higiene bucal orientados para prevenir enfermedades orales. La influencia del entorno social desempeña un papel clave en el desarrollo de estos comportamientos, aunque la literatura existente es aún limitada en cuanto a la relación entre las distintas fases de la vida y las prácticas de salud bucodental. La higiene oral (OH) se define como el conjunto de conductas y rutinas adquiridas por los individuos con el propósito de conservar o alcanzar un estado óptimo de salud bucal(16). En este sentido, la Federación Dental Internacional recomienda la adopción de pautas básicas para el cuidado oral, entre las que se incluye el cepillado dental, realizado al menos dos veces al día con el uso de una pasta dentífrica con flúor. Asimismo, se aconseja complementar esta rutina con el uso de enjuague bucal, hilo dental y cepillos interproximales, con el objetivo de mejorar significativamente las condiciones de higiene oral.

Para analizar la higiene bucal en los individuos, se emplean índices de placa bacteriana, los cuales permiten traducir en datos cuantificables la presencia de biopelícula sobre las superficies dentarias. Dichos indicadores están directamente relacionados con los hábitos de higiene de cada persona, ya que la acumulación de placa varía según las prácticas individuales. Estos índices facilitan la observación directa del grado de colonización bacteriana presente en la cavidad oral, lo que permite identificar el riesgo potencial de desarrollar patologías relacionadas con dicha acumulación. De igual modo, existen otros índices creados específicamente para evaluar tanto la incidencia como la prevalencia de enfermedades bucales, los cuales

resultan fundamentales para definir criterios diagnósticos que se expresan mediante valores cuantitativos (17). En personas con discapacidad cognitiva, la higiene bucal suele ser inadecuada, lo que conlleva a un deterioro progresivo de la cavidad oral. Asimismo, en personas que no poseen conocimientos adecuados sobre el cuidado de la salud oral, las rutinas de higiene tradicionales suelen ser poco efectivas, ya que no logran controlar de manera eficiente la acumulación de placa bacteriana ni prevenir el surgimiento de enfermedades bucales.

Fomentar buenos hábitos, prevenir las enfermedades más comunes de la boca y hacer chequeos regulares son acciones muy importantes para cuidar la salud general de las personas (16).

3.1.6 Elementos en higiene oral

En la actualidad se dispone de una amplia gama de insumos esenciales para la higiene bucal; utilizarlos de forma cotidiana en el ámbito doméstico resulta fundamental para preservar la salud oral y prevenir la aparición de problemas dentales posteriores (18). Existen numerosos elementos para la higiene oral vendidos en diversos supermercados, farmacias, etc.

3.1.6.1 Cepillo dental

Las primeras pruebas de un utensilio orientado a la limpieza de la boca proceden de sepulcros egipcios datados en torno al 3000 a. C. Se trataba de pequeñas ramas del grosor de un lápiz cuyo extremo, una vez suavizado y deshilachado, se frotaba directamente sobre los dientes sin adición de abrasivos. En ciertas comunidades africanas y australianas dichas varillas, conocidas como “árbol cepillo dental”, continúan utilizándose hoy en día (19). La versión inicial equipada con cerdas apareció en China hacia 1498, aunque no existió en Europa hasta el siglo XVII. Hacia 1885 los cepillos manuales se fabricaban con pelo de jabalí siberiano; sin embargo, la invención del nailon por DuPont permitió, en 1950, sustituirlo por filamentos sintéticos más suaves. En 1960 se lanzó en Estados Unidos el primer modelo eléctrico, y a partir del año 2000 la

población de ese país adoptó de forma masiva esta tecnología gracias a su precio asequible. De todos los elementos usados para mantener la boca limpia, el cepillo de dientes es el más importante, ya que ayuda a quitar la placa bacteriana que se acumula en los dientes (20). Su acción mecánica por arrastre no solo desorganiza el biofilm de los dientes, sino que también contribuye a limpiar la lengua y las encías, lo que refuerza la prevención de caries y enfermedades periodontales. Para un adulto se recomienda un cabezal de 20 x10 mm, provisto de al menos 27 penachos colocados a la misma altura y distribuidos de manera uniforme. El cepillo manual, conformado por mango y cabezal, se clasifica según la rigidez de sus cerdas en ultrasuave, suave, media o dura. En lo que respecta a los penachos, cada uno debe estar compuesto por monofilamentos y el conjunto no debe ser inferior a 27. Las puntas, cuidadosamente redondeadas, disminuyen la irritación gingival, y el material empleado es nailon sintético - un copolímero estirado capaz de secarse con rapidez y recuperar su flexibilidad original (21).

3.1.6.1.1 Clasificación del cepillo dental

Los cepillos para adultos están compuestos de 3 o cuatro tiras de cerdas, los cepillos manuales se adaptan a las exigencias individuales de cada persona.

A. Por la dureza de sus filamentos

- **Blando.** Recomendado para pacientes con dientes o encías sensibles. Pacientes que sufran de gingivitis o padecimientos temporales que hagan imposible el uso del cepillo semiduro.
- **Duro.** Recomendado para aquellas que posee una excelente salud bucodental, sin molestias sensibilidad en encías y dientes. Para estos cepillos no se debe realizar excesiva presión ya que podrían dañar tejidos blandos.
- **Semiduro.** Es el más sano, se recomienda para personas con una buena salud bucal.

3.1.6.1.2 *Tipos de cepillos dentales*

- A. Interproximales.** Conocido también como interdental, constituye una herramienta clave en la higiene bucal de personas que manifiestan enfermedad periodontal, dado que en estos casos es común la pérdida de la papila interdental (22). Su uso ha demostrado ser eficaz en la reducción de la placa bacteriana y en la reducción de la inflamación localizada en los espacios interproximales (23).
- B. Eléctricos:** Los cepillos eléctricos manifiestan una alternativa a los cepillos manuales, y se han desarrollado en diversos modelos, entre los cuales destacan los rotatorios, que han demostrado ser eficaces en la eliminación de la placa bacteriana. Cuentan con 3 tipos de movimientos: vertical, arqueado o vibratorio, alternado y horizontal. También son usados para personas con limitaciones físicas o mentales ya que son simples de operar (24).
- C. Ortodónticos:** Este cepillo es indicado para pacientes con tratamiento de ortodoncia (que posean aparatos ortodónticos, ya sean bandas metálicas, brackets, ligaduras o resortes) (25). Uno de los resultados por falta de higiene oral cuando manifiestan estos aparatos es la inflamación gingival (26). Estos cepillos poseen dimensiones estándar y están equipados con filamentos de dureza suave o media. Una característica distintiva es la disposición en forma de "V" de los filamentos, lo que permite un doble efecto de limpieza, facilitando la eliminación de placa en puntos de acceso complicado. Este cepillo tiene un cuello maleable el cual se flexiona adquiriendo una nueva posición para adaptarse en la cavidad bucal, el mango es anatómico y presenta estrías antideslizantes (27).
- D. Periodontales:** Este cepillo se recomienda a pacientes que presenten inflamación de encías o tendencia a tenerlas, al igual que a pacientes con retracciones de encía para evitar

traumatizarla más. Llamado también sulcular o crevicular, estos manifiestan 2 o 3 hileras de filamentos.

3.1.6.1.3 Características del cepillo

- El cabezal debe tener el tamaño suficiente para poder desempeñar el correcto cepillado al individuo.
- Las cerdas deben organizarse en varios penachos y presentar una textura suave o media.
- El material de las cerdas debe ser nailon.
- El mango debe contar con una longitud y un grosor apropiados, ajustados a la edad de la persona usuaria.

3.1.6.2 Pasta dental

Los dentífricos son productos empleados para conservar una adecuada higiene bucal y, dependiendo de su composición, pueden cumplir funciones tanto preventivas como terapéuticas en los tejidos de la cavidad oral (28). El flúor, en su forma iónica denominada fluoruro (F^-), es un mineral fundamental para prevenir la caries dental. Su administración puede realizarse por dos vías: de manera sistémica, a través de la ingesta de agua, sal u otros vehículos; o por vía tópica mediante el uso de pastas dentales, barnices, geles o enjuagues bucales. Su principal acción consiste en favorecer la formación de esmalte dental resistente, contribuyendo a la remineralización del tejido en forma de fluorapatita. En el caso de las pastas dentales, su efectividad se logra con concentraciones que oscilan entre 1000 y 1500 ppm. (29). En conjunto con el cepillo dental, el uso de pasta fluorada contribuye significativamente a la eliminación de la placa bacteriana de la superficie dental, favoreciendo además un aliento fresco. Esta práctica se ha consolidado como una estrategia altamente recomendada debido a su efectividad y bajo costo, posicionándose entre los métodos más costo-efectivos para la preservación de la salud bucal (30). Las pastas dentales funcionan como una porción de crema que al ser frotada contra los dientes produce espuma debido a los sulfatos.

3.1.6.2.1 Componentes

- A. Detergente:** como el laurilsulfato de sodio, hace que produzca la espuma al cepillarse los dientes, ayudan también a descomponer sustancias difíciles de alcanzar.
- B. Humectantes:** sustancias que conservan en humedad al dentífrico, evitando su endurecimiento.
- C. Abrasivos:** la función primordial es la eliminación de biopelícula y manchas acumuladas en las distintas superficies de los dientes.
- D. Colorantes:** colorante vegetal, aromas frutales, mentol, hierbabuena, eucalipto, etc.
- E. Conservantes:** adicionados para la protección del dentífrico de los microorganismos, principalmente se utilizan el metilparabeno sódico, benzoato sódico, formalina, propilparabeno sódico, mezcla de parabenos (31).
- F. Flúor:** principal ingrediente activo. Además del flúor, según Riley y cols. la pasta fluorada de contener xilitol al 10%, ya que este componente ayudara a reducir las caries en un 13% a comparación de una con solo flúor (32).

3.1.6.2.2 Características y funciones

- Al ser usado adecuadamente junto a un cepillo dental, ayuda a eliminar detritos alimenticios, placa bacteriana y machas.
- Costo módico, que permita el uso regular.
- Debe ser inocuo y agradable.
- Estabilidad en condiciones de almacenamiento.
- El producto no debe causar irritación ni en las encías ni en ninguna otra zona de la cavidad oral.
- Debe presentar un nivel de abrasividad adecuado que permita la remoción eficaz de la placa dentobacteriana sin comprometer la integridad del esmalte dental (31).

3.1.6.3 *Seda/ hilo dental*

Es una seda empleada para la remoción de placa en el área interproximal. El uso de la seda o hilo dental, combinado con hábitos de higiene bucal adecuados, está vinculado a las condiciones socioeconómicas de cada población. En comunidades con recursos limitados, resulta más complejo acceder y mantener métodos completos de cuidado oral, lo que conlleva a consecuencias negativas como alteraciones gingivales y periodontales, incluyendo el retroceso de las encías, pérdida ósea, sangrado y dolor. Algunas personas evitan el uso de seda dental debido a que les ocasiona daños como el sangrado y laceración esto sin saber cómo es que se emplea (33). Algunos autores indican que las sedas de malla con enhebrado cerrado no son efectivas en un espacio cerrado (34).

3.1.6.3.1 *Tipos de hilo dental:*

- A. Seda dental PTFE.** Compuesta por un solo filamento, que al momento de pasarlo por las áreas interproximal se desliza fácilmente, respecto al valor comercial del PTFE en promedio es 2.7 más económica que la seda de nylon (33).
- B. Seda dental de nylon.** Este tipo de hilo dental se elabora a partir de múltiples filamentos de nylon.
- C. Sedas expandibles.** Este tipo de seda está formado por 12 fibras texturizadas, que al momento de pasar por los dientes y la saliva se expande acatando una textura algodonosa, por lo tanto, llega a incrementarse en el área de contacto entre la seda y el diente.
- D. Seda super-floss.** Está compuesta por fibras de nylon y está especialmente diseñada para pacientes que utilizan puentes fijos o aparatos de ortodoncia. Este tipo de seda cuenta con un extremo rígido que actúa como guía, lo cual facilita su inserción y manejo durante la higiene interproximal.

3.1.6.3.2 *Técnicas para el uso de la seda dental*

- A. Técnica o método del lazo.** Consiste en anudar los extremos de un segmento de seda dental de entre 25 y 30 cm para formar un aro. Este lazo se sujeta con los dedos y se inserta con delicadeza en los espacios interproximales, girándolo progresivamente a medida que se avanza, con el fin de evitar la transferencia de residuos de un diente a otro.
- B. Técnica del carrete o del dedo envuelto:** Es la forma más usada. Se corta un pedazo de hilo dental de unos 45 cm y se enrolla un extremo en el dedo medio de una mano y el otro en el dedo medio de la otra mano. La seda se sostiene con los dedos pulgar e índice, dejando unos 2,5 cm entre ellos. Se introduce suavemente en los espacios interdetales con movimientos controlados en sentido vestíbulo-lingual y lingual-vestibular. A medida que se utiliza una parte del hilo, se desenrolla una sección limpia de un dedo mientras se enrolla la usada en el otro, evitando así la contaminación cruzada (35).

3.1.6.4 *Colutorio*

Los colutorios bucales cada día aumentan su uso a nivel mundial (36) son agentes químicos que ayudan a inhibir el crecimiento, la actividad metabólica y colonización de microorganismos caligráficos, ayudando a controlar la biopelícula dental. Los colutorios que incorporan fluoruro de sodio, gluconato de clorhexidina, y cloruro de cetilpiridinio figuran entre los más utilizados en las formulaciones actuales (37). Estos enjuagues bucales han demostrado una notable eficacia en la reducción de la formación de placa bacteriana, lo cual resulta fundamental para la prevención de la gingivitis, especialmente en zonas de difícil acceso donde el cepillado convencional no es suficiente. Además, cuentan con un perfil positivo en términos de tolerabilidad y

seguridad para el usuario. De manera complementaria, estas soluciones suelen contener otros agentes antisépticos como triclosán, compuestos de delmopinol, hexetidina, amonio cuaternario, entre otros. Desempeña un papel clave y significativo como coadyuvante siendo un método mecánico para el tratamiento y prevención de enfermedades periodontales (38).

3.1.7 Hábitos de higiene bucal

Los hábitos de limpieza bucal están influenciados por varios aspectos relacionados con los valores personales de cada persona, como su situación económica, su motivación y el entorno cultural en el que vive. Estos factores determinan las costumbres de cuidado bucal que adopta cada grupo, por lo que los comportamientos pueden variar bastante entre diferentes poblaciones. Los estudios científicos muestran claramente que eliminar con frecuencia la placa bacteriana es muy importante para evitar las caries y las enfermedades de las encías. Por eso, tener una rutina adecuada y constante de higiene bucal es fundamental para mantener una buena salud dental. Esta rutina incluye cepillarse los dientes de forma regular, limpiar entre los dientes, usar pasta dental, enjuague bucal, hilo dental y asistir a revisiones con el dentista de manera periódica (39).

3.1.8 Higiene bucodental

La higiene oral ayuda a prevenir o evitar enfermedades en la cavidad bucal, la boca interviene en funciones de suma importancia; como la supervivencia, ya que ayuda a la respiración y constituye el primer paso a la alimentación; y de relación ya que con la boca podemos reír, hablar, gritar, etcétera.

3.1.8.1 Cepillado

3.1.8.1.1 Técnicas de cepillado

Las técnicas de cepillado dental deben ser adaptadas a cada persona para el momento en que se desarrolle la limpieza dental.

- A. Técnica de Bass.** Para limpiar bien la parte externa de los dientes superiores y las zonas cercanas entre ellos, se sugiere colocar el cepillo de forma paralela al borde de mordida, con la punta del cepillo apuntando hacia atrás. Las cerdas deben apoyarse justo en el borde de las encías, en un ángulo de unos 45 grados hacia abajo, para que limpien correctamente esas zonas difíciles. Es importante hacer un movimiento suave pero firme, en dirección vertical, para que las cerdas entren un poco entre la encía y el diente, así como entre los dientes, lo cual se nota por un leve cambio de color en la encía que indica que el cepillo está bien colocado. Estos mismos pasos deben seguirse al limpiar la parte interna de los dientes delanteros. Para higienizar las caras oclusales, se sugiere aplicar una ligera presión del cepillo sobre las fosas y fisuras, realizando movimientos de vaivén (hacia adelante y hacia atrás) que favorezcan la remoción de placa en esas zonas. Esta técnica es adecuada tanto para individuos con salud bucal como para aquellos con enfermedad periodontal, ya que permite una limpieza efectiva en áreas donde suele concentrarse mayor cantidad de placa bacteriana. Se recomienda emplear un cepillo de suaves cerdas, ya que la técnica implica una posición intrasural del cepillo, lo que requiere delicadeza para evitar irritaciones o daños en los tejidos gingivales (40).
- B. Técnica de Charters.** Las cerdas del cepillo deben dirigirse en sentido coronal, es decir, hacia la corona del diente, manteniendo un ángulo cercano a los 45° con respecto al eje longitudinal del mismo, lo que favorece una limpieza más eficaz del margen gingival. Su colocación debe realizarse lateralmente,

entre la encía y el diente, y activarse mediante movimientos cortos, ya sean circulares o transversales. Esta técnica no solo permite la remoción de placa, sino que también favorece el masaje gingival. Para limpiar las superficies oclusales, se recomienda ubicar las cerdas dentro de las fosas y fisuras, ejecutando movimientos cortos en dirección de atrás hacia adelante. En cuanto al tipo de cepillo, se sugiere el uso de uno de dureza media o alta; sin embargo, algunos autores proponen optar por un cepillo de cerdas suaves cuando el tejido gingival ha sido sometido a procedimientos quirúrgicos, a fin de facilitar el proceso de cicatrización (40).

C. Técnica de Stillman modificado. Esta técnica consiste en enseñar al paciente a dividir la cavidad oral en sextantes, considerando tres zonas: una que va del canino hacia distal, otra que abarca de canino a canino, y una tercera que comprende del canino hacia distal en el lado contrario, aplicable tanto al maxilar superior como al inferior. En cada uno de estos sectores, se recomienda deslizar el cepillo entre 10 y 20 veces sobre las superficies vestibulares y linguales (41). El cepillo debe ponerse en un ángulo de 45 grados con respecto al diente, aplicando una presión suave y controlada para hacer movimientos cortos de ida y vuelta. Para limpiar las superficies linguales de los dientes anteriores, superiores e inferiores, se aconseja mantener el cepillo en posición vertical, lo que facilita el acceso a estas áreas de difícil alcance. Para limpiar las caras oclusales, las cerdas se deben colocar perpendicularmente a la superficie dental, de modo que penetren en los surcos, espacios interproximales y fosas. Esta técnica es más efectiva

cuando se emplean cepillos de dureza media o alta (40,42).

3.1.9 Enfermedades bucales

3.1.9.1 Caries

La caries dental es una patología de carácter infectocontagioso y origen microbiano, que se desarrolla a partir de una disbiosis en el microbioma oral. Esta alteración en el equilibrio microbiano está asociada a la proliferación de especies bacterianas con un fenotipo acidogénico, cuya capacidad para producir ácidos incrementa tanto el riesgo como la progresión de la enfermedad cariosa. Este es un proceso crónico, dinámico, mediado a través de las bacterias y modulado, en la cual, clínicamente es expresada como pérdida de red de minerales que conforman el tejido duro de diente (43).

3.1.9.1.1 Epidemiología de la caries

Antiguas sociedades consumían productos ricos en azúcares, aumentando el índice de caries, los colonizadores europeos presentaban la peor dentadura, en la actualidad, Diversos estudios han reportado una reducción tanto en la prevalencia como en la severidad de la caries dental, atribuida principalmente a los efectos protectores del flúor. Esta reducción también se ve favorecida por la implementación de programas preventivos orientados a promover la salud bucal en distintas poblaciones (44).

3.1.9.1.2 Etiopatogenia

Asociada a la presencia de distintos microorganismos, encontrados en frecuencia, están relacionados al desarrollo de caries son el *streptococos mutans*, *actinomyces sp.* y *lactobacillus sp.* Estos se caracterizan por transportar hidratos de carbono, que pueden estar presente en las placas, aumentando la capacidad de fermentación causado por azúcares y almidón. Al descender el pH, se contribuirá a la desmineralización del

diente, apareciendo lesiones cariosas en tejidos duros (45).

3.1.9.1.3 *Diagnostico*

El correcto diagnóstico usado para diferenciar lesiones a temprana etapa es un desafío. Cuando las lesiones cariosas ya están capacitadas puede ser fácil detectarlas clínicamente, pero en el caso de etapas anteriores a la capacitación se hace muy difícil. El diagnóstico precoz para las lesiones cariosas evite el progreso de esta enfermedad. El método de inspección visual es el procedimiento más comúnmente empleado en la práctica clínica para la detección de caries, destacándose por su eficacia, especialmente cuando se complementa con herramientas ópticas y sistemas de aumento, como las cámaras digitales intraorales. Estas permiten capturar imágenes detalladas que facilitan la monitorización y seguimiento de la progresión de las lesiones cariosas. Para que esta técnica sea efectiva, es indispensable que el diente se encuentre limpio, libre de placa bacteriana, con una adecuada iluminación y la superficie completamente seca. En los casos donde la lesión ya está cavitada, su detección resulta más sencilla, permitiendo al profesional utilizar instrumentos clínicos convencionales para confirmar el diagnóstico. Adicionalmente, el método radiográfico constituye un examen complementario fundamental a la inspección visual, especialmente útil cuando las lesiones son profundas o no visibles clínicamente. Esto se debe a que la morfología dental, particularmente en piezas con grandes cantidades de esmalte que cubren las cúspides, puede ocultar o disimular lesiones que solo pueden ser detectadas mediante imágenes radiográficas (46).

3.1.9.2 Gingivitis

Inflamación de las encías causada principalmente por la placa bacteriana y mala higiene dental, esta constituye un factor determinante en el desarrollo de enfermedades que afectan las estructuras periodontales. La placa bacteriana es una película adherente compuesta por células epiteliales descamadas y colonias de bacterias acidogénicas, cuya actividad metabólica genera ácidos que inducen la desmineralización progresiva de las superficies dentales. Según su clasificación y localización se divide en placa dental supragingival y subgingival estas predominan por la flora bacteriana sacarolítica *gram positiva*. Por otro lado, cuando la placa se sitúa por debajo de la encía, en la región subgingival, estableciendo contacto con el surco gingival o con los sacos periodontales, suele albergar microorganismos periodontopatógenos (47). Los síntomas de la gingivitis es el enrojecimiento de las encías, con edema y sensibilidad, sangrado frecuente, halitosis y retracción de encías.

3.1.10 Enfermedad periodontal

Se trata de una enfermedad constante y con inflamación, provocada por un desequilibrio de las bacterias de la boca, que afecta aproximadamente al 11 % de los adultos en el mundo (48). Es la principal razón por la que se pierden dientes y también puede afectar la salud en general. Entre los problemas de las encías más comunes están la gingivitis y la periodontitis. La periodontitis se nota cuando la encía y el hueso que sostienen el diente se van perdiendo, se forman bolsas alrededor del diente y los tejidos de la encía se inflaman. Esto suele ir acompañado de retracción de las encías, sangrado al cepillarse o incluso sin motivo aparente y dientes que se aflojan (49).

3.1.11 Prevención de Enfermedades Bucales

Estas enfermedades pueden ser prevenidas mediante una combinación de estrategias, entre las que se incluyen la educación en salud bucal, orientada a fomentar hábitos adecuados de

alimentación e higiene, la fluoración del suministro de agua potable, el uso regular de pastas dentales con flúor y la aplicación de terapias tópicas fluoradas. Los avances en el campo de la odontología, junto con una comprensión más profunda del proceso carioso, han permitido desarrollar nuevas alternativas para su tratamiento y prevención. En este contexto, la odontología de mínima intervención propone enfoques que buscan mantener la mayor cantidad posible de tejido dental sano, evitando la progresión de las lesiones. Aquellas cavidades que manifiestan difícil acceso para la higiene o que no pueden ser restauradas con facilidad suelen ser candidatas para un tratamiento restaurador específico. (50).

3.1.12 Índices epidemiológicos

Desarrollados a partir de la década de 1960, estos índices han sido empleados en el campo de la odontología con la intención de evaluar el nivel de higiene oral en las personas. Asimismo, permiten valorar la eficacia de programas preventivos y la efectividad de los métodos terapéuticos implementados en el control y mejora de la salud bucal.

3.1.12.1 *Índice de Higiene Oral simplificado*

Reconocido como uno de los instrumentos más eficaces para valorar la higiene bucal. Su aplicación se limita a la evaluación de seis superficies dentales específicas, y requiere considerar tanto la presencia de placa dentobacteriana como la acumulación de cálculo o sarro sobre dichas áreas.

Se calcula de la siguiente manera:

- La revisión de las superficies dentales debe realizarse deslizando el explorador con un movimiento en zigzag sobre cada pieza. Los dientes seleccionados para el análisis están previamente establecidos; sin embargo, si alguno de ellos no se encuentra presente en la cavidad bucal del paciente o presenta una restauración protésica como una corona, dicho diente deberá ser sustituido por el siguiente que se encuentre en condiciones apropiadas para su evaluación, como se muestra a continuación (51): 16, 17 por vestibular , 11, 21

por vestibular, 26, 27 por vestibular, 36,37 por lingual, 31,41 por vestibular, 46,47 por lingual.

- Los valores para placa dentobacteriana son los siguientes:
 - 0: No presenta mancha o PDB.
 - 1: Existe PDB o pigmentación visible, pero esta no supera 1/3 de la superficie del diente.
 - 2: Se identifica PDB cubriendo hasta 2/3 de la superficie del diente.
 - 3: La PDB está presente en más de 2/3 de la superficie del diente.
- Los valores para calculo/sarro son los siguientes:
 - 0: No existe cálculo o sarro.
 - 1: Existencia de cálculo o sarro que o cubre 1/3 de la parte superficial.
 - 2: Existencia de cálculo o sarro no más de 2/3 de la parte superficial.
 - 3: Existencia de cálculo o sarro más de 2/3 a la parte superficial.
- El resultado se obtiene al sumar los valores de placa dentobacteriana y valores de cálculo o sarro. Estos resultados se dividen entre 6 (analizados), ambos resultados se suman. Siendo este valor es el resultado del total.

Puntuación

3.1 – 6.0 Mala

1.3 – 3.0 Regular

0.1 – 1.2 Buena

0 Excelente

3.1.12.2 **Índice CPOD**

El índice CPOD (Cariados, Perdidos y Obturados) es un promedio que muestra cuántos dientes permanentes han tenido caries, han sido sacados o han sido arreglados con empastes, y se emplea para obtener una visión general del impacto de las enfermedades dentales sobre la dentición. Este indicador fue desarrollado en 1937

por Klein, Palmer y Knutson(52), a través de un estudio enfocado en el estado dental y los tratamientos aplicados, con el objetivo de cuantificar las lesiones presentes, identificar posibles secuelas y orientar las decisiones terapéuticas. Además, permite clasificar la presencia o ausencia de dientes o superficies dentales. No obstante, una de sus limitaciones es que no permite evaluar la profundidad de las lesiones ni el grado de destrucción del tejido dental. Generalmente el CPOD se utiliza cuando se pretende evaluar la incidencia de caries en una población en un periodo relativamente corto. La revisión en 2 momentos del tiempo facilita la medición del avance de la enfermedad al registrar nuevas lesiones. El CPOD está indicado para la realización de estudios descriptivos en comunidades en las que se desconoce el perfil epidemiológico, pretende obtener un panorama global de la presencia de la enfermedad.

A. CRITERIOS

1. Se considera cariado cuando existen lesiones en fosas y fisuras, paredes reblandecidas, pérdida de continuidad, restauraciones temporales o con filtración, se debe distinguir de las piezas dentarias con manchas blancas, asperezas o fluorosis (53).
2. Se considera perdido a la pieza dental que fue extraída por caries.
3. Se considera obturado a los dientes que tengan una restauración final como resina, amalgama, incrustación sin evidencia de reincidencia de caries. Se excluyen dientes pilares de prótesis fija, dientes con selladores de fosa y fisura, extraída por causas desconocidas y ortodoncia.
4. Se considera al diente presente cuando cualquier parte del diente sea visible o pueda ser tocado con el explorador.
5. Se considera como pérdida cuando, un diente anterior solo tiene una superficie presente.
6. El examen comienza en el cuadrante superior derecho, con el último molar presente, las superficies se revisan en orden oclusal, palatino, distal y vestibular.

7. Al llegar al incisivo central superior izquierdo el orden es palatino, mesial, vestibular y distal.
8. A partir del primer premolar superior izquierdo la superficie oclusal es la primera en registrarse, al finalizar este cuadrante se inicia con el cuadrante inferior izquierdo, oclusal, distal, vestibular, mesial.
9. Finalmente, en el cuadrante inferior derecho el registro es, oclusal, lingual, mesial, vestibular y distal.
10. Se registra la cantidad de dientes o superficies dentales que manifiestan caries, han sido extraídos o están obturados en cada persona evaluada. Posteriormente, se suman todos los dientes y/o superficies afectadas, y el total se divide entre el número de individuos examinados, obteniéndose así el promedio correspondiente al índice CPOD.

8: diente sano

7: diente deciduo ausente

6: extracción indicada por caries

5: extraído por otras causas

4: extraído por caries

3: obturado

2: cariado

1: sin erupcionar

3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 *Antecedentes internacionales:*

- a) **TITULO:** **Relación entre creencias en salud bucal y prácticas de higiene oral realizadas por cuidadores de adultos mayores dependientes pertenecientes a la Comuna de Providencia.**

AUTOR: Araya Cabello, Daniela Carolina

AÑO Y PROCEDENCIA: 2013, Universidad De Chile

RESUMEN: El estudio se realizó con un grupo de 75 cuidadores, elegidos al azar, todos participantes del Programa de Cuidados Domiciliarios en la comuna de Providencia. Del total, 45 cuidadores (60,0 %) se clasificaron como formales y 30 (40,0 %) como informales; en este último grupo, la mayoría eran familiares directos de adultos mayores en condición de dependencia. Las acciones de cuidado bucal que se mencionaron con mayor frecuencia fueron enjuagarse con agua, cepillarse los dientes y usar pasta dental para adultos. Se observó que los cuidadores con una actitud más positiva hacia la salud bucal solían tener mejores hábitos, como avisar al adulto mayor antes de hacerle la limpieza y hacerlo con más regularidad. Sin embargo, no se encontraron diferencias importantes, desde el punto de vista estadístico, entre las creencias sobre salud bucal y otras formas de cuidado oral.(54)

3.2.2 *Antecedentes nacionales:*

- a) **TITULO:** **Relación entre hábitos de higiene oral en padres de familia y la salud bucal en niños de la Institución Educativa Primaria 72704.**

AUTORES: Suca Mamani, Luis Vladimir, Cachicatari Mamani, Samuel, Sanca Coaquira, Jesús Junior

FECHA Y PROCEDENCIA: 2024, Universidad Continental

RESUMEN: Esta investigación se realizó siguiendo el método científico y se clasificó como un estudio básico, con el objetivo de encontrar relaciones entre variables. No se hicieron intervenciones y los datos se recogieron en un solo momento. Para conseguir la información, se empleó una encuesta a 71 padres sobre sus hábitos

de higiene bucal y se evaluó a sus hijos con un índice llamado IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado). Los resultados mostraron que el 44 % de los padres tenía malos hábitos de cuidado bucal y el 35,2 % tenía un nivel regular. En los niños, la mayoría (66,2 %) presentó una higiene bucal regular, mientras que el 21,1 % mostró un nivel deficiente. Al hacer el análisis estadístico con la prueba chi-cuadrado, se obtuvo un valor p de 0,001, lo que confirma que hay una relación significativa entre los hábitos de higiene de los padres y la salud bucal de sus hijos en la escuela primaria N.º 72704. En resumen, se concluye que los padres que no cuidan bien su salud bucal suelen tener hijos con una salud dental más deficiente (55).

b) TITULO: Relación entre prácticas de salud bucal e higiene oral en niños atendidos en PS. La Zaranda.

AUTORES: Salcedo Reategui, Emmy Patricia

FECHA Y PROCEDENCIA: 2024, Universidad Señor De Sipán.

RESUMEN: El propósito principal de este estudio fue conocer si hay una relación entre los hábitos de cuidado bucal y el nivel de limpieza de los dientes en los niños atendidos en el Puesto de Salud La Zaranda. La indagación fue de tipo descriptivo, sin hacer intervenciones, y se enfocó en observar la situación actual. Para el recojo de datos, se usó un cuestionario que evaluó los hábitos de higiene bucal, y también se efectuó una revisión dental usando el Índice de Higiene Oral. Los resultados revelaron que había una relación contraria entre los hábitos de cuidado y la limpieza bucal: a medida que subía el puntaje del índice (lo que indica peor higiene), los hábitos de cuidado eran menos adecuados. Se encontró que el 64% de los niños tenía malos hábitos de cuidado bucal, y solo el 36 % practicaba buenos hábitos. En cuanto a la limpieza de la boca, el 95 % estaba en un nivel regular y solo el 5 % tenía una higiene óptima. En resumen, se concluyó que cuanto peor es la higiene bucal en los niños, peores son también sus hábitos de cuidado(56).

c) TITULO: Evaluación de la salud bucal y los hábitos orales en pacientes del centro de salud San Antonio - Chiclayo 2023.

AUTORES: Peralta Alvarado, Jhon Alexander

FECHA Y PROCEDENCIA: 2023, Universidad Señor De Sipán.

RESUMEN: Se hizo un estudio descriptivo con enfoque numérico, en el que participaron 300 pacientes atendidos entre abril y mayo de 2023. Para recoger la información, se usó una encuesta con 20 interrogantes, con la intención de conocer la relación entre la salud bucal y los hábitos de higiene de los voluntarios. La calidad del cuestionario fue validada por expertos, logrando una calificación perfecta (valor V de Aiken de 1), y su confiabilidad también fue alta, con un resultado de 0.813 en el Alfa de Cronbach, lo que señala que el instrumento era adecuado y confiable. Los resultados, mostraron que el 17,3 % de los pacientes con malos hábitos de higiene tenía una salud bucal deficiente, y el 32 % con prácticas también inadecuadas presentaba un estado regular. Por otro lado, el 9,3 % de quienes sí tenían buenos hábitos lograron una buena salud dental. En resumen, el estudio demuestra que tener malos hábitos de higiene está muy relacionado con una mala salud bucal en los pacientes atendidos en este centro de salud durante el año 2023(57).

d) TITULO: Hábitos de Higiene Oral y Salud bucal en Adolescentes en Estado Gestacional del Centro de Salud San Pedro - Carabaylo 2019.

AUTOR: Romero Rodríguez, Rocío Maribel

FECHA Y PROCEDENCIA: 2019, Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo principal averiguar si hay una relación entre los hábitos de higiene bucal y la salud dental en señoritas embarazadas de 12 a 17 años atendidas en el Centro de Salud San Pedro – Carabaylo durante el año 2019. La investigación fue descriptiva, con un enfoque que buscó encontrar relaciones entre los datos, y se llevó a cabo en un solo momento. Participaron 50 adolescentes gestantes, a quienes completaron una encuesta para

conocer sus costumbres de limpieza bucal, junto con una evaluación clínica que incluyó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO) para medir su salud dental. La información fue analizada usando el programa IBM SPSS Statistics 25. De las jóvenes evaluadas, el 4 % tenía una higiene bucal deficiente, el 58 % mostró un nivel regular y el 38 % obtuvo un buen nivel. Los resultados indicaron que existe una relación entre los hábitos de higiene y el estado de la salud bucal, ya que en ambos aspectos el nivel regular fue el más común. En resumen, se concluye que las prácticas de higiene bucal están relacionadas con la condición dental en las adolescentes embarazadas atendidas en este centro de salud durante el 2019(58).

3.2.3 *Antecedentes locales*

a) **TITULO:** Impacto del nivel de conocimiento sobre la higiene oral en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los efectivos policiales de la región Arequipa 2023

AUTOR: Gonzales, Katherine.

FECHA Y PROCEDENCIA: 2023, Universidad Católica De Santa María.

RESUMEN: El objetivo principal de esta investigación fue analizar cómo el nivel de conocimiento sobre higiene bucal influye en la calidad de vida relacionada con la salud dental de los policías de la región Arequipa en el año 2023. El estudio consideró a 3,569 policías en servicio activo, de los cuales se eligieron 347 como muestra representativa. La investigación fue cuantitativa, sin intervención directa, y se llevó a cabo en un solo momento. Para obtener la información, se aplicó una encuesta con 26 preguntas: 12 sobre conocimientos de higiene bucal y 14 sobre cómo esta afecta su calidad de vida. Los resultados mostraron que el 72,3 % de los policías tenía un conocimiento regular sobre higiene bucal, el 20,2 % un conocimiento alto y el 7,5 % un conocimiento bajo. En relación con la calidad de vida, el 68,9 % indicó tener un impacto positivo en su salud bucal, mientras que el 31,1 % reportó efectos negativos. El análisis estadístico encontró una relación significativa entre el nivel

de conocimiento y la calidad de vida bucal ($p = 0,037$), lo que indica que a mayor conocimiento, mejor es el bienestar bucal. Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar programas educativos y estrategias integrales que ayuden a mejorar el conocimiento sobre higiene oral y, con ello, la salud y bienestar de los policías(59).



4. HIPÓTESIS

Dado que, los hábitos de higiene oral influyen de manera directa en el estado de la salud bucal.

Es probable que, exista una relación de significancia entre el estado de salud bucal y los hábitos de higiene oral de los efectivos policiales de la Comisaría el Pedregal - Arequipa.





**CAPÍTULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

1.1.1 Especificación de la técnica

Se utilizó la técnica comunicacional/observacional, como instrumento se utilizó una ficha de observación titulada **“Ficha clínica de observación intraoral”** (CPOD e IHOS) y un cuestionario titulado **“Hábitos de higiene oral”** de opción múltiple, estos para poder recoger la información necesaria de los efectivos policiales.

1.1.2 Esquematización

Tabla 3 Esquematización de la Técnica e Instrumento

VARIABLES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Estado de salud bucal	Comunicacional/ observacional	Ficha clínica de observación intraoral (CPOD e IHOS)
Hábitos de higiene oral		Cuestionario “Hábitos de higiene oral”

1.1.3 Descripción de la técnica

Se solicitó una carta de presentación dirigida al señor Decano de la Facultad de Odontología de la UCSM, la investigadora mando una solicitud al comandante José Antonio Vargas Coaguila y al encargado de la Comisaría el Pedregal Sectorial Majes, Sub Oficial Superior PNP Julio Castañeda Medina. Se conto con 20 minutos para poder firmar el consentimiento informado, se aplicó la encuesta de hábitos de higiene oral. Luego, se llevó a cabo un examen clínico intrabucal y se anotaron los resultados en la ficha de observación correspondiente, aplicando pastillas reveladoras de biopelícula para poder determinar el IHOS. Respecto al cuestionario titulado **“Hábitos de higiene oral”** el cual consta de 24 preguntas:

Nunca (N) =1 Raramente (R)= 2 A veces (AV) =3 Frecuentemente (F) =4
Siempre (S) =5

El puntaje se dividió en los siguientes grupos:

-96 -120 puntos = Buenos hábitos

-72 – 95 puntos = Hábitos regulares

-Menos de 72 puntos = Malos hábitos.

En la **Ficha Clínica de Observación Intraoral:**

CPOD: 4.5 – 6.5 Alto 2.7 - 4.4 Moderado 1.6– 2.6 Bajo 0.0 – 1.5 Muy Bajo.

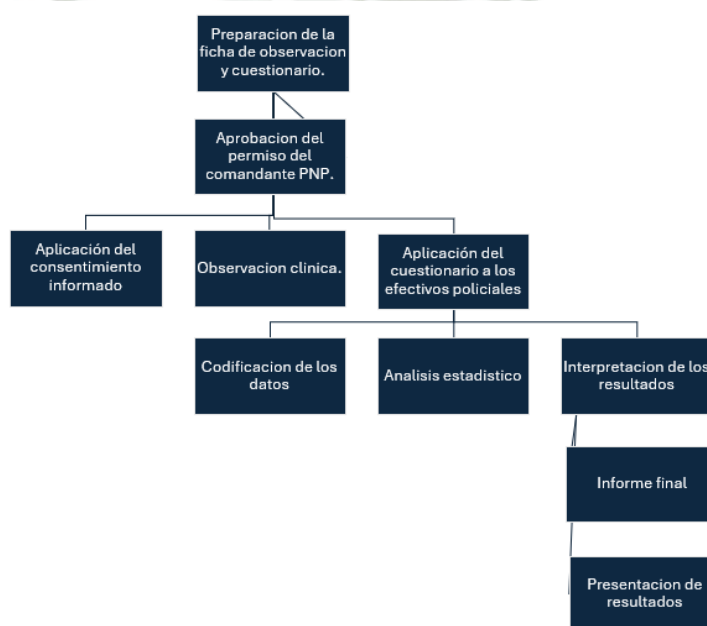
IHOS: 3.1 – 6.0 Deficiente 1.3 - 3.0 Regular 0.1 - 1.2 Buena 0 Excelente.

Posteriormente, se diseñó una tabla de datos donde se organizaron los criterios según variables como edad, género, rango, preguntas, así como los resultados de los índices IHOS y CPOD.

Durante el proceso de recojo de información, cada cuestionario fue analizado de forma individual y los datos fueron procesados utilizando una computadora portátil con procesador M1 y 8 GB de memoria RAM. La organización de las fichas se llevó a cabo mediante la tabulación en tablas de frecuencia, mientras que la validación de los resultados obtenidos se realizó utilizando representaciones gráficas en forma de diagramas de barras.

1.1.4 Diagrama operativo

Figura 1 Diagrama Operativo de la Investigación



1.2 Instrumento

1.2.1 *Instrumento documental:* Instrumento de evaluación “*Ficha Clínica de observación intraoral*” y cuestionario “*Hábitos de higiene oral*”

Tabla 4 Estructura de Instrumento

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ÍTEMS
Variable dependiente: Estado de la salud bucal	Índice de caries	CPOD	Ficha clínica de observación intraoral.
	Índice de higiene oral	IHOS	
Variable independiente: Hábitos de higiene oral	Frecuencia de cepillado	- Frecuencia diaria - Técnica de cepillado (movimientos, duración) - Uso de pasta dental	1;2;3;4;5;6;
	Uso de seda dental	- Frecuencia de uso - Técnica de uso	7;8;9;10;11;12
	Uso de enjuague bucal	- Frecuencia de uso de enjuague bucal.	13;14;15;16;17;18
	Visita al odontólogo	- Frecuencia de visita al odontólogo - Motivo de consulta (prevención o tratamiento)	19;20;21;22;23;24

1.2.2 Instrumentos mecánicos

- Formato de Cuestionario estructurado y Ficha Clínica de Observación Intraoral.
- Implementos de oficina.

1.2.3 Materiales de verificación

- Cuestionarios y fichas impresas.
- Espejos, exploradores, pinzas, bandejas, bajalenguas, pastillas reveladoras.
- Equipo de seguridad.
- Útiles de escritorio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Geográfica

2.1.1 *Ámbito general:*

El estudio se llevó a cabo en el territorio peruano, específicamente en el departamento de Arequipa, provincia de Caylloma, distrito de Majes.

2.1.2 *Ámbito específico:*

Esta investigación se desarrolló en los espacios laborales pertenecientes a la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa.

2.2 Periodo de ejecución

Esta investigación se llevó a cabo en el mes de enero del 2025

2.3 Unidades de estudio

2.3.1 *Población*

Efectivos policiales que trabajan en la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa.

2.3.2 *Muestra*

De acuerdo con la ecuación para determinar la muestra se tiene:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)(218)}{(218 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$
$$n = 139.3088$$
$$n = 139$$

Donde:

n: representa el tamaño de la muestra que se desea calcular

E: indica el margen de error aceptado en la estimación muestral, establecido en 0.05 (5 %).

q: es el complemento de p, calculado como $1 - p = 0.5$.

p: es la proporción esperada del evento de interés, asumida como 0.5 para máxima variabilidad.

Z: corresponde al valor del nivel de confianza, para un 95 % es igual a 1.96.

N: representa el tamaño total de la población, que en este caso es 218.

2.3.3 *Identificación de los grupos*

Los grupos del estudio se formarán tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión definidos con anticipación, para asegurar que los participantes sean seleccionados de manera adecuada.

2.3.4 *Criterios*

a) **Criterios de inclusión**

- Efectivos policiales en actividad.
- Efectivos policiales que hayan dado su consentimiento informado de manera voluntaria y correcta, firmando tanto dicho documento como el instrumento de evaluación correspondiente.
- Efectivos policiales que presenten un mínimo de 20 dientes funcionales, requisito necesario para realizar la evaluación clínica.
- Efectivos policiales de ambos géneros.
- Efectivos policiales de todos los rangos.

b) **Criterios de exclusión**

- Efectivos policiales que manifiesten su decisión de no participar en el estudio.
- Efectivos policiales que padezcan enfermedades sistémicas graves o presenten condiciones clínicas que puedan alterar o comprometer el estado de salud bucal.

- Efectivos policiales que se encuentren en tratamiento odontológico activo que pueda modificar su estado actual de salud bucal, como en el caso de procedimientos periodontales.
- Efectivos policiales que presenten edentulismo total.

c) Criterio de eliminación

- Efectivos policiales que no pertenezcan a la Comisaría Sectorial El Pedregal Majes– Arequipa.
- Efectivos policiales que abandonen el estudio antes completar las etapas de investigación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1 Organización

- Permiso otorgado por el comandante de la PNP de Majes.
- Firma del consentimiento de los efectivos policiales.
- Difusión de los cuestionarios a todas las comisarías de Majes.
- Datos sistematizados mediante una matriz de datos.

3.2 Recursos

a) Recursos humanos

- Investigador: Cristina A. Lastarria Arce
- Asesor: Dr. Figueroa Banda, Rufo Alberto.

b) Recursos físicos

- Cuestionario impreso.

c) Recursos virtuales

- Microsoft Excel

d) Recursos económicos

Los costos asociados a la indagación fueron cubiertos directamente por el investigador.

e) Institucionales

Universidad Católica de Santa María
Policía Nacional Del Perú – Majes

4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

4.1 *Cuestionario hábitos de higiene oral*

El instrumento aplicado en esta investigación fue previamente validado en un estudio desarrollado por los bachilleres Samaniego Becker B. y Auris Pamela A. Dicho cuestionario fue elaborado con el propósito específico de evaluar los hábitos de higiene oral. Aunque el estudio en mención no reporta de manera explícita los valores del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, el instrumento fue considerado pertinente y adecuado en función de los objetivos propuestos, siendo utilizado como una herramienta válida para la recolección de datos.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se desarrolló respetando los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, garantizando así la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de los participantes durante todo el proceso investigativo. El manejo y la comunicación de los datos recopilados se realizaron de forma estrictamente confidencial y anónima, resguardando en todo momento la identidad y la privacidad de los participantes involucrados. Una vez ya codificados los datos fueron analizados sin revelar información personal, el uso fue exclusivamente para los fines establecidos en el protocolo de investigación y comunicados a las autoridades competentes del caso. El investigador principal fue el encargado de supervisar y controlar todo el estudio, asegurándose de que se respetaran los principios éticos durante su desarrollo. Para evaluar y analizar los hábitos de higiene bucal, se garantizó en todo momento la privacidad de los datos obtenidos, se respetó la decisión libre de los participantes y se aseguró que su participación fuera voluntaria, contando con su consentimiento informado. Esta investigación cumplió por completo con los principios éticos de respeto a la autonomía, hacer el bien, no causar daño y tratar a todos con justicia.

6. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

6.1 *Plan de procesamiento:*

a) **Tipos de procesamiento**

Una vez concluida la fase de recolección de datos, se realizó la tabulación mediante la elaboración de una matriz de sistematización, con el propósito de organizar de manera estructurada las tablas y gráficos que respondieran a los objetivos previamente establecidos. Estas representaciones fueron desarrolladas bajo un

enfoque descriptivo e incluyeron inferencias estadísticas para un análisis más completo. El proceso de la información se realizó utilizando Excel y el software SPSS en su versión 30.

b) Plan de operaciones

b.1. Clasificación

Los datos fueron previamente codificados utilizando un cuestionario estructurado y registrada en una matriz de sistematización.

b.2. Codificación

Se utilizó una acción manual, la cual se clasificó:

En la *Ficha clínica de Observación Intraoral*:

CPOD

- 0.0-1.5 Muy bajo
- 1.6– 2.6 Bajo
- 2.7 - 4.4 Moderado
- 4.1 – 6.5 Alto

IHOS

- 3.1 – 6.0 Deficiente
- 1.3-3.0 Regular
- 0.1-1.2 Buena
- 0 excelente

En el cuestionario “*Hábitos de higiene oral*”

- Nunca (N) =1
- Raramente (R)= 2
- A veces (AV) =3
- Frecuentemente (F) =4
- Siempre (S) =5

Este cuestionario consta de preguntas positivas y negativas, donde el puntaje de las respuestas positivas debe tener el máximo puntaje y el puntaje de las respuestas positivas deben invertirse o tener menos puntos posibles, ya que se corrigen a la inversa.

El puntaje se dividió en los siguientes grupos:

- 96 -120 puntos = Buenos hábitos

- 72 – 95 puntos = Hábitos regulares
- Menos de 72 puntos = Malos hábitos.

b.3. Recuento

Se empleó una serie de matrices de conteo.

b.4. Tabulación

Se utilizó tablas de frecuencia.

b.5. Graficación

Se elaboraron gráficas acordes a las tablas, se confeccionó en graficas de barra.

6.2 Plan de análisis de datos

6.2.2 Tipo de análisis

Considerando el enfoque de la presente investigación, se llevará a cabo un análisis de tipo descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Para ello, se utilizaron herramientas de estadística descriptiva que permitieron interpretar y presentar los datos recolectados de forma clara, ordenada y sistemática, facilitando así la comprensión de los resultados obtenidos.

6.2.3 Tratamiento estadístico

Tabla 5 Tratamiento estadístico

VARIABLE	TIPO	ESCALA	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	PRUEBA ESTADÍSTICA
Estado de la salud bucal	Cuantitativa	Ordinal	Frecuencia porcentual Frecuencia absoluta	Rho de Spearman
Hábitos de higiene oral	Cualitativa	Nominal		

7. CRONOGRAMA

	2024				2025																			
	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta
Aprobacion del proyecto			/	/																				
Recoleccion de datos				/	/	/	/	/																
Analisis de datos										/	/	/	/	/	/									
Elaboracion del borrador de tes																								
Correcciones																								
Sustentacion																								



I. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

TABLA N°6: Género de los efectivos policiales.

GÉNERO	N°	%
FEMENINO	27	19.4
MASCULINO	112	80.6
Total	139	100.0

Fuente: Base de datos.

En la tabla N° 1 se muestra que, el 80.6% de los participantes son de género masculino, y el 19.4% de los encuestados son damas.

FIGURA N°2: Género de los efectivos policiales.

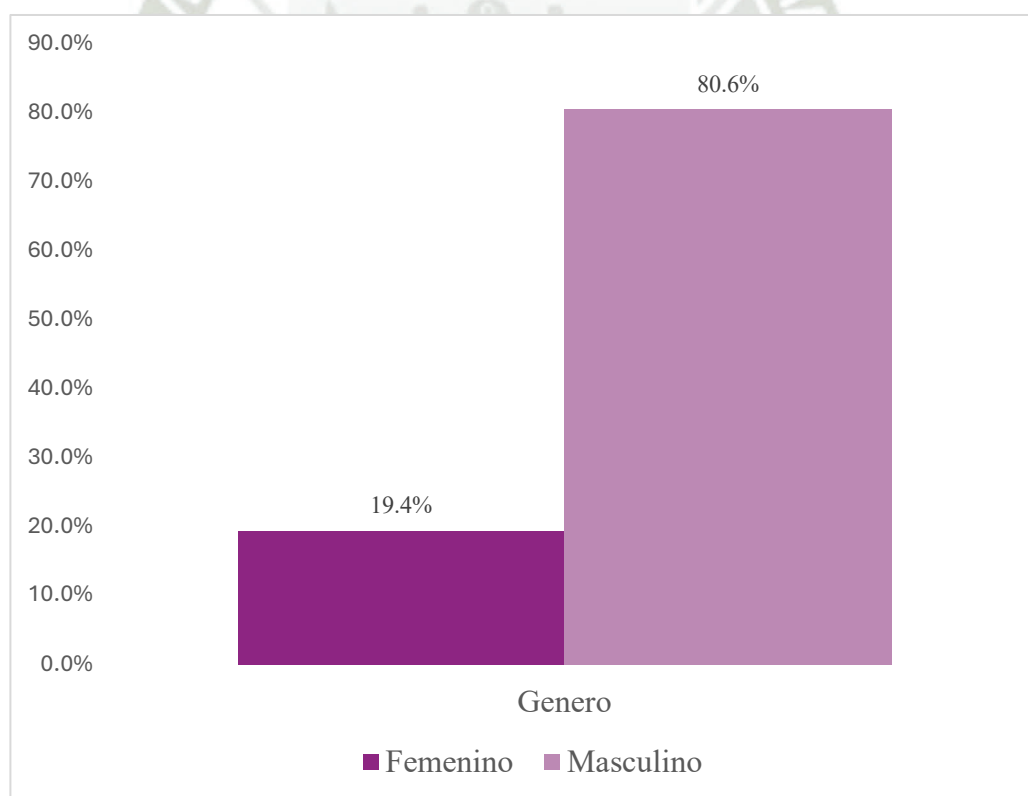


TABLA N°7: Grado de los efectivos policiales.

GRADO	N°	%
Alférez	2	1.4
Comandante	1	0.7
S1. PNP	20	14.4
S2. PNP	51	36.7
S3. PNP	23	16.5
SB. PNP	10	7.2
SS. PNP	13	9.4
ST1. PNP	6	4.3
ST2. PNP	9	6.5
ST3. PNP	4	2.9
Total	139	100.0

En la tabla N° 2 se muestra la distribución por grado, donde el grupo más numeroso corresponde al S2. PNP representando el 36.7%, seguido por el grado S3. PNP con un 16.5%, y el S1. PNP, con un 14.4%, los grados SB. PNP, SS. PNP, ST1. PNP, ST2. PNP y ST3. PNP manifiestan proporciones menores, oscilando entre el 2.9% y el 9.4%, los grados superiores como Alférez y comandante son los menos representados, con un 1.4% y 0.7%, respectivamente.

FIGURA N°3: Grado de los efectivos policiales

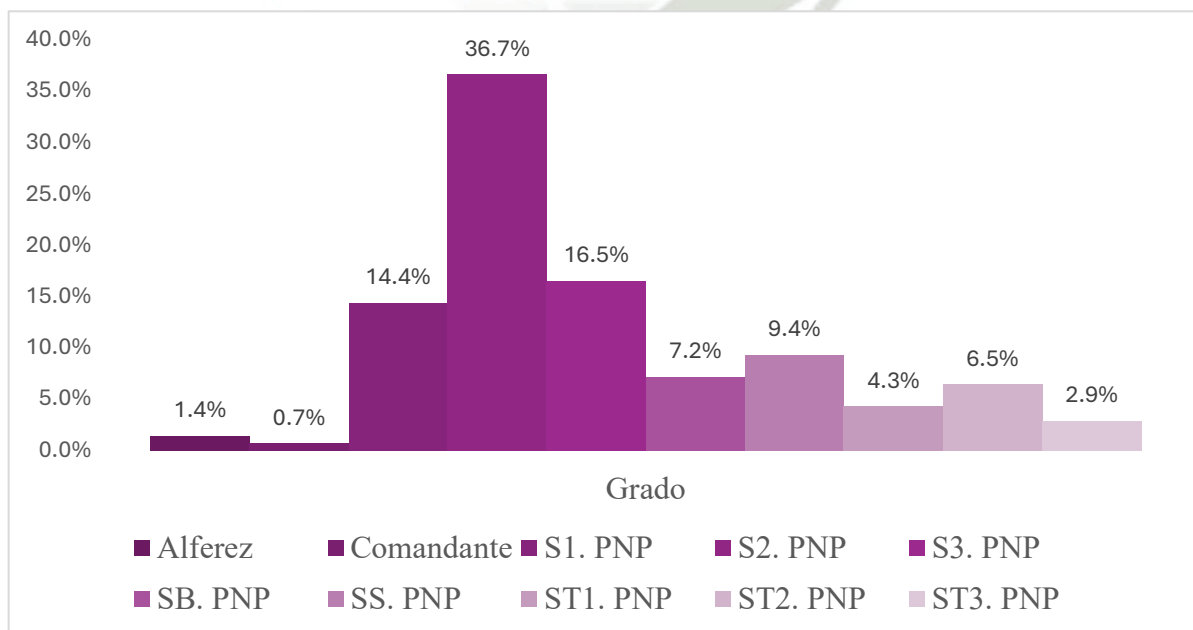


TABLA N°8: Edad de los efectivos policiales

EDAD	N	%
Hasta 30 años	39	28.1
De 31 a 40 años	55	39.6
De 41 a 50 años	21	15.1
De 51 a 60 años	24	17.3
Total	139	100.0

En la tabla N° 3 se muestra la edad de los efectivos policiales, la mayoría de 31 a 40 años, con un 39.6% del total de los participantes, seguido por el grupo “hasta” 30 años, con un 28.1%, grupo de 41 a 50 años representa un 15.1% y, por último, el grupo de 51 a 60 años que comprende el 17.3% de la muestra.

FIGURA N°4: Edad de los efectivos policiales

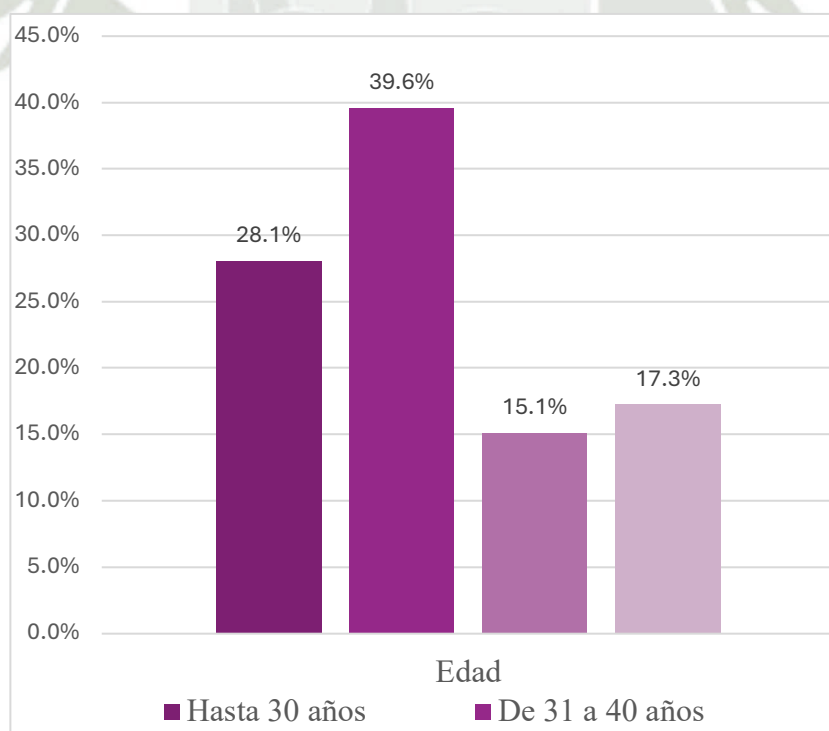


TABLA N°9: Índice de higiene oral simplificado en efectivos policiales

IHOS	N°	%
Deficiente	28	20.1
Regular	93	66.9
Buena	17	12.2
Excelente	1	0.7
Total	139	100.0

En la tabla N°4 se muestra el análisis del índice de higiene oral simplificado donde la mayoría de los efectivos policiales están representados por el nivel regular, con un 66.9%, un 20.1% presenta un índice de higiene deficiente, solo un 12.2% de los participantes posee una higiene buena, y apenas un 0.7% de los encuestados alcanza un nivel excelente.

FIGURA N°5: índice de higiene oral simplificado en efectivos policiales

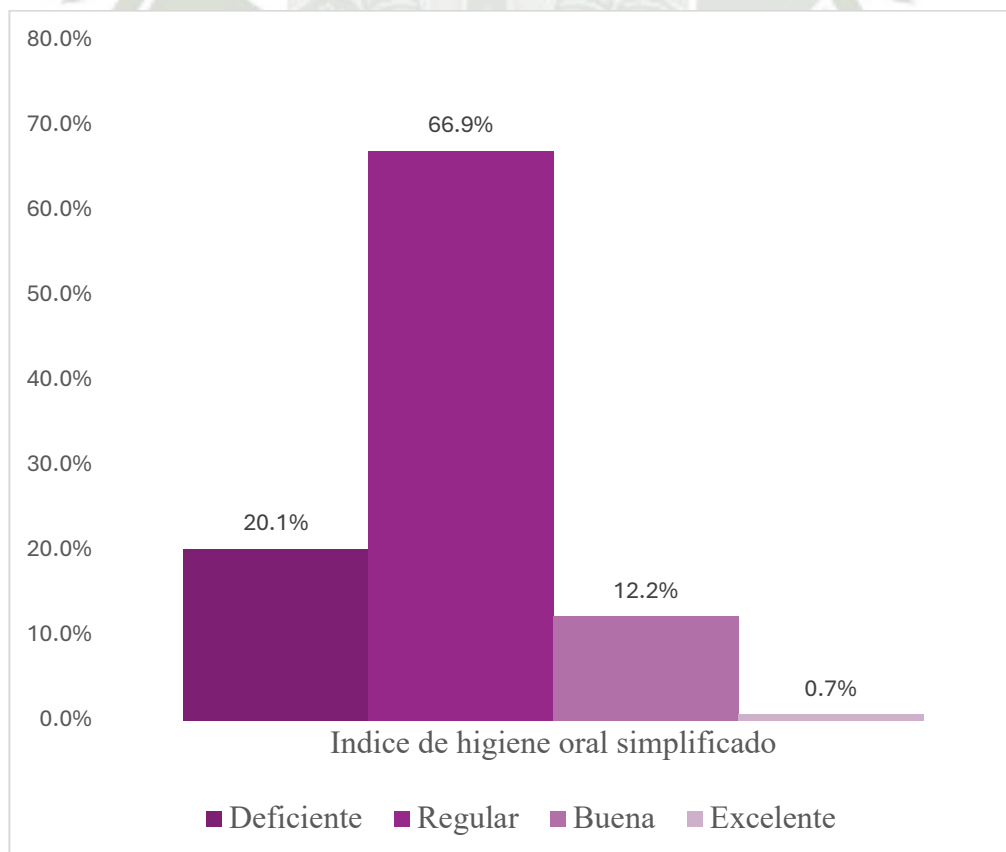


TABLA N°10: Índice de caries CPOD en efectivos policiales

CPOD	N°	%
Alto	45	32.4
Bajo	15	10.8
Moderado	78	56.1
Muy Bajo	1	0.7
Total	139	100.0

En la tabla N°4 se muestra el índice de caries CPOD, revela que el nivel moderado es el más frecuente entre los participantes, con un 56.1%, un 32.4% presenta un índice de caries alto, solo un 10.8% de los participantes muestra un índice de caries bajo y apenas un 0.7% de los encuestados tiene un índice de caries muy bajo.

FIGURA N°6: Índice de caries CPOD en efectivos policiales

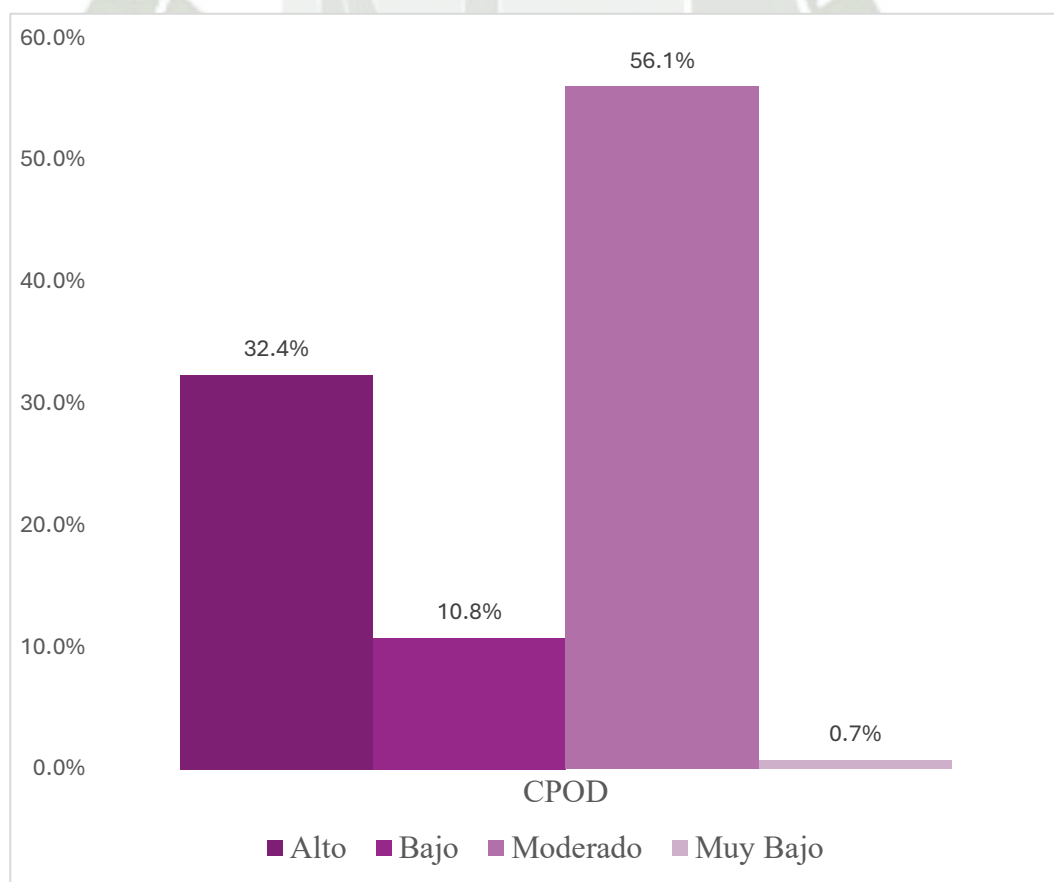


TABLA N°11: hábitos de higiene oral en efectivos policiales

HÁBITOS	N°	%
Buenos hábitos	10	7.2
Hábitos regulares	98	70.5
Malos hábitos	31	22.3
Total	139	100.0

En la tabla N°6 se muestra el análisis de la clasificación de hábitos de higiene oral, con 70.5%, manifiestan hábitos regulares, un 22.3% de los encuestados manifiestan malos hábitos, y solo un 7.2% de los participantes tienen buenos hábitos.

FIGURA N°7: hábitos de higiene oral en efectivos policiales

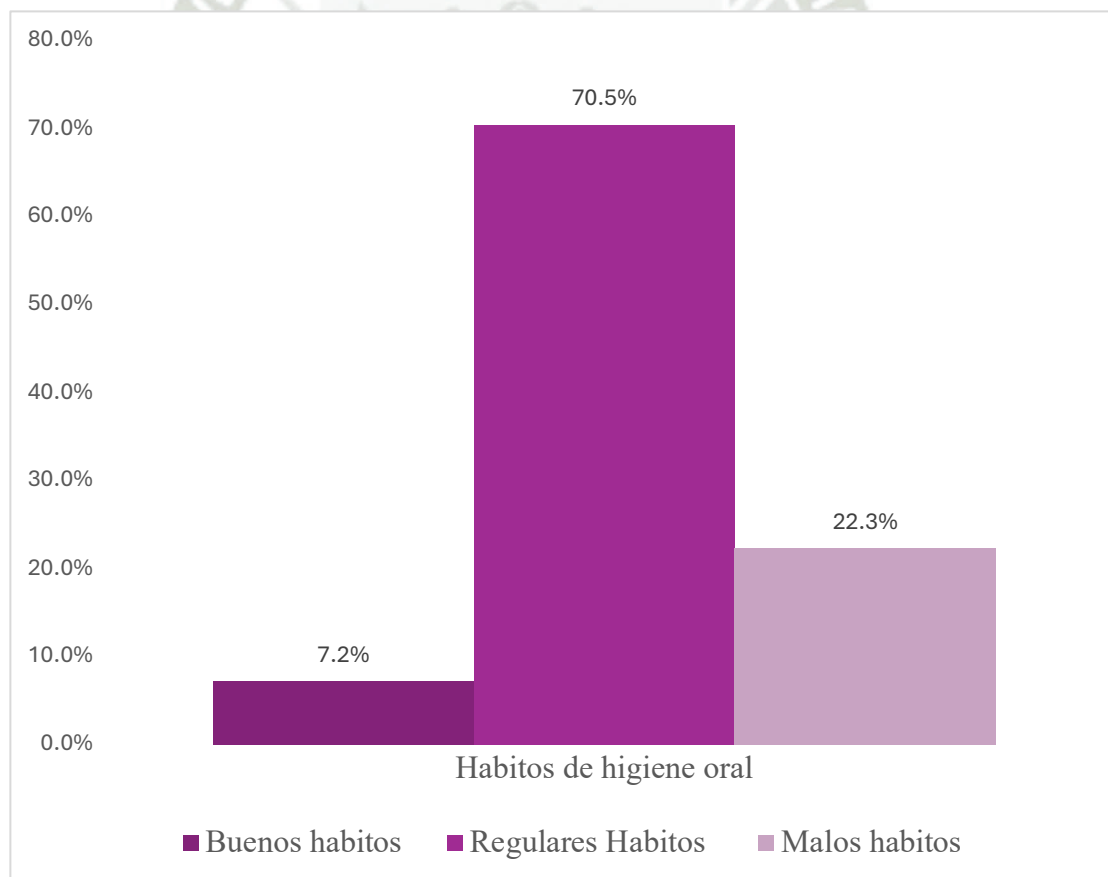


TABLA N°12: Frecuencia de cepillado en efectivos policiales

F.C.	N°	%
Bajo	0	0
Regular	84	60.4
Alto	55	39.6
Total	139	100.0

En la tabla N°7 se muestra el análisis de la frecuencia de cepillado, el 60.4%, presenta una frecuencia de cepillado regular, 39.6% manifiestan frecuencia de cepillado alta, por último, se resalta que no se registraron casos de baja frecuencia de cepillado (0%).

FIGURA N°8: Frecuencia de cepillado en efectivos policiales

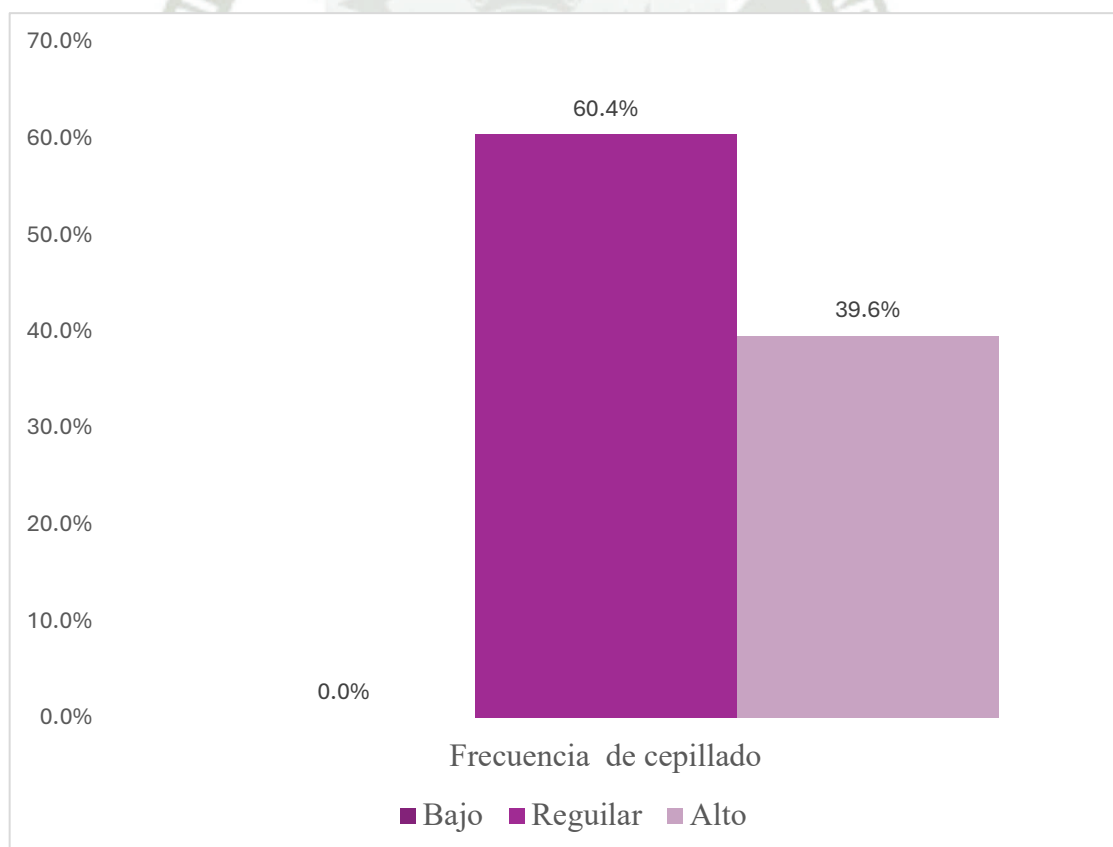


TABLA N°13: Uso de seda dental en efectivos policiales

S. D.	N°	%
Bajo	21	15.1
Regular	100	71.9
Alto	18	12.9
Total	139	100.0

En la tabla N°8 se puede apreciar el análisis del uso de seda dental muestra que la mayoría con un 71.9%, manifiestan una frecuencia regular, 15.1% manifiestan baja frecuencia de uso, y solo un 12.9% reportan un uso alto de la seda dental.

FIGURA N°9: Uso de seda dental en efectivos policiales.

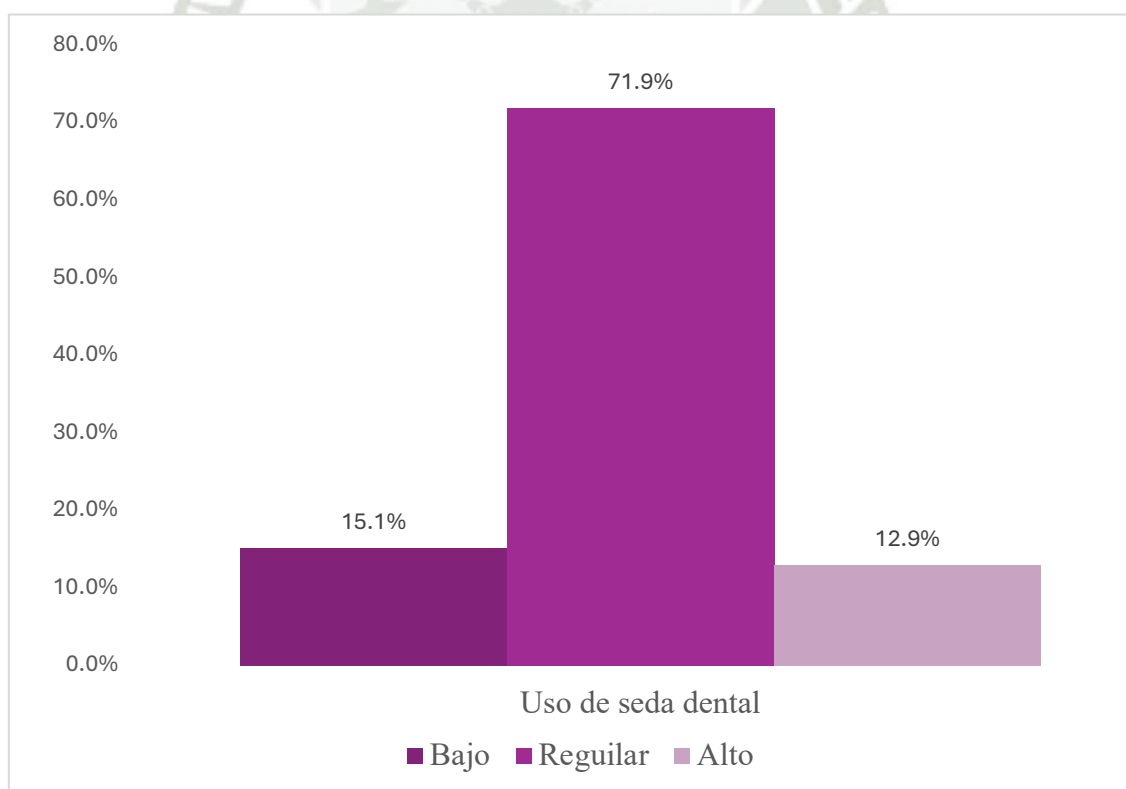


TABLA N°14: Uso de enjuague bucal en efectivos policiales

E. B.	N°	%
Bajo	15	10.8
Regular	100	71.9
Alto	24	17.3
Total	139	100.0

En la tabla N°9 se puede apreciar el análisis del uso de enjuague bucal, con un 71.9%, lo emplean de manera regular, un 10.8% reporta un uso bajo del enjuague bucal, y solo un 17.3% reportan un uso alto de enjuague bucal.

FIGURA N°10: Uso de enjuague bucal en efectivos policiales

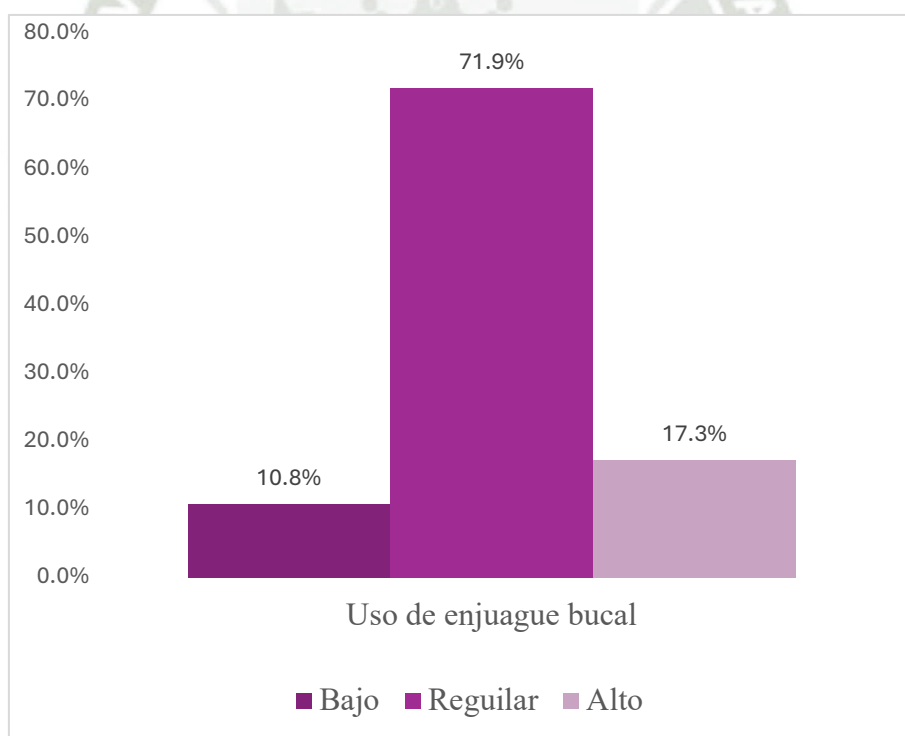


TABLA N°15: Visita al odontólogo en efectivos policiales.

V.O.	N°	%
Alto	7	5.0
Bajo	98	70.5
Regular	34	24.5
Total	139	100.0

En la tabla N°10 se puede apreciar el análisis de las visitas al odontólogo, un 70.5%, no realiza visitas al odontólogo (bajo), un 24.5% de los encuestados reportan una frecuencia regular de visitas al odontólogo, un 5.0% de los participantes indica un nivel alto de visitas al odontólogo.

FIGURA N°11: visita al odontólogo en efectivos policiales

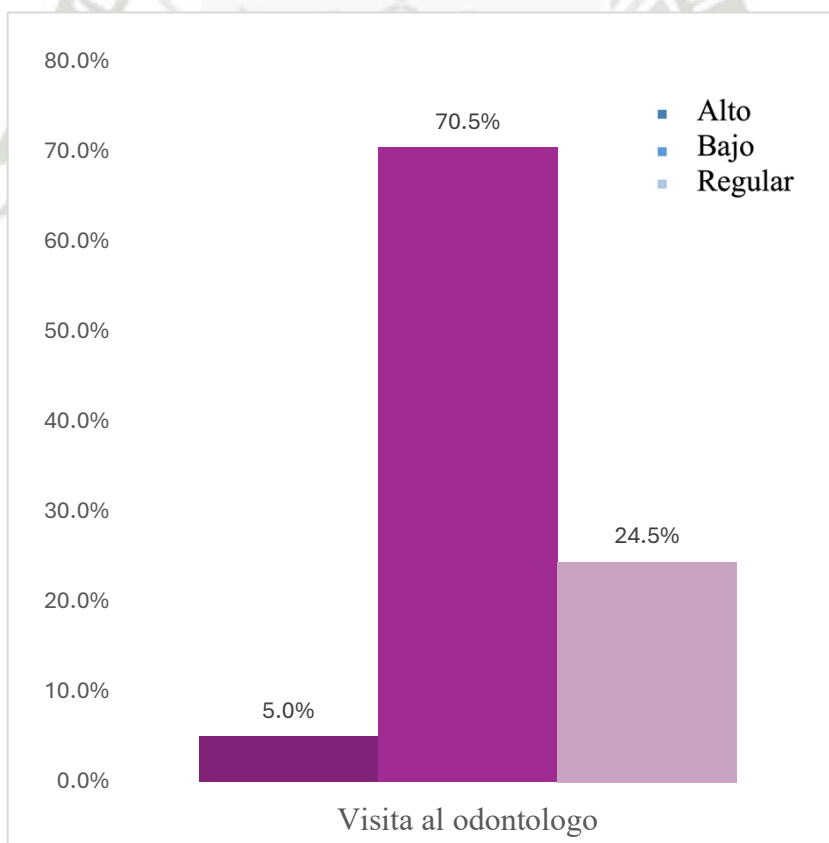


TABLA N°16: Prueba de normalidad.

Kolmogórov-Smirnov			
	Estadístico	gl	Sig.
Hábitos de higiene oral	.391	139	<.001
IHOS	.342	139	<.001
CPOD	.301	139	<.001

Para hallar la distribución normal de las variables, se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, esta se emplea en poblaciones mayores a 50, siendo esta investigación ($n = 139$)

En la tabla N°11 se puede apreciar la prueba de normalidad para las variables hábitos de higiene oral, índice de higiene oral simplificado (IHOS) e índice de caries CPOD.

Se concluye que los resultados son menores a 0.05 lo que significa que deben tener un tratamiento de tipo no paramétrico, debido a lo que se opta por trabajar con la correlación de Rho de Spearman.

TABLA N°17: Relación entre estado de salud bucal y hábitos de higiene oral en efectivos policiales.

			H.I.O	IHOS	CPOD
Rho de Spearman	Hábitos de higiene oral	Coef. correlación	1.000	.430	.413
		Sig. (bilateral)	.	<.001	<.001
		N	139	139	139
	IHOS	Coef. correlación	.430	1.000	.430
		Sig. (bilateral)	<.001	.	<.001
		N	139	139	139
	CPOD	Coef. correlación	.413	.430	1.000
		Sig. (bilateral)	<.001	<.001	.
		N	139	139	139

En la tabla N°12 se presentan los resultados obtenidos mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman, la cual se empleó para analizar la relación entre los hábitos de higiene bucal y el estado de salud oral, evaluado a través del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y el Índice de Caries CPOD. Los hallazgos revelan una correlación positiva de magnitud moderada entre las prácticas de higiene oral y el IHOS, con un coeficiente de correlación de $r = 0.430$ y un nivel de significancia estadística de $p < 0.001$. Este resultado sugiere que, al mejorar los hábitos de higiene, también se observa una mejora en los valores del IHOS. De igual manera, se evidenció una relación positiva de nivel moderado entre las prácticas de higiene oral y el índice CPOD, con un coeficiente de $r = 0.413$ y $p < 0.001$, lo que indica que una mejor higiene bucal se vincula con una menor frecuencia de caries dentales.

Se evidencio también que entre el índice de higiene oral y el índice de caries existe una correlación moderada y positiva ($p = 0.430$, $p < 0.001$) sugiere que si existe una mayor presencia de caries esta estará asociada a un mayor índice de placa bacteriana.

Todas las correlaciones manifiestan estadística significativa ($p < 0.001$) lo cual confirma que los hábitos de higiene oral tienen influencia directa en la salud bucal en los efectivos policiales evaluados.

DISCUSIÓN

Esta investigación fue desarrollada ante las bases de salud pública y prevención odontológica, la salud bucal constituye un componente de bienestar general del individuo, el cuidado adecuado es la clave para prevenir enfermedades que puedan afectar el desempeño en actividades cotidianas de los efectivos policiales. Por lo tanto, el objetivo principal es analizar la relación entre los hábitos de higiene oral y el estado de salud bucal en efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal – Majes. Esta población, se encuentra expuesta a factores que influyen negativamente en las prácticas de cuidado bucal, los resultados obtenidos permiten saber y reflexionar sobre cuál es la importancia de establecer estrategias preventivas enfocadas a la mejora de la salud pública de dichos individuos. Se investigó una muestra de 139 efectivos policiales, la mayoría de género masculino con edad entre 26 y 60 años.

En relación con el primer objetivo, los resultados obtenidos tras el análisis de la clasificación indican que la mayoría de los participantes, equivalente al 70.5 %, presentan hábitos de higiene oral clasificados como regulares. Por otro lado, el 22.3 % de los encuestados manifestó prácticas consideradas inadecuadas o deficientes, mientras que únicamente el 7.2 % evidenció hábitos de higiene oral adecuados o buenos. Estos hallazgos guardan similitud con los resultados reportados en estudios previos (59) , en la cual se examinó la influencia del nivel de conocimiento sobre higiene oral en la calidad de vida de los efectivos policiales. En dicho estudio, se observó que el 72,3 % de los participantes presentaba un conocimiento clasificado como regular, mientras que el 7,5 % evidenciaba un nivel de conocimiento insuficiente y únicamente el 20,2 % demostraba un conocimiento considerado adecuado o bueno, al igual que en la investigación “Evaluación de la salud bucal y los hábitos orales en pacientes del centro de salud San Antonio - Chiclayo 2023” realizado por Peralta, donde se enfatiza al grupo de malos hábitos con 17,3% seguido por el 32,0% con hábitos regulares, finalmente al grupo de 9,3% con buenos hábitos, estos resultados muestran similitud (57)

Respecto al segundo objetivo, y considerando los resultados obtenidos a partir del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y el Índice de Caries (CPOD), se observó que la mayoría de los participantes presenta un nivel de higiene oral regular, con un 66.9 %. Además, el 20.1 % mostró un nivel deficiente, el 12.2 % alcanzó una buena higiene oral y únicamente el 0.7 % obtuvo un nivel calificado como excelente. En segundo lugar, el análisis del índice de caries CPOD revela que el 56,1 % de los individuos evaluados presenta un nivel moderado de caries, mientras que el 32,4 % registra un índice alto. Asimismo, el 10,8 % muestra un nivel bajo, y únicamente el 0,7 % alcanza un nivel muy bajo de caries. Estos resultados reflejan una tendencia similar a la encontrada en el estudio titulado “Hábitos de Higiene Oral y Salud Bucal

en Adolescentes en Estado Gestacional del Centro de Salud San Pedro – Carabayllo 2019”, realizado por Romero, donde se informó que el 4,0 % de las adolescentes evaluadas presentó un IHO malo, el 58 % un IHO regular y el 38 % un IHO bueno. En ambos estudios se observa una clara relación entre los hábitos de higiene oral y el estado de salud bucal, siendo evidente que los porcentajes más elevados se concentran en las categorías clasificadas como regulares (58)

Con respecto al tercer objetivo, que buscó establecer la relación entre el estado de salud bucal y los hábitos de higiene oral en los efectivos policiales, se identificó una correlación positiva de magnitud moderada entre los hábitos de higiene oral y el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), con un coeficiente de $r = 0.430$ y un nivel de significancia de $p < 0.001$. De igual manera, se observó una correlación moderadamente positiva entre los hábitos de higiene oral y el índice de caries CPOD ($r = 0.413$, $p < 0.001$), así como entre el IHOS y el CPOD ($r = 0.430$, $p < 0.001$). Todas estas asociaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$), lo que respalda la afirmación de que los hábitos de higiene oral tienen un impacto directo en la condición de salud bucal de los efectivos policiales evaluados en la Comisaría Sectorial El Pedregal – Majes. Estos resultados coinciden con lo encontrado en el estudio titulado “Relación entre hábitos de higiene oral en padres de familia y la salud bucal en niños de la Institución Educativa Primaria 72704”, donde, al aplicar una prueba estadística (chi-cuadrado de Pearson), se obtuvo un valor p de 0.001. Este dato confirmó que hay una relación importante entre los malos hábitos de higiene en los padres y los problemas de salud bucal en sus hijos (55). De manera similar, en la investigación llamada “Relación entre prácticas de salud bucal e higiene oral en pacientes niños atendidos en el PS. La Zaranda”, encontró que a medida que aumentan los valores del Índice de Higiene Oral, las prácticas de cuidado bucal son menos adecuadas, mostrando así una relación contraria entre ambos aspectos (56). Por otro lado, un estudio realizado en Chile, titulado “Relación entre creencias en salud bucal y prácticas de higiene oral realizadas por cuidadores de adultos mayores dependientes pertenecientes a la comuna de Providencia”(54), mostró que los cuidadores que valoran más la salud bucal tienden a tener mejores prácticas de higiene en quienes cuidan. En conjunto, estos estudios refuerzan la idea de que la higiene bucal está muy relacionada con los hábitos y creencias que cada persona tiene sobre el cuidado de su boca, tanto en niños como en adultos. En tal sentido, los resultados obtenidos evidencian la importancia de fomentar hábitos de higiene oral adecuados dentro del personal policial, no solo por el impacto en salud bucal, sino también por bienestar general, este estudio representa un aporte significativo a la salud pública y prevención odontológica, incentivando así a futuras intervenciones educativas y preventivas a dicho grupo estudiado.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se determinó que los hábitos de higiene oral de los efectivos policiales de la Comisaría El Pedregal – Majes, mayoritariamente es de tipo regular en un 70.5%, seguido por 22.3% que manifiestan malos hábitos, y finalmente, solo un 7.2% con buenos hábitos. Este hallazgo evidencia la necesidad de reforzamiento de educación en base a la mejora de prácticas de higiene bucal.

SEGUNDA:

En cuanto al estado bucal, se pudo apreciar que la mayoría de estudiados presentó un índice de higiene oral (IHOS) regular, así como un índice de caries (CPOD) moderado, esto refleja la condición bucal con presencia de placa bacteriana y caries, lo cual puede ser prevenido mediante mejoras en prácticas de higiene y control odontológico regular.

TERCERA:

Se estableció que, si existe una correlación positiva y significativa entre hábitos de higiene oral y estado de salud bucal, ya que tanto el índice de higiene oral (IHOS) y el índice de caries (CPOD) ($p < 0.001$), indica que, a mejores hábitos de higiene oral, corresponde una mejor condición bucal, a la par refuerza la importancia de promoción de prevención odontológica desde el enfoque de salud pública.

CUARTA:

Los hallazgos obtenidos confirman la hipótesis planteada, evidenciando así que mejores hábitos de higiene oral se asocian con un mejor estado de salud bucal, se concluye que existe una relación significativa entre estado de salud bucal y hábitos de higiene oral en los efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal – Majes.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Se recomienda a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (DIRSAPOL) la implementación programas de educación para la salud oral, la cual sea dirigida a los efectivos policiales, incluyendo charlas, demostración de prácticas y entrega de material educativo como folletos, afiches y sesiones interactivas con el fin de reforzar conocimientos adecuados de higiene bucal.

SEGUNDA:

Se recomienda realizar campañas periódicas de control odontológico en las comisarías, permitiendo así la detección temprana de enfermedades bucales como caries y enfermedad periodontal, al igual que dar seguimiento del estado bucal del personal.

TERCERA:

Se recomienda fomentar alianzas con instituciones de salud pública o facultades de odontología de la ciudad de Arequipa, como la facultad de odontología de la UCSM, a fin de brindar atención preventiva y orientación profesional continua a los efectivos policiales, promoviendo así la cultura de autocuidado.

CUARTA:

Se recomienda también promover la responsabilidad individual en el cuidado de salud bucal por parte de los efectivos policiales, incentivando la aportación propia de hábitos adecuados de higiene oral, visitas periódicas al odontólogo y actitud preventiva frente a enfermedades bucales, todo como parte integral de bienestar general.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud del Perú. El 90.4 % de los peruanos tiene caries dental [Internet]. Lima: MINSA; 2019 Jul 8 [citado 2025 Jun 11]. Disponible en: gob.pe/institucion/minsa/noticias/45475-el-90-4-de-los-peruanos-tiene-caries-dental.
2. Echevarria-Goche A, Solis-Sánchez G, Tuesta-Orbe LV, Andamayo-Flores C, Vidal-Anzardo M. Prioridades nacionales de investigación en salud bucal, Perú 2022-2026: proceso, experiencias y perspectivas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 28 de septiembre de 2023;354-63.
3. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Odontología. Lima, Perú, Remuzgo Huamán M, Remuzgo Huamán SE, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Administrativas y en Ciencias aplicadas a la salud de EE.GG. Lima, Perú. Gestión de políticas públicas de salud bucal desde la perspectiva de los operadores y gestores locales en Ate-Vitarte y Santa Anita, 2017. Horiz Méd Lima. 27 de septiembre de 2022;22(3):e1975.
4. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 Jun 11]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/oral-health>.
5. Renzo Aquino-Canchari C, Medalith Huamán-Castillón K. Salud bucal en una escuela de formación profesional policial peruana. Rev Cuba Estomatol. 2020;57.
6. Gabriela Alejandra Lazo Meneses. PROBLEMÁTICA ACTUAL EN SALUD BUCAL EN EL PERÚ. julio de 2017;3(2):6.
7. Fleites Did TY, Gispert Abreu E de los Á, Blanco Barbeito N. Promoción de salud bucal desde la intersectorialidad. Rev Cuba Med Gen Integral. 2022;38.
8. Capote Fernández MM, Campello Trujillo LE. Importancia de la familia en la salud bucal. Rev Cuba Estomatol. 2012;49:0-0.
9. V. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac Med. 2009;70:217-24.

10. Ciprés MS, Llusar JCB. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. 2004;
11. Clavijo Valladares AJ, Campos Campos K. Nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y su relación con hábitos de higiene oral de sus hijos de 8 a 10 años. Rev Odontol PEDIÁTRICA. 19 de agosto de 2023;22(1):26-38.
12. Suárez EG. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Rev Cuba Inf En Cienc Salud ACIMED. 2011;22(2):110-20.
13. Raviolo A, Ramírez P, López EA, Aguilar A. Concepciones sobre el Conocimiento y los Modelos Científicos: Un Estudio Preliminar. Form Univ. 2010;3:29-36.
14. Ramos Serpa G. La naturaleza del conocimiento filosófico desde la perspectiva de la actividad humana: implicaciones formativas. Conrado. 2021;17:94-103.
15. Casas-Rodríguez MM. Lo intuitivo como aprendizaje para el desarrollo de la actividad creadora en los estudiantes. Humanidades Médicas. 2013;13:22-37.
16. Bosch Robaina R, Rubio Alonso M, García Hoyos F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Av En Odontoestomatol. 2012;28:17-23.
17. Córdoba Urbano DL, Portilla Cabrera MI, Arteaga Caiza GA. HIGIENE ORAL DE NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE. Univ Salud. 2010;12:34-42.
18. Corrêa CDTS de O, Sousa P, Reis CT. Patient safety in dental care: an integrative review. Cad Saúde Pública. 2020;36:e00197819.
19. Nápoles González I de J, Fernandez Collazo ME, Napoles Salas AM, Jiménez Beato P. Evolución histórica del cepillo dental. Rev Cuba Estomatol Vol 52 No 2 2015 Abril- Junio [Internet]. 2015; Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/289/149>

20. Medina-Patrino C, Bolaños-Rivero M, Martín-Sánchez A, Saavedra-Santana P, Vicente-Barrero M. ¿Cuál es el nivel de contaminación del cepillo de dientes almacenado en diferentes entornos sanitarios? Av En Odontoestomatol. abril de 2019;35(2):69-72.
21. Cátedra de Promoción y Educación en Salud Oral, Facultad de Odontología, Sede Viña del Mar. MANUAL DE HIGIENE BUCAL [Internet]. 2015. Disponible en: <https://promocionensaludbucalunabvina.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/manual-de-higiene-bucal.pdf>
22. Asquino N, Villarnobo F. Cepillos interdetales, de la teoría a la práctica. Revisión de literatura e indicaciones clínicas. Odontoestomatología. 1 de junio de 2019;21(33):46-53.
23. Asquino N, Villarnobo F. Cepillos interdetales, de la teoría a la práctica. Revisión de literatura e indicaciones clínicas. Odontoestomatología. 1 de junio de 2019;21(33):46-53.
24. Torres Tavera DA, Rocha Navarro ML, Núñez González GDJ. Efectividad del cepillo dental eléctrico versus manual para la remoción de biofilm en pacientes con síndrome de Down. Rev Asoc Dent Mex. 2021;78(4):189-94.
25. Peña MAC, Cornejo A del CT, Lara CAL, Maya RM, Benítez JMT. Aparatología fija en ortodoncia como factor de riesgo en la aparición de enfermedad periodontal. Oral. 2010;11(35):654-7.
26. Alvarado RD. Efectividad entre un cepillo de ortodoncia versus un cepillo tradicional en los pacientes de ortodoncia de la clínica UDENTAL. 2014;
27. Quintero AM, García C. Control de la higiene oral en los pacientes con ortodoncia. Rev Nac Odontol. 2013;
28. Palomino-Granados RC, Delgado-Cotrino L. Lo que debemos saber sobre dentífricos blanqueadores. Rev Estomatológica Hered. 15 de diciembre de 2022;32(4):405-9.
29. JULISSA LIZETH ESCOBAR CHOLÁN, VARGAS MS, ANNSILVE TORRES BENITES. ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE PASTAS DENTALES FLUORADAS Y ACCESO GEOGRÁFICO DE NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD SEGÚN ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR EN EL PERÚ EN EL 2018 [tesis]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020.

30. Hernández-Vásquez A, Azañedo D. Cepillado dental y niveles de flúor en pastas dentales usadas por niños peruanos menores de 12 años. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 6 de diciembre de 2019;36(4):646-52.
31. Jessica Contreras Rosales, Dolores De la Cruz Cardoso, Irene Castillo Chaires, Maricela Arteaga Mejía. Dentífricos fluorurados: composición. *Artíc Revisión*. 2): -119, 2014 de 114d. C.;1.
32. Hinostroza Ninahuanca Jackeline Lizeth, Serrano Cabana Lucia Del Carmen, Serrano Cabana Rina Alexandra. CARACTERÍSTICAS DE LAS PASTAS DENTALES PARA NIÑOS COMERCIALIZADAS EN LIMA, 2019 [tesis]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
33. Tascón JE, Giraldo JC, Madrid A, Gallego M del P. Valor comercial y eficacia de la cinta de politetrafluoretileno (PTFE) para la remoción de la biopelícula dental interproximal comparado con la seda dental de nylon en adolescentes y adultos jóvenes. *Colomb Médica*. 2006;37:287-92.
34. Manau C, Zabalegui I, Noguerol B, Llodra JC, Rebelo H, Echevarría JJ, et al. Control de placa e higiene bucodental: Resumen de los resultados del 1er Workshop Ibérico. *RCOE*. 2004;9:215-23.
35. Ibáñez Mantilla AS. INSTRUMENTOS MANUALES PARA LA ELIMINACIÓN DEL BIOFILM INTERPROXIMAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA [tesis]. [Ciudad De Mexico]: Universidad De Las Americas; 2017.
36. Alessa NA. Effect of mouthwashes on the microhardness of aesthetic composite restorative materials. *An Sist Sanit Navar*. 30 de agosto de 2023;46(2):e1049.
37. Oporto GH, Rodríguez-Niklitschek C, Chuhuaicura P. Antibacterial Effect of Commercial Mouthwashes on *Streptococcus mutans*: An in vitro study. *Int J Odontostomatol*. diciembre de 2021;15(4):908-14.
38. Enrile de Rojas FJ, Santos-Aleman A. Colutorios para el control de placa y gingivitis basados en la evidencia científica. *RCOE*. 2005;10:445-52.

39. Oral hygiene habits. Results of a population-based study. *An Sist Sanit Navar*. 31 de agosto de 2020;43(2):217-23.
40. Rosales Corria EN, Cabrera Zamora SL, Coll Aguilera AM, Sánchez Rodríguez R, Pardias Milán L, Nicles Cabrera RE. Prevención de enfermedades periodontales. Métodos mecánicos de control de placa dentobacteriana. *Multimed*. 2019;23:386-400.
41. ¿Cómo puedo tener una buena higiene oral y cuáles son las técnicas de cepillado dental? Con Evid [Internet]. 15 de julio de 2024 [citado 9 de octubre de 2024];(3). Disponible en: <https://conevidencia.cucs.udg.mx/index.php/conevidencia/article/view/58>
42. Oviedo E, Costa P. Estrategia educativa de Prevención de Enfermedades Bucales en colaboradores de una Universidad Privada dentro del marco del Proyecto de Responsabilidad Social Universitaria. *Rev Científica Cienc Salud*. 17 de mayo de 2022;4(1):114-24.
43. Gómez S, Uribe S. Pasado, presente y futuro de la cariología. *Int J Interdiscip Dent*. diciembre de 2022;15(3):250-4.
44. Lagerweij MD, Van Loveren C. Declining Caries Trends: Are We Satisfied? *Curr Oral Health Rep*. diciembre de 2015;2(4):212-7.
45. Microbiología De La Caries Dental. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2003 Ago [citado 2024 Nov 12]; 41(3): 293-294. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000300018&lng=es.
46. Cueto Rostom V. Diagnóstico y tratamiento de lesiones cariosas incipientes en caras oclusales. *Odontoestomatología*. 2009;11:4-15.
47. Guilarte C., Perrone M.. Microorganismos de la placa dental relacionados con La Etiología de la Periodontitis. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2004 Sep [citado 2024 Nov 12]; 42(3): 213-217. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000300012&lng=es.
48. Sojod B, Périer JM, Zalberg A, Bouzegza S, Halabi BE, Anagnostou F. Enfermedad periodontal y salud general. *EMC - Tratado Med*. marzo de 2022;26(1):1-8.

49. Pineda BL, Toledo PBF, Veitia CF. Enfermedad periodontal inflamatoria crónica y enfermedades cardiovasculares. *Medicentro*. 2020;24(2):337-359.
50. Bueno Marinho G, Yumi Arima L, Pinheiro Da Silva Oliveira E, Mayra Rezende K, Pettorossi Imparato JC. Controle cavitário não restaurador em incisivos centrais decíduos com 36 meses de acompanhamento. *Rev Odontopediatria Latinoam* [Internet]. 31 de marzo de 2023 [citado 12 de noviembre de 2024];13. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/548>
51. Chaple Gil Alain Manuel, Gispert Abreu Estela de los Ángeles. “Amar” el índice de O’Leary. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2019 Dic [citado 2025 Jun 11]; 56(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000400017&lng=es. Epub 15-Feb-2020.
52. Klein H, Palmer CE, Knutson JW. Studies on dental caries: I. Dental status and dental needs of elementary school children. *Public Health Rep*. 1938;53(19):751–65.
53. Mena Silva P, Benítez RM, Salvador Arroba J. Índice CPOD y ceo-d en niños de 5 a 8 años de una escuela en una localidad de Ecuador. *Bol Malariol Salud Ambient*. 2021;61(4):777-84.
54. Araya D. Relación entre creencias en salud bucal y prácticas de higiene oral realizadas por cuidadores de adultos mayores dependientes pertenecientes a la comuna de Providencia [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Odontología; 2013 [citado: 2025, junio]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117396>.
55. Suca Mamani, Luis Vladimir, Cachicatari Mamani, Samuel, Sanca Coaquira, Jesus Junior. Relación entre hábitos de higiene oral en padres de familia y la salud bucal en niños de la Institución Educativa Primaria 72704, Puno, 2023. [Puno]: Universidad Continental; 2024.
56. Salcedo Reategui Emmy Patricia. Relación entre prácticas de salud bucal e higiene oral en pacientes niños atendidos en el PS. La Zaranda [Internet]. [Pimentel - Peru]: Universidad Señor De Sipan; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/12144/Salcedo%20Reategui%20Emmy%20Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Zaranda.,nivel%20óptimo%20de%20higiene%20bucal>.

57. Peralta Alvarado JA. Evaluación de la salud bucal y los hábitos orales en pacientes del centro de salud San Antonio – Chiclayo 2023 [tesis de grado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/12293>.
58. Romero Rodriguez, Rocio Maribel. Hábitos de Higiene Oral y Salud Bucal en Adolescentes en Estado Gestacional del Centro de Salud San Pedro Carabayllo 2019. [Lima]: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2023.
59. Gonzales Cajchaya, Katherine Elizabeth. Impacto del nivel de conocimiento sobre la higiene oral en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los efectivos policiales de la región Arequipa 2023. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2023.





COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 2 de enero de 2025

Investigadora Lastarria Arce, Cristina Andrea

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: " RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y HABITOS DE HIGIENE ORAL EN EFECTIVOS POLICIALES DE LA COMISARIA SECTORIAL EL PEDREGAL – MAJES, AREQUIPA 2024".

Investigadora: Lastarria Arce, Cristina Andrea.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativo, comunicacional observacional, prospectivo, transversal, de campo, no experimental, relacional.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Identificar cual es el estado de la salud bucal en los efectivos policiales pertenecientes a la Comisaria sectorial El Pedregal Majes– Arequipa 2024.



PROCEDIMIENTOS: Cuestionario.

Solicita: Autorización para realizar estudio de investigación titulado "RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y HABITOS DE HIGIENE ORAL EN EFECTIVOS POLICIALES DE LA COMISARIA SECTORIAL EL PEDREGAL MAJES, AREQUIPA 2024"

Señor Comandante PNP
José Antonio VARGAS COAGUILA
Comisario Sectorial El Pedregal. - MAJES

Cristina Andrea LASTARRIA ARCE, identificada con DNI Nro. 74987551, Bachiller en Odontología, domiciliada en la Urb. La Colina I, Mz. G lote 14 Hunter Arequipa, ante Ud., con el debido respeto me dirijo y expongo:

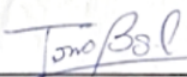
Que, siendo egresada como Bachiller en Odontología de la Universidad Católica Santa María de Arequipa y teniendo que realizar una investigación referente a mi profesión o bachillerato, solicito muy respetuosamente, me autorice realizar dicha investigación en personal policial de la Comisaria PNP Sectorial el Pedregal que Ud., comanda, investigación que la he titulado "RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y HABITOS DE HIGIENE ORAL EN EFECTIVOS POLICIALES DE LA COMISARIA SECTORIAL EL PEDREGAL – MAJES , AREQUIPA 2024.", que es parte de mi tesis de grado de la carrera de Odontología de la Universidad Católica De Santa María Arequipa, cabe indicar, que el propósito de esta investigación es obtener información que permita saber la relación entre estado de salud oral y hábitos de higiene oral en los efectivos policiales, del mismo modo, se solicitara realizar un cuestionario breve seguido de un examen intraoral para evaluar el estado de salud bucal, el fin es identificar las posibles áreas de mejora y contribución al bienestar general de los miembros de estas comisarias. Los resultados serán confidenciales y los datos que se recopilen serán utilizados únicamente con fines académicos.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud., Señor Comandante, acceder a mi petición por considerarla de justicia.

Arequipa, 30 de diciembre del 2024

SE ACEPTA Y AUTORIZA LA
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS
DE INVESTIGACIÓN NECESARIOS.
COORDINAR CON LA S2. RIVERA YUCA
ENCARGADA DE RECURSOS HUMANOS
COMISARIA PNP SECTORIAL EL PEDREGAL.



Cristina Andrea Lastarria Arce
DNI-74986551
Bachiller en Odontología
Universidad Católica Santa María Arequipa



CA1285300
José Antonio VARGAS COAGUILA
COMANDANTE PNP
COMISARIO SECTORIAL EL PEDREGAL



ANEXO N° 2

MODELO DE LOS INSTRUMENTOS

FICHA DE OBSERVACIÓN INTRAORAL

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

Edad:	Género:	Grado:
-------	---------	--------

CONDICIONES DE APLICABILIDAD:

No aplicable:

Menor de 3 años:

Edéntulo:

Menor de 2 superficies aplicables:

REGISTRO DE IHOS:

Placa blanda						
	16-17	11-21	26-27	36-37	31-41	46-47
Placa calcificada						

FECHA:

P.B:

P.C:

IHOS:

Valoración:

ÍNDICE DE CARIES (CPOD)

CONDICIONES DE APLICABILIDAD:

No aplicable:

Menor de 3 años:

Edéntulo:

REGISTRO DE REGISTRO DE CARIES:

								CONDICIÓN									
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
								TRATAMIENTO									

								CONDICIÓN									
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
								TRATAMIENTO									

CPOD:

CUESTIONARIO DE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

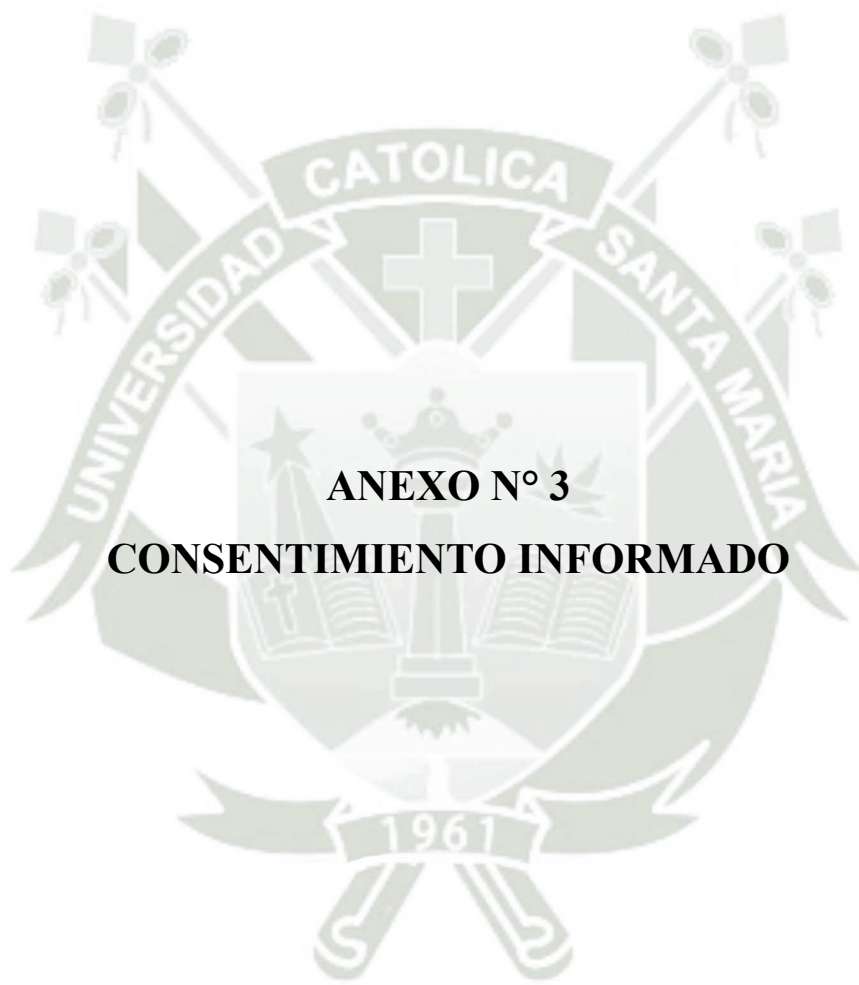
- Este cuestionario está diseñado para obtener una visión general de los hábitos de higiene oral de una persona.
- Esta encuesta se lleva a cabo con fines didáctico cuyos datos revelados van a ser tratados con reserva.
- Por favor marcar con una “X” la alternativa de su elección, se solicita poder leer las preguntas con calma y dar respuesta de todas ellas.
- Se agradece anticipadamente su colaboración.

ESCALA VALORATIVA

- Siempre (S) =5
- Frecuentemente (F) =4
- A veces (AV) =3
- Raramente (R)= 2
- Nunca (N) =1

ÍTEMS	1	2	3	4	5
HABITOS DE HIGIENE ORAL	N	R	AV	F	S
1. Cepillo mis dientes al menos dos veces al día, una por la mañana y otra antes de acostarme, para mantener mi boca limpia y fresca.					
2. Cepillo mis dientes una vez al día, generalmente en la mañana, pero a veces se me pasa en la noche debido a la rutina agitada.					
3. Dedico al menos dos minutos a cada sesión de cepillado, asegurándome de alcanzar todas las áreas de mi boca para una limpieza efectiva.					
4. Mi cepillado dura menos de un minuto, ya que tiendo a apresurarme durante la rutina de cepillado.					
5. Utilizo una técnica de cepillado recomendada por mi dentista, realizando movimientos suaves y circulares para no dañar las encías ni el esmalte.					
6. Aplico demasiada presión al cepillar mis dientes, lo que puede causar irritación en mis encías.					
7. Uso hilo dental después de cepillarme, ya que considero que es una parte esencial de mi rutina de higiene oral.					
8. Uso hilo dental, pero no de manera consistente; probablemente solo dos o tres veces a la semana.					

9. Hilo mis dientes de manera consistente, asegurándome de llegar a todos los espacios entre los dientes para prevenir la acumulación de placa.					
10. Aunque uso hilo dental, olvido hacerlo de manera constante y con tiempo					
11. Paso el hilo dental suavemente entre mis dientes sin dificultad y sin lastimar mis encías.					
12. Aunque trato de usar hilo dental, tengo problemas para maniobrarlo correctamente entre mis dientes, lo que puede ser incómodo.					
13. Utilizo enjuague bucal una vez al día después de cepillarme, para asegurarme de que mi boca esté completamente limpia y protegida.					
14. Uso enjuague bucal solo cuando siento que mi aliento podría no estar fresco.					
15. Utilizo un enjuague bucal recomendado por mi dentista, que está diseñado para fortalecer el esmalte y combatir las bacterias.					
16. Cambio entre diferentes marcas de enjuague bucal sin un enfoque específico en sus beneficios para la salud bucal.					
17. Enjuago la boca durante el tiempo recomendado por el fabricante, asegurándome de que el líquido llegue a todas las áreas.					
18. Enjuago mi boca por un corto período de tiempo, ya que no estoy seguro de cuánto tiempo debería hacerlo.					
19. Asisto a revisiones dentales cada seis meses sin falta, ya que considero que la prevención es clave para mantener una sonrisa saludable.					
20. Me salto las visitas dentales programadas debido a mi apretada agenda.					
21. Hago todo lo posible por respetar mis citas dentales programadas, reorganizando mi horario si es necesario.					
22. Cumpló con mis citas dentales, aunque ha habido ocasiones en las que las he postergado.					
23. Suelo ir al dentista solo cuando siento molestias o dolores en los dientes.					
24. Asisto a mis citas dentales para limpiezas preventivas y exámenes, lo que me permite abordar cualquier problema a tiempo.					



ANEXO N° 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta ficha tiene el propósito de consentimiento, el cual provee a los participantes de esta investigación una explicación clara, así como el rol de los participantes en ella.

La presente investigación denominada: **“RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN EFECTIVOS POLICIALES DE LA COMISARIA SECTORIAL EL PEDREGAL – MAJES, AREQUIPA 2024.”**, conducida por la bachiller Cristina Lastarria Arce, de la Universidad Católica De Santa María, Facultad de Odontología, es una investigación cuya finalidad es obtener información que permita saber la relación entre estado de salud oral y hábitos de higiene oral en los efectivos oficiales. Si usted acepta participar en este estudio se le solicitara realizar un cuestionario breve cuyas respuestas sean honestas, luego se realizara un examen intraoral para evaluar el estado de salud bucal, utilizando equipo esterilizado, se realizara el índice CPOD (este mide la cantidad dientes cariados, perdidos y obturados, también se realizara el IHOS Índice de higiene oral simplificado (este evalúa la placa y calculo dental). Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente con fines investigativos y estarán bajo estricta confidencialidad y anonimato, estos datos serán codificados de manera en la cual no se permita identificar a ningún participante. Sólo el investigador principal tendrá acceso a datos completos cuyos resultados serán presentados de manera grupal sin mencionar nombres ni detalles personales. Esta investigación no presenta riesgos físicos o emocionales, si bien no recibirá una compensación económica por su participación, los resultados del estudio ayudarán a mejorar estrategias de promoción de salud bucal en el cuerpo de la Policía Nacional Del Perú en Majes. Su participación en esta investigación es de tipo voluntaria, usted tiene derecho de retirar su consentimiento y dejar de participar en cualquier momento, no tiene la necesidad de dar explicaciones y tampoco afectará su relación con la comisaría o con el investigador. Entonces: Yo, _____, he sido informado de que el propósito del estudio titulado "Relación entre el estado de salud bucal y hábitos de higiene oral en efectivos policiales de la Comisaría Sectorial El Pedregal – Majes, Arequipa 2024", es evaluar la relación entre el estado de salud bucal y los hábitos de higiene oral. Como parte de este estudio, se me realizará una revisión intraoral para evaluar el estado de salud bucal utilizando el Índice, que mide la cantidad de dientes cariados, perdidos y obturados, y el Índice IHO-S (Índice de Higiene Oral Simplificado), que evalúa la cantidad de placa y cálculo dental. Además, se me pedirá completar un cuestionario relacionado con mis hábitos de higiene oral, como la frecuencia de cepillado, uso de hilo dental, enjuague bucal y visitas al odontólogo. Entiendo que este procedimiento no implica riesgos significativos para mi salud y que la información será tratada de manera confidencial, siendo utilizada exclusivamente con fines académicos. Asimismo, se me garantiza que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto afecte mi desempeño laboral o cualquier relación. Declaro que he leído, comprendido y acepto participar en este estudio, firmando este documento como constancia.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

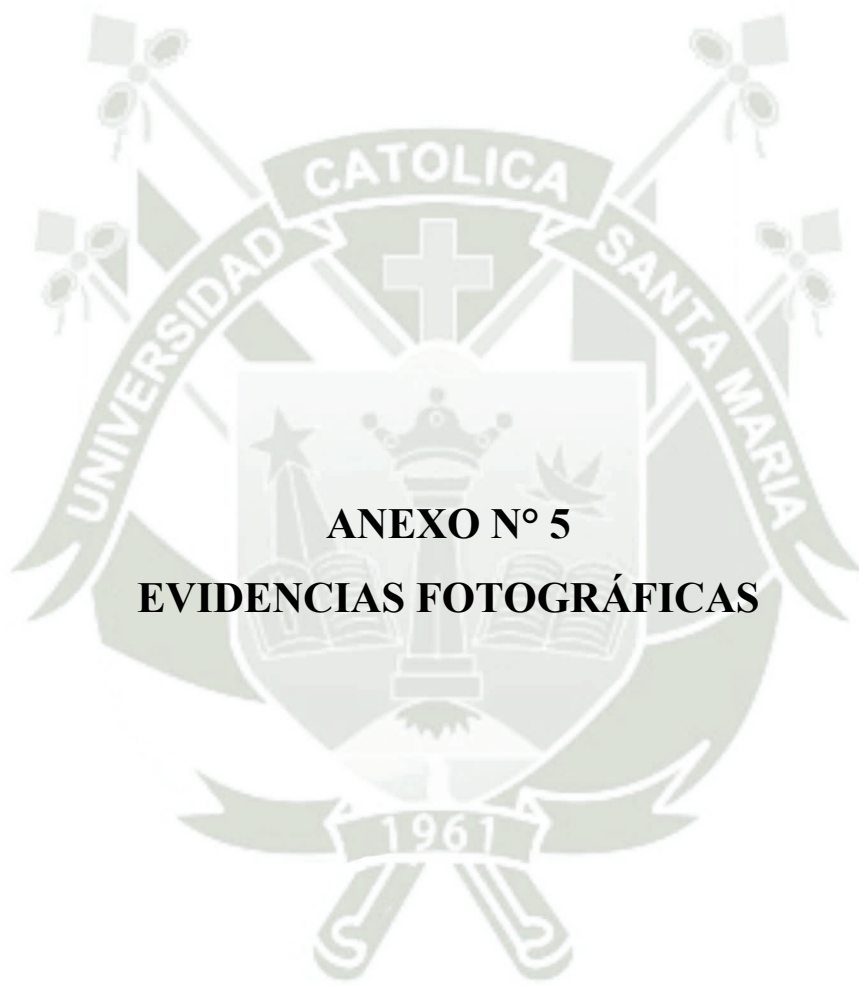


ANEXO N° 4
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

“HÁBITOS DE HIGIENE ORAL – IHOS – CPOD”

ITEM	EDAD	GENERO	GRADO	RESPUESTAS A PREGUNTAS CUESTIONARIO HIGIENE ORAL																				TOTAL	CLASIFICACION	IHOS	CPOD							
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	P.17	P.18	P.19	P.20					P.21	P.22	P.23	P.24			
n°1	32	MASCULINO	S2_PNP	5	3	4	2	4	2	2	2	1	1	2	4	5	1	1	1	1	1	1	3	5	1	3	89	HABITO REGULAR	2,33	Regular	4.33333333	Moderado		
n°2	28	FEMENINO	S2_PNP	5	1	4	2	4	1	2	4	2	2	3	2	1	5	4	1	1	2	1	5	1	2	4	1	59	MALOS HABITOS	0,7	Buena	3.33333333	Moderado	
n°3	28	MASCULINO	S2_PNP	5	1	3	3	3	3	2	4	3	2	3	2	5	1	1	1	5	1	2	2	5	5	3	60	MALOS HABITOS	2,49	Regular	4.33333333	Moderado		
n°4	38	MASCULINO	S2_PNP	3	5	4	2	2	4	4	2	2	4	4	2	3	1	4	5	4	4	2	4	4	5	4	72	HABITO REGULAR	3,83	Deficiente	4.33333333	Moderado		
n°5	52	MASCULINO	ST1_PNP	5	2	5	2	5	2	1	1	2	1	2	3	4	4	1	1	2	4	2	4	2	3	5	72	HABITO REGULAR	2,16	Regular	5.33333333	Alo		
n°6	35	MASCULINO	S2_PNP	4	3	2	3	2	4	1	1	1	1	1	3	2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	69	MALOS HABITOS	2,83	Regular	5.33333333	Alo		
n°7	37	MASCULINO	S2_PNP	4	4	3	2	1	5	1	1	1	1	1	3	3	1	3	1	1	1	1	2	1	5	1	52	MALOS HABITOS	3,99	Deficiente	3.66666667	Moderado		
n°8	58	MASCULINO	SS_PNP	2	2	6	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	74	HABITO REGULAR	2,16	Regular	4.66666667	Alo			
n°9	43	MASCULINO	ST2_PNP	5	1	5	3	5	1	4	3	5	1	3	2	1	3	1	1	2	4	2	2	1	4	3	1	77	HABITO REGULAR	2,83	Regular	5.33333333	Alo	
n°10	34	FEMENINO	S2_PNP	5	4	5	3	5	1	5	3	5	1	5	1	5	1	5	5	1	5	5	5	1	5	1	95	HABITO REGULAR	1	Buena	2.33333333	Bajo		
n°11	30	MASCULINO	S3_PNP	5	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	4	4	3	4	2	4	3	2	3	2	3	5	1	5	80	HABITO REGULAR	3,49	Deficiente	5	Alo
n°12	53	MASCULINO	ST1_PNP	4	3	4	3	5	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	74	HABITO REGULAR	0,33	Buena	2	Bajo		
n°13	55	MASCULINO	SB_PNP	4	3	3	3	3	5	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	75	HABITO REGULAR	1,83	Regular	4.66666667	Alo		
n°14	36	MASCULINO	SS_PNP	5	2	2	5	5	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	5	3	3	1	1	5	1	60	MALOS HABITOS	2,49	Regular	4.66666667	Alo			
n°15	32	FEMENINO	S3_PNP	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	3	1	74	HABITO REGULAR	2,86	Regular	4.66666667	Alo		
n°16	30	MASCULINO	S3_PNP	4	3	5	3	4	2	2	2	3	2	3	2	4	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	82	HABITO REGULAR	3	Regular	5	Alo		
n°17	29	MASCULINO	S2_PNP	5	2	5	2	5	2	2	2	5	2	5	1	2	2	5	1	2	5	1	1	2	2	2	91	HABITO REGULAR	2,83	Regular	4	Moderado		
n°18	32	MASCULINO	ST2_PNP	3	5	4	5	4	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	3	3	3	3	3	5	3	72	HABITO REGULAR	3	Regular	3	Moderado	
n°19	26	MASCULINO	S3_PNP	5	1	3	1	5	1	3	3	5	1	5	2	5	1	5	1	5	3	3	3	3	4	4	5	97	BUENOS HABITOS	0,32	Buena	2	Bajo	
n°20	47	MASCULINO	SS_PNP	5	5	3	3	5	5	2	4	2	5	3	3	3	4	2	3	4	4	5	3	2	4	3	4	72	HABITO REGULAR	0,99	Buena	2.33333333	Bajo	
n°21	30	MASCULINO	S3_PNP	4	4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	5	74	HABITO REGULAR	1,33	Regular	3.33333333	Moderado		
n°22	34	MASCULINO	S2_PNP	4	4	3	1	4	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	1	2	79	HABITO REGULAR	1,96	Regular	3	Moderado	
n°23	28	FEMENINO	S2_PNP	5	1	3	1	5	1	3	3	5	3	5	3	5	3	5	1	3	3	4	4	3	4	5	90	HABITO REGULAR	4,86	Buena	4.66666667	Alo		
n°24	34	MASCULINO	S2_PNP	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	75	HABITO REGULAR	5,66666667	Regular	4.66666667	Alo		
n°25	34	FEMENINO	S1_PNP	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	78	HABITO REGULAR	1,99	Regular	4.66666667	Alo		
n°26	60	MASCULINO	SS_PNP	5	3	4	3	2	2	2	3	3	4	4	3	3	2	5	3	3	4	4	3	3	1	2	77	HABITO REGULAR	2,83	Regular	4	Moderado		
n°27	29	MASCULINO	S2_PNP	5	1	3	1	5	1	3	3	5	2	5	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	1	94	HABITO REGULAR	0,15	Buena	2.33333333	Bajo		
n°28	31	MASCULINO	S2_PNP	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	75	HABITO REGULAR	2,16	Regular	5.33333333	Alo		
n°29	35	MASCULINO	ST1_PNP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	82	HABITO REGULAR	3,33	Deficiente	3	Alo		
n°30	28	FEMENINO	S2_PNP	4	2	3	2	1	4	1	3	3	4	4	3	2	4	3	4	4	2	4	2	4	2	3	70	MALOS HABITOS	1,66	Regular	3.66666667	Moderado		
n°31	28	FEMENINO	S2_PNP	4	4	4	4	1	3	1	3	1	3	1	3	1	4	1	3	1	4	1	4	1	4	4	93	HABITO REGULAR	2,83	Regular	4.66666667	Alo		
n°32	34	MASCULINO	S1_PNP	4	4	2	2	4	3	1	3	3	4	2	1	3	4	1	1	5	1	1	4	4	5	1	70	MALOS HABITOS	1,33	Regular	3.33333333	Moderado		
n°33	26	MASCULINO	S2_PNP	5	2	4	2	3	3	2	2	3	2	3	2	4	3	4	4	3	2	3	2	2	3	3	68	MALOS HABITOS	3	Regular	2.66666667	Alo		
n°34	59	MASCULINO	S2_PNP	5	2	5	3	5	1	5	3	5	1	5	2	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1	5	100	BUENOS HABITOS	1	Buena	2	Bajo		
n°35	38	MASCULINO	S1_PNP	2	5	5	3	4	1	1	2	1	2	3	3	4	4	4	4	3	1	4	2	3	4	4	2	79	HABITO REGULAR	1,16	Buena	6.33333333	Alo	
n°36	25	FEMENINO	S3_PNP	2	3	1	2	1	4	2	3	5	4	4	2	2	3	2	1	3	1	3	4	2	3	3	64	MALOS HABITOS	2,86	Regular	3.66666667	Moderado		
n°37	28	MASCULINO	S2_PNP	4	5	4	3	2	2	2	2	3	2	1	4	3	4	1	5	3	2	1	3	3	5	2	69	MALOS HABITOS	1,16	Buena	4	Moderado		
n°38	29	MASCULINO	S2_PNP	5	2	3	3	2	4	2	2	3	2	3	4	3	2	3	4	3	2	2	4	4	3	2	72	HABITO REGULAR	2,66	Regular	4.33333333	Moderado		
n°39	29	MASCULINO	S2_PNP	5	2	4	2	3	3	2	4	2	4	4	2	1	1	1	1	1	3	4	1	3	5	3	68	MALOS HABITOS	3,66	Deficiente	5	Alo		
n°40	32	MASCULINO	S2_PNP	5	3	4	2	4	2	2	2	3	2	4	4	2	2	3	2	4	3	2	1	5	4	3	84	HABITO REGULAR	3	Regular	4	Moderado		
n°41	38	MASCULINO	S1_PNP	4	5	5	4	1	4	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	66	MALOS HABITOS	2,16	Regular	4	Moderado		
n°42	30	MASCULINO	S2_PNP	5	1	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	1	5	4	4	4	3	5	83	HABITO REGULAR	0,86	Buena	5	Alo		
n°43	60	MASCULINO	SS_PNP	5	5	4	4	4	3	1	3	3	2	3	2	2	3	2	4	4	3	3	5	2	5	5	78	HABITO REGULAR	3,16	Deficiente	6.66666667	Alo		
n°44	59	MASCULINO	SB_PNP	5	5	2	5	1	5	1	4	1	3	5	4	5	1	5	5	4	2	5	1	5	5	2	4	101	BUENOS HABITOS	0,66	Regular	6.33333333	Alo	
n°45	53	MASCULINO	SB_PNP	1	2	2	3	5	4	1	1	1	1	1	1	5	3	3	4	3	3	1	3	3	1	3	77	HABITO REGULAR	1,66	Regular	3	Alo		
n°46	42	MASCULINO	S1_PNP	4	2	4	3	4	3	2	2	4	4	3	3	3	3	3	2	2	4	3	3	3	2	4	2	71	HABITO REGULAR	2,83	Regular	4.33333333	Moderado	
n°47	30	MASCULINO	S2_PNP	4	3	5	2	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	76	HABITO REGULAR	2,99	Regular	3.66666667	Moderado		
n°48	42	MASCULINO	ST2_PNP	5	3	5	5	5	3	3	3	3	3	5	1	5	1	5	5	5	3	5	3	3	3	1	5	92	HABITO REGULAR	3,16	Deficiente	3.66666667	Moderado	
n°49	27	MASCULINO	S3_PNP	4	4	4	3	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	4	4	1	2	2	1	1	76	HABITO REGULAR	2	Regular	4.33333333	Moderado		
n°50	40	MASCULINO	S1_PNP	5	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	4	2	2	4	2	2	2	1	2	1	1	69	MALOS HABITOS	1,99	Regular	5.33333333	Alo		
n°51	40	MASCULINO	S1_PNP	5	2	5	2	5	1	2	3	2	5	2	3	2	5	4	3	2	5	1	4	2	5	4	5	4	82	HABITO REGULAR	0,5	Buena	2.33333333	Bajo
n°52	38	MASCULINO	S1_PNP	5	1	1	5	5	1	3	3	4	3	5	1	3	1	3	1	5	3	3	3	3	3	3	82	HABITO REGULAR	2	Regular	6.33333333	Alo		
n°53	53	MASCULINO	SB_PNP	5	3	4	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	2	3	4	1	3	1	2	74	HABITO REGULAR	2,66	Regular	6.66666667	Alo	
n°54	36	MASCULINO</																																

RESPUESTAS A PREGUNTAS CUESTIONARIO HIGIENE ORAL																										TOTAL	LASIFICACION	IHOS	CPOD						
ITEM	EDAD	GENERO	GRADO	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	P.17	P.18	P.19	P.20	P.21	P.22					P.23	P.24				
n°71	33	FEMENINO	S2. PNP	4	2	5	2	4	2	4	3	4	3	3	3	3	3	1	3	4	3	3	3	3	3	4	3	78	BITO REGUL	2,66	Regular	3	Moderado		
n°72	25	MASCULINO	S3. PNP	5	4	5	2	5	2	4	2	3	2	4	2	4	3	4	2	4	2	4	2	5	2	2	3	95	BITO REGUL	1,83	Regular	3,66666667	Moderado		
n°73	33	MASCULINO	S2. PNP	4	4	4	4	4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	4	3	3	4	78	BITO REGUL	2,66	Regular	3,33333333	Moderado		
n°74	39	MASCULINO	S2. PNP	3	3	5	3	5	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	3	3	72	BITO REGUL	1,82	Regular	2,66666667	Moderado		
n°75	41	MASCULINO	S2. PNP	5	1	3	4	3	4	2	2	2	2	3	2	4	4	2	2	4	4	2	2	1	2	4	4	68	ALOS HABIT	3,16	Deficiente	5,66666667	Alo		
n°76	38	MASCULINO	S3. PNP	5	4	3	2	4	3	2	2	3	2	4	4	3	5	2	1	1	1	3	5	3	2	4	1	4	80	BITO REGUL	3,82	Deficiente	5	Alo	
n°77	60	MASCULINO	SS. PNP	5	1	2	5	3	1	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	1	2	3	3	1	5	3	4	69	ALOS HABIT	4,5	Deficiente	4,66666667	Alo
n°78	28	MASCULINO	S3. PNP	5	1	3	1	3	1	1	4	3	2	3	3	3	5	1	2	3	1	3	3	3	3	3	5	5	78	BITO REGUL	2,82	Regular	3	Moderado	
n°79	29	FEMENINO	S2. PNP	5	4	5	3	5	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	4	1	2	2	4	4	5	2	82	BITO REGUL	1,33	Regular	3	Moderado		
n°80	38	MASCULINO	S1. PNP	5	3	4	3	4	3	2	2	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	2	4	4	3	4	2	77	BITO REGUL	2,49	Regular	1,66666667	Bajo		
n°81	46	MASCULINO	S3. PNP	4	2	5	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	5	3	4	2	4	1	1	3	2	3	2	80	BITO REGUL	2,33	Regular	3	Moderado		
n°82	35	MASCULINO	S2. PNP	5	5	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	5	1	5	1	5	1	5	5	5	1	5	112	ENOS HABIT	2,16	Regular	2	Bajo		
n°83	58	MASCULINO	SS. PNP	3	5	5	1	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	5	3	74	BITO REGUL	2,16	Regular	3	Moderado			
n°84	41	FEMENINO	S2. PNP	4	4	4	1	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	1	1	1	4	1	5	1	76	BITO REGUL	2,83	Regular	3	Moderado	
n°85	28	MASCULINO	S2. PNP	5	3	4	2	4	3	2	2	2	1	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	4	3	77	BITO REGUL	1,66	Regular	3	Moderado	
n°86	27	FEMENINO	S3. PNP	5	3	5	1	3	1	3	3	1	2	5	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	2	5	3	80	BITO REGUL	1,16	Buena	2,66666667	Moderado		
n°87	26	MASCULINO	S3. PNP	5	2	4	2	4	1	2	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	5	1	2	4	2	2	2	2	78	BITO REGUL	2,16	Regular	3	Moderado	
n°88	38	MASCULINO	S1. PNP	4	5	4	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	4	4	3	3	3	4	2	1	3	4	4	5	77	BITO REGUL	1,83	Regular	3	Moderado	
n°89	28	MASCULINO	S3. PNP	3	2	5	1	5	4	1	1	1	1	1	1	4	4	2	2	3	4	4	1	4	4	4	5	2	71	ALOS HABIT	1,32	Regular	2,33333333	Bajo	
n°90	24	MASCULINO	S3. PNP	4	2	4	2	3	3	3	2	2	2	4	2	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3	73	BITO REGUL	2,16	Regular	3	Moderado		
n°91	34	MASCULINO	S2. PNP	4	2	4	1	4	3	2	2	3	2	1	3	4	4	1	2	1	1	2	3	3	3	4	3	64	ALOS HABIT	3,82	Deficiente	5,33333333	Alo		
n°92	35	FEMENINO	S1. PNP	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	4	2	2	3	2	4	4	76	BITO REGUL	3,16	Deficiente	3,33333333	Moderado		
n°93	39	MASCULINO	S1. PNP	4	2	2	3	5	2	2	3	2	4	1	3	1	2	1	2	1	3	2	3	1	3	3	3	83	BITO REGUL	1,66	Regular	3,66666667	Moderado		
n°94	57	MASCULINO	SS. PNP	5	3	3	3	4	2	2	5	2	4	4	4	5	4	3	5	3	4	3	3	3	3	3	1	81	BITO REGUL	2,33	Regular	4	Moderado		
n°95	45	FEMENINO	S2. PNP	2	5	1	5	1	4	1	1	1	1	1	1	3	5	3	3	3	3	1	5	1	1	5	2	53	ALOS HABIT	4,16	Deficiente	5,66666667	Alo		
n°96	35	MASCULINO	S2. PNP	5	2	3	1	5	1	5	2	5	1	5	2	5	3	5	1	5	3	3	1	3	3	3	5	101	ENOS HABIT	0,99	Buena	1,66666667	Bajo		
n°97	53	MASCULINO	S2. PNP	4	3	1	5	1	4	1	1	1	2	1	1	4	2	1	2	4	2	5	2	1	5	1	5	95	ALOS HABIT	3,83	Deficiente	4,66666667	Alo		
n°98	46	MASCULINO	S2. PNP	5	2	5	3	4	5	3	1	4	1	1	5	1	4	2	5	1	4	1	5	1	5	5	5	55	BITO REGUL	1,99	Regular	3	Moderado		
n°99	39	FEMENINO	S2. PNP	4	2	3	3	2	3	1	1	1	1	1	4	2	3	3	4	1	1	4	1	1	5	1	5	1	59	ALOS HABIT	4,33	Deficiente	4,66666667	Moderado	
n°100	27	FEMENINO	S3. PNP	4	2	3	3	2	4	1	1	3	1	3	2	3	4	2	4	2	2	3	4	2	1	5	1	62	ALOS HABIT	3,99	Deficiente	4,66666667	Alo		
n°101	37	MASCULINO	S2. PNP	5	5	5	5	5	5	5	1	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	5	3	3	3	1	73	BITO REGUL	1,86	Regular	3,33333333	Moderado		
n°102	52	MASCULINO	SB. PNP	3	5	5	2	2	3	1	4	2	4	3	3	2	3	2	1	2	4	2	2	4	4	5	2	68	ALOS HABIT	4,33	Deficiente	4,33333333	Moderado		
n°103	48	MASCULINO	S1. PNP	4	3	3	5	2	5	1	3	2	5	1	3	3	2	2	1	3	2	4	2	1	1	5	1	59	ALOS HABIT	4,83	Deficiente	4	Moderado		
n°104	45	MASCULINO	S2. PNP	5	3	5	3	4	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	1	2	3	4	3	2	2	3	5	78	BITO REGUL	1,83	Regular	3	Moderado		
n°105	53	MASCULINO	SB. PNP	4	4	5	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	5	3	1	3	2	4	4	5	3	78	BITO REGUL	2,83	Regular	3	Moderado		
n°106	31	MASCULINO	S2. PNP	4	5	3	3	4	4	3	3	2	2	3	2	4	2	2	2	3	4	3	2	4	3	3	4	80	BITO REGUL	2,32	Regular	3	Moderado		
n°107	34	FEMENINO	S2. PNP	3	2	3	2	4	2	3	2	3	4	2	3	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	2	4	74	BITO REGUL	2,99	Regular	3,66666667	Moderado		
n°108	29	FEMENINO	S2. PNP	4	2	4	1	3	3	2	2	4	4	5	1	2	2	1	1	2	3	3	4	4	3	2	5	81	BITO REGUL	2,16	Regular	3	Moderado		
n°109	50	MASCULINO	SB. PNP	3	4	3	3	2	4	3	5	3	4	4	3	3	3	2	3	3	5	4	5	4	5	4	3	68	ALOS HABIT	4,83	Deficiente	4,66666667	Alo		
n°110	43	MASCULINO	S1. PNP	4	4	3	2	4	2	3	3	2	4	4	4	3	5	3	1	1	3	4	2	2	3	1	2	78	BITO REGUL	2,5	Regular	3,66666667	Moderado		
n°111	29	FEMENINO	S3. PNP	3	1	2	2	3	1	1	3	2	3	2	3	2	4	2	4	3	2	1	3	2	2	4	3	67	ALOS HABIT	3,33	Deficiente	3,33333333	Alo		
n°112	28	FEMENINO	S2. PNP	4	4	5	3	4	3	2	4	3	4	4	3	2	3	3	3	2	2	4	3	2	3	4	3	73	BITO REGUL	1,83	Regular	4	Moderado		
n°113	32	MASCULINO	S1. PNP	5	3	4	2	3	1	3	3	2	3	4	2	1	1	1	1	2	3	3	3	3	2	5	62	BITO REGUL	1,5	Regular	3,33333333	Moderado			
n°114	39	MASCULINO	S2. PNP	4	2	4	2	4	1	2	3	2	3	4	2	1	1	1	4	2	3	4	2	2	3	3	3	79	BITO REGUL	2,33	Regular	3	Moderado		
n°115	35	FEMENINO	S3. PNP	4	4	4	3	2	3	2	1	2	1	1	3	4	4	3	3	4	2	1	3	3	4	4	76	BITO REGUL	2,33	Regular	3,66666667	Moderado			
n°116	51	MASCULINO	SS. PNP	4	3	3	4	4	2	1	1	4	2	3	3	4	4	4	3	5	3	4	3	3	3	2	1	79	BITO REGUL	2,16	Regular	3,33333333	Moderado		
n°117	49	MASCULINO	STI. PNP	3	4	1	1	4	1	4	1	2	1	2	1	3	4	1	3	4	3	3	4	5	2	2	3	83	BITO REGUL	1,49	Regular	2	Bajo		
n°118	38	MASCULINO	ST2. PNP	4	3	3	2	3	2	3	3	2	1	3	4	3	5	1	1	2	1	2	1	2	3	4	3	73	BITO REGUL	2,66	Regular	3	Moderado		
n°119	48	MASCULINO	S1. PNP	4	5	5	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	5	3	3	4	3	72	BITO REGUL	1,5	Regular	3,66666667	Moderado		
n°120	52	MASCULINO	ST2. PNP	5	3	3	5	2	3	3	2	3	3	4	2	3	1	1	1	3	2	3	1	2	2	3	2	76	BITO REGUL	1,99	Regular	3	Moderado		
n°121	54	MASCULINO	SS. PNP	4	3	4	4	3	2	2	1	2	2	4	4	5	3	3	4	3	4	3	4	3	2	2	1	73	BITO REGUL	1,66	Regular	3	Moderado		
n°122	55	MASCULINO	CMD	5	4	1	5	1	4	1	2	1	1	2	2	3	4	2	2	2	4	2	2	5	2	1	61	ALOS HABIT	4,96	Deficiente	4,66666667	Alo			
n°123	50	MASCULINO	ST2. PNP	4	3																														



ANEXO N° 5
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.