

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS CONOCIMIENTOS
Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL DE
ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA 2024

TESIS

Presentada por:

Bach. LALY DAYHANA PUMA HUILLCA

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

**INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA
HIGIENE ORAL DE ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS
DE TACNA 2024**

TESIS

Presentado por:

Bach. LALY DAYHANA PUMA HUILLCA

Para optar el Título Profesional de:

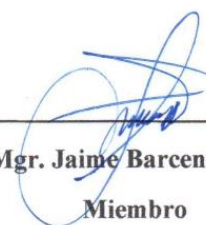
CIRUJANO DENTISTA

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado.



Dr. Roysi Factor Velez Toala

Presidente



Mgr. Jaime Barcena Taco

Miembro



Mgr. Carlos Enrique Valdivia Silva

Miembro



Mgr. Carlos Enrique Valdivia Silva

Asesor -

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mgr. Carlos Enrique Valdivia Silva**, en condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N°13223-2024-FACS-UNJBG de la tesis titulada:

INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL DE ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA 2024. Presentado por la bachiller **Laly Dayhana Puma Huillca**, para optar el título profesional de CIRUJANO DENTISTA.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del **software de similitud textual TURNITIN**, cuenta con el nivel de **similitud permitido cuyo porcentaje es 10%**. Por lo que, **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la ESCALA DE SIMILITUD de la tesis enunciado-líneas arriba, la cual esta expedida para continuar con los trámites para la obtención de título profesional, según corresponda consiguientemente la publicación en el repositorio institucional.

FIRMA ASESOR

Nombres y Apellidos

DNI:



Mgr. Carlos Enrique Valdivia Silva

00476227



HUELLA

FIRMA TESISTA

Nombres y Apellidos

DNI:



Bach. Laly Dayhana Puma Huillca

72545002



HUELLA

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme y fortalecerme en cada momento de mi vida.

A mis padres, Yanet y Fabian por su esfuerzo y apoyo incondicional a lo largo de estos años de estudio, a mi hermana Maria Jose por su cariño, calidez y compañía.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, quienes son una base invaluable en mi vida, por su cariño, paciencia y por estar presentes a lo largo de este camino.

A mi asesor Mg. Carlos Valdivia Silva, por su valiosa orientación, compromiso y apoyo durante todo el desarrollo de esta investigación.

A la Asociación de Sordos de Tacna, por permitirme realizar este estudio, por su colaboración, disposición y la amabilidad que los caracteriza. Son un verdadero ejemplo de resiliencia, unión y esfuerzo.

A los intérpretes voluntarios de lengua de señas, quienes hicieron posible la comunicación con la asociación, gracias por su tiempo, dedicación y constante disposición.

Finalmente, a la Escuela de Odontología y a los docentes que me brindaron enseñanzas indispensables para mi formación profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	4
1.1.1. Descripción del problema	4
1.1.2. Formulación del problema	6
1.1.2.1. Problema General	6
1.1.2.2. Problemas Específicos.....	6
1.2. Objetivos	7
1.2.1. Objetivo General.....	7
1.2.2. Objetivos Específicos	7
1.3. Formulación de hipótesis	8

1.3.1. Hipótesis general.....	8
1.4. Justificación de la investigación	8
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	10
CAPÍTULO II.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes del problema	12
2.1.1. Antecedentes Internacionales	12
2.1.2. Antecedentes Nacionales	12
2.1.3. Antecedentes Locales	13
2.2. Bases Teórico-Científicas	14
2.2.1. Conocimiento.....	14
2.2.1.1. Definición.....	14
2.2.1.2. Características del conocimiento.....	14
2.2.1.3. Tipos de conocimiento	15
2.2.2. Higiene oral.....	16
2.2.2.1. Definición.....	16
2.2.2.2. Cepillado dental.....	17
a. Definición.....	17
b. Técnicas de cepillado dental.....	18
2.2.2.3. Pasta dental.....	19
a. Definición.....	19
b. Composición.....	20
2.2.2.4. Hilo dental	21

a. Definición	21
b. Técnica de uso del hilo dental	22
2.2.2.5. Enjuague bucal	23
a. Definición	23
b. Tipos de antisépticos orales.....	23
2.2.2.6. Índice de higiene oral Simplificado.....	25
2.2.3. Discapacidad.....	27
2.2.3.1. Definición	27
2.2.3.2. Discapacidad auditiva.....	28
2.2.3.3. Tipos de pérdida de la audición.....	29
2.2.3.4. Grados de pérdida de la audición	31
2.2.3.5. Manejo odontológico en personas con discapacidad auditiva.....	32
2.3. Glosario de términos	34
CAPÍTULO III.....	35
DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.1. Enfoque y nivel de la investigación	35
3.1.1. Enfoque de investigación.....	35
3.1.2. Tipo y diseño de investigación	35
3.2. Población y muestra de estudio.....	36
3.2.1. Población de estudio	36
3.2.2. Muestra	36
3.2.3. Criterios de selección para el grupo de casos	36
3.2.3.1. Criterios de inclusión.....	36

3.2.3.2.	Criterios de exclusión.....	37
3.2.4.	Criterios de selección para el grupo control	37
3.2.4.1.	Criterios de inclusión.....	37
3.2.4.2.	Criterios de exclusión.....	37
3.3.	Procesos de desarrollo de la investigación.....	38
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.4.1.	Técnica de recolección de datos	39
3.4.2.	Instrumentos de recolección de datos	39
3.5.	Consideraciones éticas de la investigación	41
3.6.	Métodos y técnicas de procesamientos y análisis de resultados	41
CAPÍTULO IV.....		44
RESULTADOS.....		44
4.1.	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	44
4.2.	ESTADÍSTICOS INFERENCIALES.....	72
4.2.1.	Formulación de hipótesis	72
4.2.2.	Establecer el nivel de significancia.....	72
4.2.3.	Criterio de decisión.....	72
4.2.4.	Estadísticos de prueba.....	73
4.3.	DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES		81
RECOMENDACIONES		81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		83
ANEXOS		87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Selección de casos y controles (pareamiento) según edad	44
Tabla 2:	Selección de casos y controles (pareamiento) según sexo.....	47
Tabla 3:	Distribución del nivel de conocimientos sobre salud bucal según el grupo de casos y controles	50
Tabla 4:	Distribución del nivel de conocimientos sobre salud bucal según la severidad de la pérdida auditiva.....	52
Tabla 5:	Distribución del nivel de actitudes sobre la salud bucal según el grupo de casos y controles	54
Tabla 6:	Distribución del nivel de actitudes sobre la salud bucal según la severidad de la pérdida auditiva.....	56
Tabla 7:	Distribución del nivel de higiene oral según el grupo de casos y controles	58
Tabla 8:	Asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral.....	60
Tabla 9:	Asociación expresada en términos de posibilidad de ocurrencia de higiene oral según la pérdida auditiva	62
Tabla 10:	Asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de casos.....	63

Tabla 11:	Asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de control	65
Tabla 12:	Asociación entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de casos	67
Tabla 13:	Asociación entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de control.....	69
Tabla 14:	Asociación expresada en términos de posibilidad de ocurrencia de higiene oral según las actitudes sobre salud bucal	71
Tabla 15:	Contrastación de hipótesis de la asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral	73
Tabla 16:	Contrastación de hipótesis de la asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral	74
Tabla 17:	Contrastación de hipótesis de la asociación entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Selección de casos y controles (pareamiento) según edad	46
Gráfico 2:	Selección de casos y controles (pareamiento) según sexo.....	49
Gráfico 3:	Distribución del nivel de conocimientos sobre salud bucal según el grupo de casos y controles	51
Gráfico 4:	Distribución del nivel de conocimientos sobre salud bucal según la severidad de la pérdida auditiva.....	53
Gráfico 5:	Distribución del nivel de actitudes sobre salud bucal según el grupo de casos y controles.....	55
Gráfico 6:	Distribución del nivel de actitudes sobre la salud bucal según la severidad de la pérdida auditiva.....	57
Gráfico 7:	Distribución del nivel de higiene oral según el grupo de casos y controles	59
Gráfico 8:	Asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral.....	61
Gráfico 9:	Asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de casos	64
Gráfico 10:	Asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de control.....	66
Gráfico 11:	Asociación entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de casos	68

Gráfico 12:	Asociación entre nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de control	70
--------------------	--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Extensión de los desechos bucales con puntuaciones	26
------------------	--	----

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

Metodología: La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal, de tipo observacional y analítico, y corresponde a un estudio de casos y controles. La población estuvo conformada por 72 adultos. El grupo de casos incluyó a 36 adultos con diagnóstico médico de discapacidad auditiva y el grupo control a 36 adultos con audición normal. La muestra fue no probabilística, por conveniencia.

Resultados: Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la pérdida auditiva y la higiene oral ($p = 0,000$) en ambos grupos de estudio. En contraste, no se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimientos y la higiene oral ($p = 0,168$, en casos; $p = 0,159$, en controles). Respecto al nivel de actitudes, se observó una asociación significativa en el grupo de casos ($p = 0,002$), pero no en el grupo control ($p = 0,078$).

Conclusiones: Para el grupo de casos, la pérdida auditiva y las actitudes sobre salud bucal influyeron en la higiene oral, pero no el nivel de conocimientos. En contraste, en el grupo control, la pérdida auditiva influyó en la higiene oral, pero no influyeron ni el nivel de conocimientos ni las actitudes sobre salud bucal.

Palabras clave: Pérdida auditiva, discapacidad auditiva, higiene oral, salud bucal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between hearing loss, oral health knowledge, and oral health attitudes with oral hygiene among adults from the Association of the Deaf of Tacna and adults with normal hearing, 2024.

Methodology: This research employed a quantitative approach with a non-experimental, cross-sectional, observational, and analytical design, corresponding to a case-control study. The population consisted of 72 adults. The case group included 36 adults with a medical diagnosis of hearing disability, and the control group included 36 adults with normal hearing. The sample was non-probabilistic and selected by convenience.

Results: A statistically significant association was found between hearing loss and oral hygiene ($p = 0,000$) in both study groups. In contrast, no significant association was found between the level of knowledge and oral hygiene ($p = 0,168$ in cases; $p = 0,159$ in controls). Regarding attitudes, a significant association was observed in the case group ($p = 0,002$), but not in the control group ($p = 0,078$).

Conclusions: In the case group, hearing loss and oral health attitudes influenced oral hygiene, but the level of knowledge did not. In contrast, in the control group, hearing loss influenced oral hygiene, but neither knowledge nor attitudes toward oral health showed an influence.

Keywords: Hearing loss, hearing disability, oral hygiene, oral health.

INTRODUCCIÓN

Las discapacidades sensoriales se caracterizan primordialmente por presentar dificultades durante la comunicación o en el acceso al lenguaje, en este caso, podemos hablar de la discapacidad auditiva como un ejemplo típico de este tipo de situaciones, además de ser la tercera discapacidad con mayor prevalencia a nivel mundial. (1) (2)

Podemos definir la discapacidad auditiva como la disminución o reducción de la capacidad auditiva que tiene un individuo, esta pérdida auditiva puede comenzar como leve, presentando umbrales de audición mayores a 20 dB hasta pérdidas de audición totales llegando a umbrales de 95 dB o más; aproximadamente en el mundo 1 500 millones de personas padecen algún grado de pérdida auditiva y se proyecta que esta cifra aumentaría a 2 500 millones para el año 2050. Asimismo, la OMS estimó en 2021 que 430 millones de personas presentan pérdida auditiva discapacitante. (3)

En el área odontológica, la comunicación constituye un elemento esencial para brindar una atención de calidad y generar una experiencia positiva en el paciente. Sin embargo, la presencia de barreras comunicativas puede limitar dicha calidad, afectar las expectativas respecto al tratamiento y dificultar la formación de una relación de confianza entre el paciente y el profesional. Esto, sumado a otros factores como el miedo, la empatía y la experiencia del odontólogo en la atención de personas con discapacidad auditiva, podría influir en la calidad de la atención recibida. (4)

Si bien la comunidad sorda no presenta características orales relacionadas propiamente con la discapacidad, la promoción y prevención de la salud bucal puede verse afectada por la falta de información adaptada, lo que podría incrementar la vulnerabilidad de estos pacientes a presentar un estado de salud oral desfavorable. (4)

Es por ello que la presente investigación tiene como finalidad determinar si existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

Esta investigación está estructurada en 4 capítulos:

En el capítulo I, se desarrollan el planteamiento y formulación del problema, los objetivos, las hipótesis, la justificación del estudio y la operacionalización de las variables.

En el capítulo II, se presenta el marco teórico, donde se encuentran antecedentes internacionales y nacionales relacionados al tema de investigación; además, se desarrollan todas las bases teóricas, seguido de un glosario de términos.

En el capítulo III, se aborda el marco metodológico, detallando el nivel y diseño de la investigación, así como la población y muestra considerada. Asimismo, se describen las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de los datos, junto con la recopilación, procesamiento y análisis de estos.

En el capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos, los cuales se muestran mediante tablas y gráficos debidamente interpretados, seguido de la discusión, las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos, que comprenden los permisos otorgados, los instrumentos utilizados, la matriz de consistencia y la evidencia fotográfica que respaldan la ejecución de la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentos y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

A nivel mundial, la discapacidad auditiva afecta al 5,5% de la población, lo que equivale aproximadamente 430 millones de personas. Se estima que para el año 2050 aumente a 700 millones. (3)

En América, según el Informe Mundial sobre la Audición del 2021, alrededor de 62,7 millones de personas presentan esta discapacidad. (3)

En el Perú, la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad del 2012, reportó que el 5,2% de la población convive con algún tipo de discapacidad, lo que representa a 1 575 402 personas. (5)

Posteriormente, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en la presentación del Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad del 2017, indicó que el 10,3% de la población del país manifestó padecer una limitación o discapacidad, equivalente a 3 209 261 personas, con mayor incidencia en mujeres con el 57% y en hombres con el 43%. (6) Dentro esta población, la discapacidad auditiva constituyó el tercer impedimento o limitación permanente más frecuente en el Perú, reportado por el 17% de la población discapacitada lo que equivale a 537 126 personas. (2)

Finalmente, en la región de Tacna según la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad del 2012, la discapacidad auditiva afecta a 7 016 personas, lo que equivale al 18% del total de personas con discapacidad en la región. (2)

Al observar la diversidad de discapacidades que enfrenta la población en la actualidad, la discapacidad auditiva suele ser percibida como una de las menos graves en términos de salud, puesto que no manifiesta signos y síntomas visibles como ocurre en otras condiciones. Sin embargo, su alta prevalencia la convierte en una de las más comunes y al mismo tiempo, en una de las que dispone de menor cantidad de información adaptada en temas de salud, a pesar de que actualmente la población general tiene un acceso amplio y constante a información.

En el ámbito odontológico, la prevención es lo ideal para promover el bienestar y la salud bucal, pero cuando existen barreras de comunicación este objetivo puede verse limitado. Si bien la lengua de señas es un mecanismo de comunicación empleado por las personas con discapacidad auditiva, el desconocimiento de este por parte de algunos profesionales del área de la salud podría llegar a dificultar el acceso a diferentes servicios. (7)

Al momento de observar la interacción de una persona con discapacidad auditiva en una atención odontológica, surgió la necesidad de reflexionar sobre cómo la falta de educación sobre salud bucal adaptada podría aumentar la susceptibilidad de la comunidad sorda a padecer enfermedades bucodentales derivadas de una higiene oral deficiente.

En el Perú, la mayoría de las investigaciones odontológicas relacionadas con la discapacidad auditiva se han centrado en la población infantil. No obstante, en Arequipa se realizó un estudio en adultos que evaluó los conocimientos sobre higiene bucal y su relación con el nivel de higiene oral.

Sin embargo, en la ciudad de Tacna aún no se registraron investigaciones que aborden esta problemática en adultos con discapacidad auditiva, es por ello que surge la necesidad de realizar la presente investigación, estudiar la influencia de la pérdida auditiva y los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna, 2024.

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1. Problema General

¿Existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024?

1.1.2.2. Problemas Específicos

a) ¿Existe asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024?

- b) ¿Existe asociación entre los conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024?
- c) ¿Existe asociación entre las actitudes sobre salud bucal y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Analizar la asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

1.2.2. Objetivos Específicos

- a) Determinar la asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.
- b) Identificar la asociación entre los conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

- c) Determinar la asociación entre las actitudes sobre salud bucal y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

1.3. Formulación de hipótesis

1.3.1. Hipótesis general

H₀: No existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

H₁: Existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

1.4. Justificación de la investigación

Hoy en día existen investigaciones nacionales que han abordado la relación entre algunas de las variables propuestas en personas con discapacidad auditiva, sin embargo, aún no se ha efectuado esta investigación en la localidad es por ello que la actual investigación es **parcialmente original** y posee las siguientes relevancias:

Es de relevancia teórica, puesto que aporta información valiosa sobre la higiene oral, la pérdida auditiva, así como los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal en adultos con discapacidad auditiva. Además, se incorporó una visión complementaria al considerar un grupo de estudio

conformado por adultos con audición normal. Este aporte enriquece el conocimiento en el campo de la odontología, así como también el de los profesionales de la salud interesados en el abordaje integral de esta comunidad.

Es de relevancia metodológica, ya que el tipo de estudio empleado permite analizar de forma clara y objetiva el problema planteado, por ello puede ser utilizado como referente metodológico en futuras investigaciones que aborden enfoques similares.

Es de relevancia práctica, porque la investigación permite reconocer aspectos que influyen en la higiene oral de adultos con discapacidad auditiva, lo que ofrece una referencia útil para la atención de estos pacientes y orienta hacia un abordaje más sensible e inclusivo.

Es de interés personal, porque considero que los estudios enfocados en personas con discapacidad auditiva son aún escasos, a pesar de la participación activa de la Asociación de Sordos en diversas actividades desarrolladas en la región de Tacna. El contacto con la comunidad sorda y la observación de las dificultades que tienen para comunicarse durante una atención odontológica motivaron el desarrollo de esta investigación, con el objetivo de visibilizar su situación y aportar a una atención más inclusiva y adaptada.

1.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA
INDEPENDIENTE Pérdida auditiva	Es la disminución de la capacidad auditiva iniciando como leve con umbrales de audición mayores a 20 dB. hasta una pérdida completa con 95 dB o más. (3)	Se clasifica a partir del diagnóstico médico especializado (CIE-10) consignado en el carné de discapacidad	- Normal: - Hipoacusia - Sordera	- > 20 dB - 20 dB > 95 dB - 95 dB o más	Cualitativa	Ordinal
INDEPENDIENTE Conocimientos sobre salud bucal	Es la comprensión de conceptos específicos sobre salud bucal con el fin de prevenir enfermedades bucodentales. (8)	Es el resultado de la aplicación del cuestionario de conocimientos sobre medidas preventivas en salud bucal	- Inadecuado - Adecuado	- 0 a 6 puntos - 7 a 10 puntos	Cualitativa	Ordinal
INDEPENDIENTE Actitudes sobre salud bucal	Surgen a partir de los conocimientos y orientan las prácticas diarias de higiene bucal de forma automática. (8) (9)	Es el resultado de la aplicación del cuestionario de actitudes sobre medidas preventivas en salud bucal	- Negativa - Positiva	- 10 a 30 puntos - 31 a 50 puntos	Cualitativa	Ordinal
DEPENDIENTE Higiene oral	Es el cuidado de la cavidad bucal a través de prácticas de higiene que mantienen su bienestar. (10)	Es el resultado de la aplicación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)	- Bueno - Regular - Malo	- 0,0 a 1,2 - 1,3 a 3,0 - 3,1 a 6,0	Cualitativa	Ordinal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	VALORES
SEXO	Determinadas características biológicas y anatómicas que diferencia al hombre y la mujer	Se registra a través de la revisión del DNI	- Femenino - Masculino	Sexo registrado en el DNI	Cualitativa	Nominal
EDAD	Número de años cumplidos	Se clasifica a partir de la edad consignada en el DNI	- Joven - Adulto - Adulto mayor	- 18 - 29 años - 30 - 59 años - 60 a más años	Cuantitativa	Ordinal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Guallasamín T. et al. (Ecuador - 2021). Realizaron el artículo: **“Estado de salud bucal en personas con discapacidad, proyecto municipal “Misión Social Rumiñahui”, Sangolquí - Ecuador”**. La presente investigación tuvo como **objetivo** examinar el estado de salud bucal en personas que padecían algún tipo de discapacidad en el año 2020. En cuanto a su **metodología**, es un estudio observacional, efectuado en una población de 176 participantes, de los cuales el 5,1% presentaba discapacidad auditiva, a esta población se le aplicaron los índices de CPOD/ ceod y el IHOS para evaluar la higiene oral. Además, se analizaron variables como edad, sexo, tipo y grado de discapacidad. En **conclusión**, se evidenció una relación significativa entre el grado de discapacidad y el IHOS ($p= 0,03$), indicando que a mayor grado de discapacidad, el estado de salud bucal será más desfavorable. (11)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Mercado R. (Arequipa - 2023). Publico la investigación: **“Conocimiento sobre higiene bucal y su relación con el índice de higiene bucal en personas con discapacidad auditiva, Asociación de sordos Arequipa 2022”**, para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Dicho estudio tuvo como **objetivo** analizar si el índice de higiene oral se relaciona con

los conocimientos sobre higiene bucal en personas adultas con discapacidad auditiva. Respecto a su **metodología**, es un estudio correlacional, prospectivo y transversal, llevado a cabo en una población de 80 adultos integrantes de la Asociación de Sordos de Arequipa, a quienes se les aplicó un cuestionario de salud bucal y se les evaluó el IHOS. Los **resultados** evidenciaron que el 70% presentó un bajo nivel de conocimientos, el 22,5% un nivel intermedio y únicamente el 7,5% alcanzó un buen nivel. Por otro lado, el 70% obtuvo un IHOS regular, 17,5% bueno y 12,5% malo. En **conclusión**, el estudio señaló que sí existe una relación estadísticamente significativa ($p= 0,000001$) entre las dos variables propuestas. (12)

2.1.3. Antecedentes Locales

A la revisión bibliográfica realizada no se evidencia publicaciones acerca del tema.

2.2. Bases Teórico-Científicas

2.2.1. Conocimiento

2.2.1.1. Definición

El conocimiento es una capacidad importante que posee una persona, la cual se obtiene a través del proceso de conocer la naturaleza de nuestro entorno, sus cualidades y relaciones; permitiéndonos de esta manera comprender la realidad de las cosas mediante el razonamiento. Por ello, podemos definir al conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las observaciones, experiencias y aprendizaje del ser humano. (8)

2.2.1.2. Características del conocimiento

Conforme a Nieto y Rodríguez (2010), también Pérez y Cols. (2012) el conocimiento posee un grupo variado de características las cuales son: (9)

- Racional: Se origina por una actividad efectuada por el hombre.
- Objetivo: Busca la verdad objetiva e interpreta la realidad sin ningún tipo de modificación.
- Intelectual: Se origina a partir de un proceso basado en la sensación, percepción y representación.
- Universal: El conocimiento debe ser aceptado por todos los sujetos en cualquier lugar.

- Verificable: El conocimiento puede verificarse mediante procesos de demostración o a través de la experimentación.
- Sistemático: Se muestra organizado y presenta uniformidad.
- Precisión: Busca la exactitud para prevenir confusión de la realidad.
- Seguridad: El conocimiento al poder verificarse brinda un mayor grado de fiabilidad al momento de utilizarlo.

2.2.1.3. Tipos de conocimiento

- Conocimiento empírico:

Se adquiere principalmente a través de las experiencias personales o de las interacciones sociales de un individuo, es por ello que este conocimiento no requiere de un método de estudio y por el contrario se posee de manera automática y espontánea. Es considerado un tipo de conocimiento ordinario y poco confiable. (9)

- Conocimiento científico:

Se obtiene a través de una investigación planificada, sistemática y metódica, la cual emplea el método científico con el propósito de generar un conocimiento que pueda verificarse y demostrarse, este tipo de conocimiento busca dar respuesta a los fenómenos y orientarlos a favor de la sociedad. (13)

- **Conocimiento filosófico:**

Se consigue mediante el análisis y la reflexión de determinada información, con el objetivo de indagar los fenómenos y criticar su naturaleza, relación y razonamiento para poder plantear soluciones. Este conocimiento generalmente analiza situaciones abstractas y se caracteriza por ser racional, crítico e histórico. (9)

2.2.2. Higiene oral

2.2.2.1. Definición

Los hábitos de higiene oral son requeridos y aplicados para prevenir la aparición de enfermedades bucodentales provocadas directamente por la presencia del biofilm dental y restos alimenticios, por ende, estos hábitos buscan ejecutar de manera adecuada su remoción mediante prácticas diarias de higiene como el cepillado, el uso de hilo dental y enjuagues bucales; que acompañado de visitas periódicas al dentista como mínimo cada 6 meses aseguran un estado de salud oral saludable. (10)

Podemos definir a la placa bacteriana o conocida actualmente como biofilm dental como una estructura de color amarillento-grisáceo adherida vigorosamente a las superficies de los dientes y de las restauraciones presentes; compuesto principalmente por bacterias, desechos alimenticios y otros microorganismos como hongos, virus, protozoos, etc. (14)

En la actualidad las enfermedades bucodentales presentan una prevalencia superior a cualquier otra enfermedad, es por ello que son consideradas como un problema grave en salud pública, esto se refleja en que cerca de 3500 millones de personas padecen de una enfermedad bucodental según el Informe sobre el estado mundial de la salud bucodental de la OMS del 2022. (15)

Por lo tanto, la educación sobre higiene oral es indispensable para prevenir enfermedades y concientizar a la población sobre su importancia en la calidad de vida de una persona, asimismo el enseñar y ofrecer información mediante programas de promoción y prevención sobre salud oral permitirá que los hábitos de higiene se lleven a cabo de manera correcta y puedan cumplir su propósito. (10)

2.2.2.2. Cepillado dental

a. Definición

En la actualidad encontramos variedad de diseños de cepillos dentales que pretenden asegurar al paciente una mejor limpieza en base a las modificaciones que un diseño en específico presenta, no obstante, diversos estudios concluyen que el diseño no muestra diferencias significativas de superioridad principalmente porque durante el cepillado no se obtiene una remoción completa del biofilm y es necesario prácticas de higiene adicionales para lograrlo. (14)

En cuanto a los tipos de cepillos se diferencian en relación al diámetro de las cerdas que estas presentan, en el caso de cepillos suaves presentan cerdas con un diámetro de 0,2 mm, para cepillos medios de 0,3 mm y para cepillos duros de 0,4mm; de acuerdo a la efectividad de un tipo de cepillo no se encuentran ventajas relevantes, pero puede ser asociado al tipo de técnica que se emplea, así como a la percepción de beneficio por parte del paciente. Asimismo, la elección del tipo de mango del cepillo se deja a criterio de la comodidad y preferencia del usuario. (14)

Es importante también aclarar que el grado de fuerza que se ejerza durante el cepillado no implica una mayor efectividad de remoción de la placa, por el contrario, puede provocar recesión gingival y la aparición de úlceras en la encía; el cambio regular del cepillo dental es obligatorio efectuarlo cada 3 a 4 meses según la Asociación Dental Americana (ADA), pero se debe considerar que observar un deterioro visible de las cerdas del cepillo puede afectar la remoción de placa bacteriana a partir de la novena semana de uso disminuyendo la efectividad de la técnica. (14)

b. Técnicas de cepillado dental

A lo largo de los años se han propuesto diferentes técnicas que se caracterizan por el patrón de movimiento que se efectúa durante el cepillado, las cuales son: (14)

- Giratoria: Técnica de Stillman modificada o técnica circular.
- Vibratoria: Técnica de Bass, Stillman y Charters.

- Circular: Técnica de Fones.
- Vertical: Técnica de Leonard.
- Horizontal: Técnica de frotado.

Frente a estas diferentes técnicas la indicación para cada una dependerá del estado de salud oral del paciente en caso que padezca de alguna enfermedad bucodental, así como de sus habilidades y necesidades individuales. Independientemente de la técnica que se use, el cepillado dental por recomendación de la ADA, se debe llevar a cabo como mínimo 2 veces al día con una duración de 2 minutos con el fin de mejorar la eliminación de la placa bacteriana, de igual manera la educación de parte del odontólogo es requerida para lograr este objetivo. (14)

2.2.2.3. Pasta dental

a. Definición

Es un producto que complementa el cepillado dental puesto que incrementa la eficacia del procedimiento, su finalidad es colaborar en la limpieza y el pulido de las piezas dentarias, además de ser eficaz para suministrar agentes terapéuticos a estos, en la actualidad se pueden encontrar en presentaciones en polvo, gel y crema; siendo la ultima la más empleada. (14)

En relación a la cantidad de pasta dental recomendable en el caso de adultos es de 0,25 a 0,30 gramos, lo que equivale al tamaño de una arveja. (16)

Dentro de las características y funciones que posee una pasta dental encontramos las siguientes: (17)

- El empleo adecuado de la pasta sumado a un cepillado dental correcto propiciará la eliminación de placa bacteriana, detritos alimenticios y manchas.
- Brinda una sensación de higiene y frescura.
- Al momento de utilizarlo debe agradable y no causar daño alguno.
- Debe superar las condiciones de almacenamiento y uso indicadas.
- Tener un grado de abrasividad apropiado sin repercusiones.

b. Composición

- **Fluoruro:** Es un agente terapéutico incorporado en las pastas dentales para prevenir la caries y estimular la remineralización del esmalte, la cantidad de flúor necesaria para lograr el efecto de reducción de caries es 1000 ppm indicada en niños y hasta 1500 ppm en adultos. (17)
- **Abrasivos:** Constituyen un 20 a 40%, su objetivo es elevar la acción abrasiva del cepillado lo que contribuye a la eliminación de la placa bacteriana adherida a la superficie del diente sin causar daño al esmalte. (14)
- **Humectantes:** Aportan humectación que impide que la pasta dental se seque y endurezca cuando el producto ya se

haya abierto, a su vez favorece a la consistencia y el olor.
(17)

- **Jabón o detergentes:** Permite que el componente abrasivo de la pasta se mantenga en una suspensión constante en la cavidad oral posibilitando la eficacia de la higienización. Asimismo, aporta una sensación espumosa al consumidor.
(17)
- **Edulcorantes:** Aditivos que aportan un sabor agradable a la pasta ofreciendo una sensación de frescura a los usuarios.
(17)
- **Conservantes:** Se añaden al producto para evitar el efecto de los microorganismos y así preservar la pasta dental.

2.2.2.4. Hilo dental

a. Definición

Es un instrumento empleado para remover la placa bacteriana interdental la cual no se elimina en su totalidad durante el cepillado independientemente de la técnica que se aplique, su uso diario es necesario debido a que por lo general las enfermedades bucodentales se originan en las zonas interproximales por su difícil acceso, para su recomendación se debe considerar las habilidades y las características clínicas orales del paciente con el fin de aumentar la eficacia de limpieza o en todo caso optar por otro instrumento de limpieza interdental. (14)

Los tipos de hilo dental disponibles son como multifilamentos de nylon o monofilamentos de teflón los cuales pueden o no presentar cera, el uso de un tipo de hilo dental específicamente se basará en el distanciamiento de los contactos dentales, la rugosidad o desigualdad de las superficies proximales y la habilidad del paciente, así como de su preferencia. (14)

b. Técnica de uso del hilo dental

- Primero se debe separar un pedazo de 30 a 45 cm de hilo dental para proceder a enrollar el hilo en el dedo medio de cada mano dejando una distancia entre ellos. (14)
- Enseguida sostendremos el hilo con firmeza apoyándonos en el dedo pulgar de una mano y en el dedo índice de la otra para poder guiarlo. (14)
- Se inserta el hilo en el contacto interproximal con un movimiento hacia delante y hacia atrás sin dañar la encía, luego se recorre la superficie proximal de un diente deslizándolo de arriba hacia abajo y se repite este procedimiento contra la superficie proximal del otro diente. (14)
- Conforme se vaya removiendo la placa bacteriana se cambiará la parte del hilo utilizado por una sin residuos, la limpieza se debe realizar en todas las superficies proximales de las piezas dentarias. (14)

Finalmente, en el caso de personas que tengan poca destreza manual o alguna discapacidad se puede emplear un porta-hilo para facilitar este procedimiento. (14)

2.2.2.5. Enjuague bucal

a. Definición

Es un antiséptico que se utiliza como método químico para detener la formación de la placa bacteriana puesto que evita el crecimiento de las bacterias orales impidiendo su metabolismo y colonización, sumado a su acción antibacteriana también proporciona efectos anti-fúngicos, antisépticos, antibióticos, anti-inflamatorios y astringentes; si bien el cepillado y el uso del hilo dental ofrecen un control mecánico del biofilm muchas veces estos procedimientos no logran ser efectivos en su totalidad a consecuencia de la poca habilidad o destreza para realizarlos correctamente. (18)

b. Tipos de antisépticos orales

- Clorhexidina:

Es una sustancia comúnmente empleada en el área de la odontología en virtud de que posee un amplio espectro antimicrobiano, en bajas concentraciones ofrece una acción bacteriostática impidiendo la adherencia de las bacterias en las superficies dentales y epiteliales, mientras que en altas concentraciones se obtiene su acción bactericida.

Asimismo, tiene una liberación gradual en forma activa de 8 a 13 horas, en el caso de adultos se indica realizar dos enjuagues bucales al día de 15ml al 0,12% durante 30 segundos a 1 minuto. (16)

- **Flúor:**

Es un agente que incrementa la resistencia del esmalte, contribuye positivamente en el proceso de remineralización, frena la desmineralización y previene la aparición caries; en cuanto a la concentración de flúor aconsejable para adultos oscila entre 0,05% al 0,2%. (16)

- **Triclosán:**

Es un agente de amplio espectro antimicrobiano, sin embargo, a diferencia de la clorhexidina se logra alcanzar su acción bactericida en bajas concentraciones, con respecto a las concentraciones que se recomiendan en adultos fluctúa entre 0,2% a 0,5%. (16)

2.2.2.6. Índice de higiene oral Simplificado

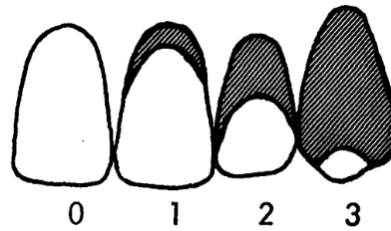
Es la versión simplificada del Índice de Higiene Oral (IHO) propuesto por Green y Vermillion en 1960, se modificó en 1964 con el objetivo de obtener de forma más breve y eficaz una idea general del estado de higiene oral de una determinada población representado en un valor numérico. (19)

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) cuantifica la extensión de la placa bacteriana y el cálculo adherido a las superficies de 6 piezas dentarias seleccionadas para representar a cada sextante de la cavidad oral, este índice examina la superficie vestibular de las piezas 1.6, 1.1, 2.6 y 4.1 y la superficie lingual de las piezas 3.6 y 4.6. (20)

Para realizar el examen clínico se debe identificar previamente las piezas dentarias que se evaluarán, para ello es importante que estas se encuentren completamente erupcionadas, que no presenten coronas destruidas debido a caries o traumas severos y sin restauraciones como coronas completas, en caso contrario se opta por examinar la pieza vecina. (20)

Se obtendrá una puntuación para cada pieza examinada en relación a la presencia y extensión de placa bacteriana sobre la superficie dentaria dividida en tercios; de igual forma otra puntuación para el cálculo. (20)

FIGURA 1
EXTENSIÓN DE LOS DESECHOS BUCALES CON PUNTUACIONES



Fuente: Greene, JC y Vermillion, JR (1960) Índice de higiene bucal: un método para clasificar el estado de la higiene bucal. Revista de la Asociación Dental Americana, 61(2), 172-179. (21)

Los criterios a considerar para puntuar la extensión de la placa bacteriana son: (20)

0	No hay presencia de residuos ni manchas.
1	Desechos blandos que no cubren más de un tercio de la superficie de la pieza dentaria que se examina o la presencia de manchas extrínsecas sin desechos adicionales sin considerar la superficie cubierta.
2	Desechos blandos que cubran más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.
3	Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

Los criterios para puntuar la extensión del cálculo son: (20)

0	No hay ningún cálculo presente.
1	Cálculo supragingival que no cubre más de un tercio del diente expuesto superficie que se examina.
2	Recubrimiento de cálculo supragingival más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie del diente expuesto o la presencia de motas individuales de cálculo

	subgingival alrededor del cuello uterino porción del diente.
3	Recubrimiento de cálculo supragingival más de dos tercios del diente expuesto superficie o una banda pesada continua de cálculo subgingival alrededor del cuello uterino porción del diente.

Luego se hallará el índice de placa bacteriana sumando las puntuaciones obtenidas y dividiendo el resultado en el número de piezas dentarias examinadas; del mismo modo se hallará el índice del cálculo, finalmente ambos índices se sumarán generando un resultado final que clasificará el índice de higiene oral simplificado del individuo.

CLASIFICACIÓN	VALORES
Bueno	0,0 – 1,2
Regular	1,3 – 3,0
Malo	3,1 – 6,0

2.2.3. Discapacidad

2.2.3.1. Definición

La discapacidad se define como una condición específica, en donde una persona convive con deficiencias ya sean físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de manera permanente durante su vida, originándose el impedimento de poder realizar interacciones y funciones de manera ideal, este padecimiento también obstaculiza una inclusión efectiva y plena en la sociedad en cuanto a igualdad de condiciones con la población restante. (22)

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad del 2011, se estimó que 1 000 millones de personas en el mundo padecen de una discapacidad, no obstante, según el Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad del 2022, se determinó que aproximadamente 1 300 millones de personas conviven con una discapacidad traduciéndose esta cifra como el 16% de la población mundial. (1) (23)

Asimismo, debemos considerar a la discapacidad parte de la propia condición humana y no como una condición aislada limitada a determinados individuos, esto debido a que gran parte de las personas en particulares momentos de la vida padecerá de una discapacidad ya sea de manera temporal o permanente, es un hecho, que conforme las personas envejecemos experimentamos diferentes dificultades de funcionamiento a lo largo de la vida. (1)

2.2.3.2. Discapacidad auditiva

La audición es indispensable en las diferentes etapas del desarrollo de una persona, el poder oír nos permite comunicarnos, expresarnos de manera libre y educarnos a fin de entablar una relación con nuestro entorno, su disminución o ausencia tiene consecuencias directas en la calidad de vida de la persona. (3)

Esta discapacidad también suele ser conocida como la “discapacidad invisible”, debido a que la persona no muestra características físicas relacionadas a la discapacidad, sino por el contrario solo puede ser percibida al momento de interactuar con la

persona, es por ello que esta invisibilidad provoca que la discapacidad auditiva en cierto modo sea minimizada y relegada por la sociedad. (24)

Esta situación influye negativamente en diversos aspectos de su calidad de vida, evidenciándose en que las personas con discapacidad auditiva presenten una mayor incidencia de depresión, demencia y otras disfunciones psicológicas que deterioran su salud mental. (25)

Existen una variedad de causas que provocan la pérdida de la audición por lo que su prevalencia es elevada, durante el transcurso de la vida la capacidad auditiva está expuesta a factores de riesgo y de protección que constituyen la trayectoria auditiva, la cual será encargada de determinar la capacidad auditiva que tiene la persona en algún momento. Si bien en la actualidad hay innovaciones en el área de la tecnología auditiva que buscan mejorar esta condición, gran parte de la comunidad sorda no cuenta con los recursos necesarios para optar por los tratamientos que se ofrecen. (3)

2.2.3.3. Tipos de pérdida de la audición

Podemos hablar de una pérdida de audición desde el momento en que la capacidad auditiva de una persona disminuye manifestando umbrales de audición mayores a los 20 dB, en estos casos se emplea el término “hipoacúsico” para caracterizar esta reducción sin considerar la magnitud de la pérdida, por otro lado, se dispone del

término “sordo” al hablar de una pérdida de audición severa en los dos oídos donde la capacidad auditiva es mínima o nula. (3)

Es importante también destacar que la pérdida de audición es considerada discapacitante cuando el umbral de audición es superior a los 35 dB, del mismo modo se debe tener en cuenta que la pérdida incrementará conforme el paso de los años de una persona, esto se evidencia en que más del 25% de la población de la tercera edad sufre de una pérdida de audición discapacitante, por tal motivo la prevención en todas las etapas de la vida es imprescindible. (26)

Lo tipos de pérdida auditiva se dividen en: (3)

- Pérdida Conductiva: Se origina por la presencia de problemas en el oído medio o en el conducto auditivo que obstaculizan el trayecto de las ondas sonoras del exterior hacia el oído interno.
- Pérdida Neurosensorial: Se produce cuando existen lesiones en el oído interno, este problema puede estar ubicado en la cóclea, en el nervio auditivo o en algunos casos en ambas partes.
- Pérdida Mixta: Es el resultado de la unión de la pérdida auditiva conductiva y neurosensorial, por ende, el oído externo e interno se encuentran deteriorados.

2.2.3.4. Grados de pérdida de la audición

El nuevo sistema de clasificación para la discapacidad auditiva propuesto por la OMS busca mejorar y tipificar la magnitud de la pérdida de la audición, así como también responde a las sugerencias formuladas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), para comenzar se disminuyó el umbral de audición a 20 dB en el caso de una pérdida auditiva leve, luego se adicionó nuevos grados de pérdida auditiva manteniendo una diferencia de 15 dB para cada una consecutivamente y finalmente se incluyó a la pérdida unilateral como una categoría adicional. (3) (27)

Los grados de pérdida se clasifican en: (3)

- Normal (> 20 dB): Sin dificultades para escuchar.
- Leve ($20 \text{ a } < 35$ dB): Puede presentar dificultades para escuchar los sonidos de baja intensidad o murmullos en ambientes ruidosos, complicando el poder mantener una conversación. (3)
- Moderada ($35 \text{ a } < 50$ dB): Presenta dificultad para escuchar una conversación habitual en un ambiente silencioso, mientras que en ambientes ruidosos se ve impedido en poder participar en una conversación de manera ideal. (3)
- Moderadamente severa ($50 \text{ a } < 65$ dB): Solo puede escuchar los sonidos y voces fuertes sin complicaciones en ambientes

silenciosos, pero presenta grandes dificultades en entornos ruidosos. (3)

- Severa (65 a < 80 dB): Manifiesta complicaciones para escuchar y comprender los sonidos fuertes en ambientes silenciosos, en tanto que en condiciones ruidosas las complicaciones son excesivas. (3)
- Profunda (80 a < 95 dB): Dificultad extrema para escuchar sonidos o voces fuertes.
- Completa (95 dB o más): Tiene impedimento total en escuchar sonidos de cualquier intensidad, ya sea en ambientes silenciosos o ruidosos.
- Pérdida unilateral: Presenta un umbral de audición menor de 20 dB en el oído que escucha mejor, mientras que en el otro oído el umbral es mayor de 35dB considerándose una pérdida auditiva discapacitante. (3)

2.2.3.5. Manejo odontológico en personas con discapacidad auditiva

La comunicación durante la atención odontológica frecuentemente es ineficaz o inexistente, por lo que la presencia de una tercera persona que desempeñe el papel de intérprete es requerida en la mayoría de los casos, si bien la lengua de señas es el método ideal para poder conversar y relacionarse directamente con la comunidad sorda, lamentablemente el desconocimiento de este mecanismo de

comunicación por parte del profesional impide poder formar este vínculo. (28)

Esta situación no solo impide formar una relación de confianza entre paciente y dentista, sino que crea una brecha de empatía que puede ser percibida como discriminación según diversos reportes de experiencias vividas por parte de pacientes sordos, así como también puede generar errores durante la atención, todo esto desencadena que el paciente sufra de ansiedad durante la atención odontológica. (28)

Actualmente son muy pocos los profesionales preparados para tratar adecuadamente a pacientes sordos, siendo esta una de las razones que sumado a la limitada información de higiene bucal que pueden obtener ocasiona que la comunidad sorda sea bastante susceptible a presentar deficientes estados de salud bucal. (7)

El conocer y emplear la lengua de señas mejora considerablemente la satisfacción de la atención odontológica en pacientes sordos, aproximadamente 70 millones de personas con discapacidad auditiva la consideran su lengua materna; no obstante, el uso de otros métodos como la escritura, la lectura de labios, el uso de dibujos, videos o aplicaciones tecnológicas son vías alternas para establecer la comunicación. (28) (7)

2.3. Glosario de términos

- **Pérdida auditiva:** Disminución o reducción de la capacidad auditiva de una persona, la cual puede ser leve empezando con umbrales de audición mayores a 20 dB, hasta pérdidas totales con 95 dB o más. (3)
- **Hipoacusia:** Es un término empleado para caracterizar la pérdida de audición, pero sin considerar la magnitud de esta pérdida. (3)
- **Sordera:** Es un término utilizado en casos de pérdida de audición severa. (3)
- **Higiene oral:** Es un conjunto de cuidados necesarios que tienen como objetivo remover el biofilm dental para prevenir enfermedades bucodentales, estos son el cepillado, el uso del hilo dental y enjuagues bucales, etc. (10)
- **Índice de higiene oral simplificado:** Es un instrumento empleado para evaluar la higiene oral, su propósito es cuantificar la extensión de la placa bacteriana y el cálculo que se encuentra en las superficies de 6 piezas dentarias. (20)

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque y nivel de la investigación

3.1.1. Enfoque de investigación

La presente investigación es de **enfoque cuantitativo** ya que la recopilación de los datos está representada en cantidades y con un análisis estadístico a fin de poder probar las hipótesis propuestas. (29)

3.1.2. Tipo y diseño de investigación

La investigación es observacional, retrospectivo, transversal, analítico, caso y control.

- **Observacional**, porque el investigador solo observará, medirá y analizará los datos y hechos específicos en un contexto natural sin que se manipule premeditadamente las variables a estudiar. (30)
- **Analítico**, puesto que el estudio busca identificar el grado de relación existente entre las variables propuestas. (30)
- **Caso y control**, debido a que la investigación se basa en el análisis de un grupo de personas con discapacidad auditiva y otro sin esa condición. (30)

3.2. Población y muestra de estudio

3.2.1. Población de estudio

La población de estudio está conformada por 72 adultos, de los cuales 36 pertenecen a la Asociación de Sordos de Tacna y presentan un diagnóstico médico de discapacidad auditiva (CIE-10), consignado en el carné de discapacidad del CONADIS, los cuales fueron asignados como el grupo de casos. El grupo control se formó con 36 adultos sin diagnóstico médico de discapacidad auditiva, quienes además cumplieron con los criterios de selección.

Para respaldar la metodología de la investigación, se estableció como criterio de pareamiento la edad y el sexo, en una proporción de 1:1. Asimismo, se consideró que ambos grupos pertenecieran al mismo contexto geográfico y social (Tacna); y que mantuvieran el manejo lingüístico propio de cada grupo: en el grupo de casos, la Lengua de Señas Peruana; y en grupo control, el Español hablado.

3.2.2. Muestra

- No probabilístico por conveniencia.

3.2.3. Criterios de selección para el grupo de casos

3.2.3.1. Criterios de inclusión

- Personas mayores de edad.
- Personas con diagnóstico médico de discapacidad auditiva (CIE-10), consignado en el carné de discapacidad del CONADIS.

- Residentes en la ciudad de Tacna.
- Personas cuya lengua de comunicación principal sea la Lengua de Señas Peruana.
- Personas que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

3.2.3.2. Criterios de exclusión

- Personas con otro diagnóstico de discapacidad adicional.
- Personas que no completaron el cuestionario completo o el examen clínico.

3.2.4. Criterios de selección para el grupo control

3.2.4.1. Criterios de inclusión

- Personas mayores de edad.
- Personas sin diagnóstico médico de discapacidad auditiva.
- Residentes en la ciudad de Tacna.
- Personas cuya lengua principal de comunicación sea el Español hablado.
- Personas que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

3.2.4.2. Criterios de exclusión

- Personas con algún otro tipo de discapacidad.
- Personas que no completaron el cuestionario o el examen clínico.

3.3. Procesos de desarrollo de la investigación

Una vez decidido el tema de investigación, se procedió de inmediato a la elaboración del proyecto en coordinación con el asesor metodológico. Posteriormente, se solicitó la aprobación del proyecto de investigación y se obtuvo la resolución de facultad para su ejecución y asignación de asesor.

Luego se solicitó al presidente de la Asociación de Sordos, Sr. Roister Rojas Candamo, la autorización correspondiente para poder llevar a cabo la investigación, una vez obtenida dicha autorización, se procedió a coordinar las fechas y horarios para la aplicación de los instrumentos. Asimismo, se solicitó el apoyo del intérprete voluntario Jesús Alex Loma Vargas en todas las fechas programadas de aplicación.

- **Día 1:** Con la autorización, se realizó el reconocimiento de la sala de integración utilizada por la Asociación de Sordos, ubicada en el Ex Palacio Municipal, donde se estableció el ambiente destinado para el levantamiento de datos de la investigación.
- **Día 2:** Se inicio el levantamiento de datos con el apoyo constante del intérprete voluntario. Se realizó la presentación y explicación del estudio a los miembros de la Asociación de Sordos, asegurando su comprensión. Posteriormente, se entregó de manera individual el consentimiento informado (ANEXO 1). Luego de obtener el consentimiento, se aplicó de forma individual el Cuestionario de Conocimientos y Actitudes de Salud Bucal (ANEXO 2). Finalmente, se llevó a cabo el examen clínico correspondiente para determinar el Índice de Higiene Oral Simplificado (ANEXO 3).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica de recolección de datos

Variables independientes:

- Para la variable de la pérdida auditiva, la técnica fue la revisión documentaria, obteniendo el diagnóstico médico de discapacidad (CIE-10), consignado en el carné de discapacidad del CONADIS.
- Para las variables de conocimientos y actitudes sobre salud bucal, se utilizó la técnica de encuesta, obteniendo los datos mediante la aplicación del cuestionario “Conocimientos y Actitudes de medidas preventivas de Salud Bucal”, empleado como instrumento.

Variable dependiente:

- Para la variable de higiene oral, la técnica fue la observación directa no participante, donde se evaluó clínicamente a los participantes, utilizando el IHOS como instrumento.

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

- Índice de Higiene Oral Simplificado (ANEXO 3): Es un instrumento creado por Greene y Vermillion, el cual es internacionalmente conocido y validado, asimismo es ejecutado en diversos estudios de investigación. (11) (12)

- Cuestionario de Conocimientos y Actitudes de Salud Bucal (ANEXO 2): Dicho instrumento fue elaborado y validado por Franco Vásquez Llerena y Laurie Vásquez Llerena, en su estudio titulado: “Conocimientos y actitudes relacionadas a medidas preventivas de salud bucal en pacientes con la infección del VIH/SIDA en el hospital Iquitos Cesar Garayar García durante los años 2014 – 2015”. (31)

La primera parte del cuestionario consta de 10 preguntas cerradas para determinar el nivel de conocimiento relacionado a medidas preventivas en salud bucal, se codificó con 1 punto cada respuesta correcta.

Las respuestas se calificaron como:

- Conocimiento adecuado: 7 - 10 puntos
- Conocimiento inadecuado: 0 - 6 puntos

La segunda parte del cuestionario está conformada también de 10 preguntas cerradas para determinar el nivel de actitud sobre medidas preventivas en salud bucal, la cual fue evaluada a través de la escala tipo Lickert modificada, empleando 5 categorías.

Se codificó cada categoría de la siguiente manera:

- Totalmente de acuerdo: 5 puntos
- De acuerdo: 4 puntos
- Indeciso: 3 puntos
- En desacuerdo: 2 puntos
- Totalmente en desacuerdo: 1 punto

Las respuestas se calificaron como:

- Actitud positiva: 31 - 50 puntos
- Actitud negativa: 10 - 30 puntos

Validez del instrumento:

De acuerdo a la validación realizada por Franco Vásquez Llerena y Laurie Vásquez Llerena, a través de juicio de expertos se obtuvo una validez del 64% para las preguntas de conocimiento y 65% para las preguntas de actitud. Con respecto a la confiabilidad por el método de intercorrelación de ítems se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,926 (93%) para las preguntas de conocimiento y de 0,855 (85,5%) para las preguntas de actitud (ANEXO 4). (31)

3.5. Consideraciones éticas de la investigación

El estudio se llevó a cabo de manera respetuosa e informada, teniendo la autorización del presidente de la Asociación de Sordos de Tacna, así como el consentimiento informado de cada uno de los participantes. Asimismo, se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos.

3.6. Métodos y técnicas de procesamiento y análisis de resultados

Posterior a la recopilación de los instrumentos en los grupos de casos y control, se organizó las fichas de recolección de datos para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel 2019 en su versión de acceso.

Luego, se exportó la base de datos al programa SPSS Statistics versión 25,0 en español para el análisis estadístico respectivo. Para ello, previamente se efectuó la prueba de normalidad, planteándose las siguientes hipótesis:

- **H0:** Los datos tienen una distribución normal.
- **H1:** Los datos no tienen una distribución normal.

Finalmente, se seleccionó el estadístico de Shapiro-Wilk para la presente investigación, este resultado se obtuvo teniendo las siguientes consideraciones:

- Si n es mayor a 50 = Kolmogórov-Smirnov
- Si n es menor a 50 = Shapiro-Wilk

Pruebas de normalidad						
CASOS	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Conocimientos	0,195	36	0,001	0,943	36	0,062
Actitudes	0,258	36	0,000	0,924	36	0,016
Higiene oral	0,249	36	0,000	0,795	36	0,000
CONTROLES						
Conocimientos	0,154	36	0,030	0,911	36	0,007
Actitudes	0,199	36	0,001	0,882	36	0,001
Higiene Oral	0,367	36	0,000	0,633	36	0,000
a. Corrección de significación de Lilliefors						

Interpretación:

Para el grupo de casos, la variable “Conocimientos” presentó un valor de $p = 0,062$, siendo este superior al nivel de significancia de 0,05, lo que indica que sigue una distribución normal. Sin embargo, las variables de “Actitudes” ($p=0,016$) y “Higiene Oral” (0,000) evidenciaron una distribución no normal. En el grupo de control, las tres variables evaluadas no presentan distribución normal, registrando valores menores a 0,05.

En consecuencia, el análisis estadístico se realizó empleando pruebas no paramétricas para la contrastación de hipótesis, seleccionando a la prueba exacta de Fisher y la prueba de Fisher Freeman Halton para las tablas de 3x3.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Estadísticos descriptivos

Tabla 1. Selección de casos y controles (pareamiento) según edad

PÉRDIDA AUDITIVA				
		Casos	Controles	Total
GRUPO ETARIO	18-29 años	10	10	20
		27,8%	27,8%	27,8%
	30-59 años	24	24	48
		66,7%	66,7%	66,7%
	+60años	2	2	4
		5,6%	5,6%	5,6%
	Total	36	36	72
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°1, se observa que la distribución de los tres grupos etarios es equitativa entre el grupo de casos y control con una proporción de 1:1, además la mayor cantidad de adultos pertenece al grupo de 30-59 años con un porcentaje de 66,7%, mientras que la menor cantidad pertenece al grupo de mayores de 60 años con un porcentaje de 5,6%.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,514 ^a	4	0,972	1,000	
Razón de verosimilitud	0,896	4	0,925	1,000	
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	0,541			1,000	
Asociación lineal por lineal	,011 ^b	1	0,918	1,000	0,505
N de casos válidos	72				

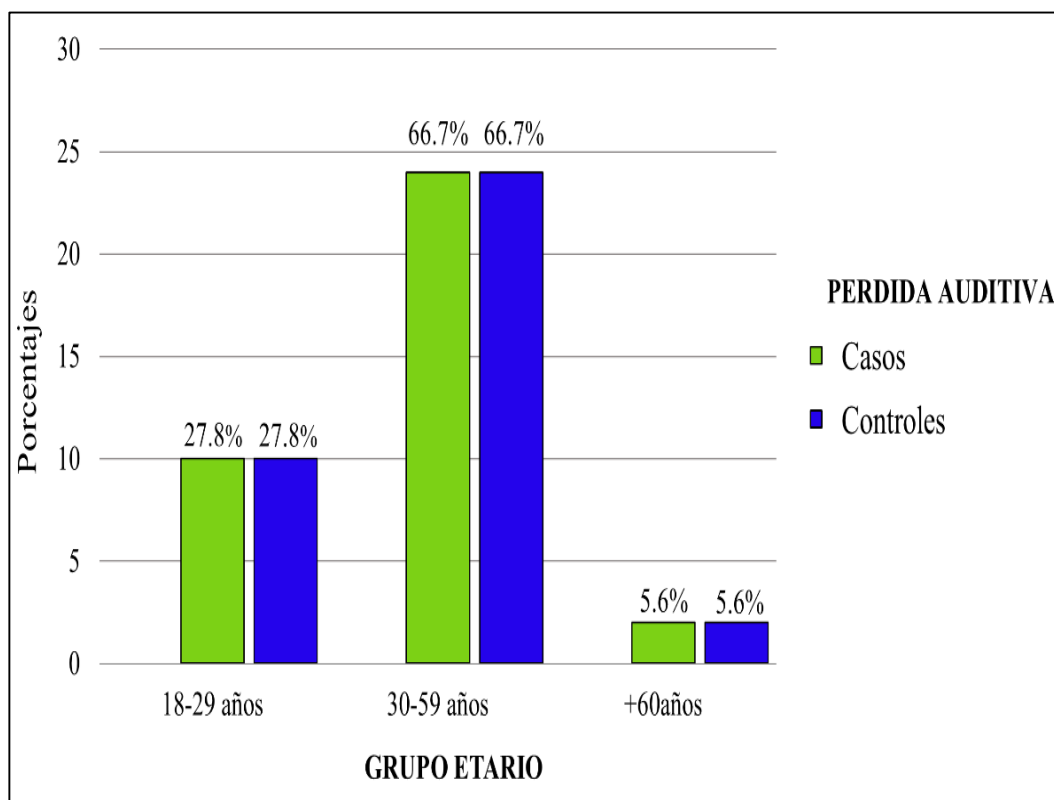
a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,39.

b. El estadístico estandarizado es 0,103.

Interpretación:

Se observa que en la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, el 55,6% de las casillas presentaron un recuento esperado menor a 5, siendo el valor mínimo esperado de 0,39, lo que determina que esta prueba no sea la más adecuada. Sin embargo, al utilizar la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton, se obtuvo un valor de $p = 1,000$, lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la pérdida auditiva y el grupo etario.

Gráfico 1. Selección de casos y controles (pareamiento) según edad



Fuente: Tabla N°1

Tabla 2. Selección de casos y controles (pareamiento) según sexo

PÉRDIDA AUDITIVA				
		Casos	Controles	Total
SEXO	Femenino	20	20	40
		55,6%	55,6%	55,6%
	Masculino	16	16	32
		44,4%	44,4%	44,4%
Total		36	36	72
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°2, se evidencia que la distribución del sexo en los grupos de casos y controles mantiene una proporción equitativa de 1:1. El sexo femenino representa el 55,6% en ambos grupos, mientras que el sexo masculino corresponde al 44,4%.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	1	1,000	1,000	0,594
Corrección de continuidad	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	0,000	1	1,000	1,000	0,594
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,594
Asociación lineal por lineal	,000 ^c	1	1,000	1,000	0,594
N de casos válidos	72				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,00.

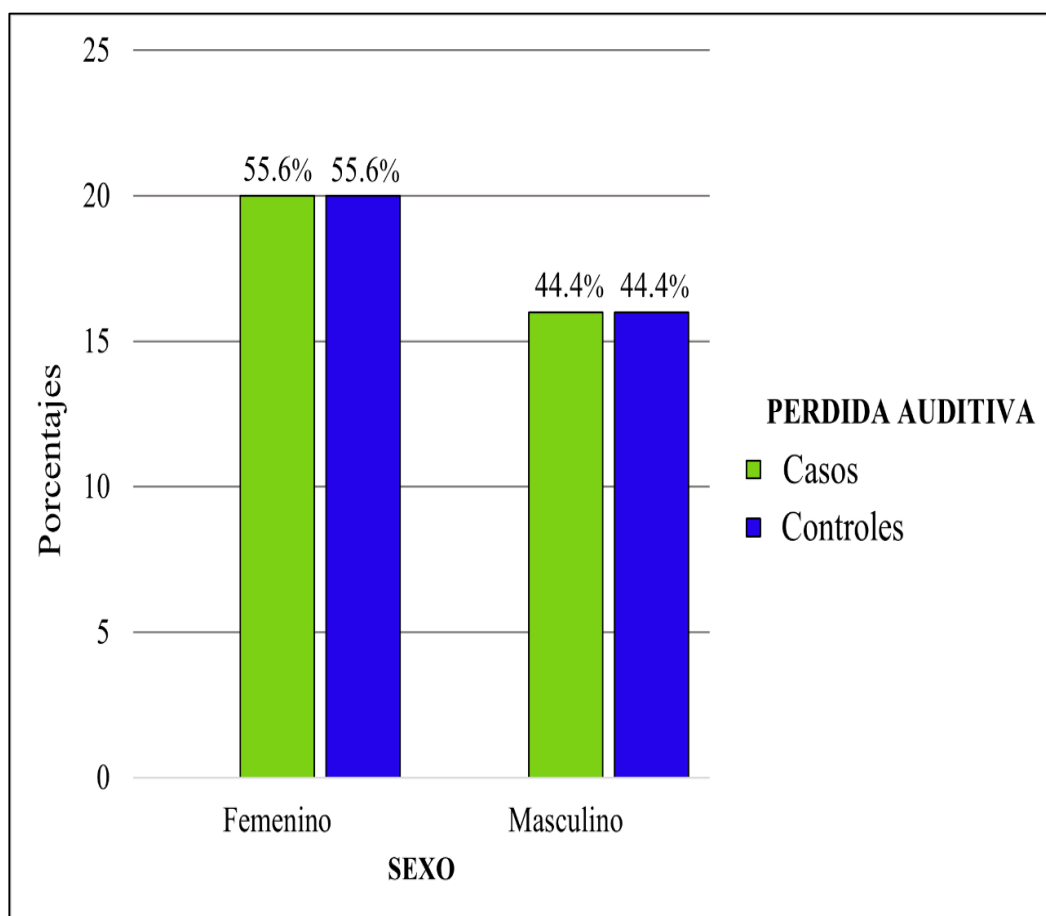
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. El estadístico estandarizado es 0,000.

Interpretación:

Se observa que en la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, ninguna de las casillas tiene un recuento esperado menor a 5, siendo el valor mínimo esperado de 16,00, por lo que esta prueba es adecuada. Además, el valor obtenido de p fue de 1,000, tanto en la prueba de Chi-cuadrado como en la prueba exacta de Fisher, lo que confirma que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la pérdida auditiva y el sexo.

Gráfico 2. Selección de casos y controles (pareamiento) según sexo



Fuente: Tabla N°2

Tabla 3. Distribución del nivel de conocimientos sobre salud bucal según el grupo de casos y controles

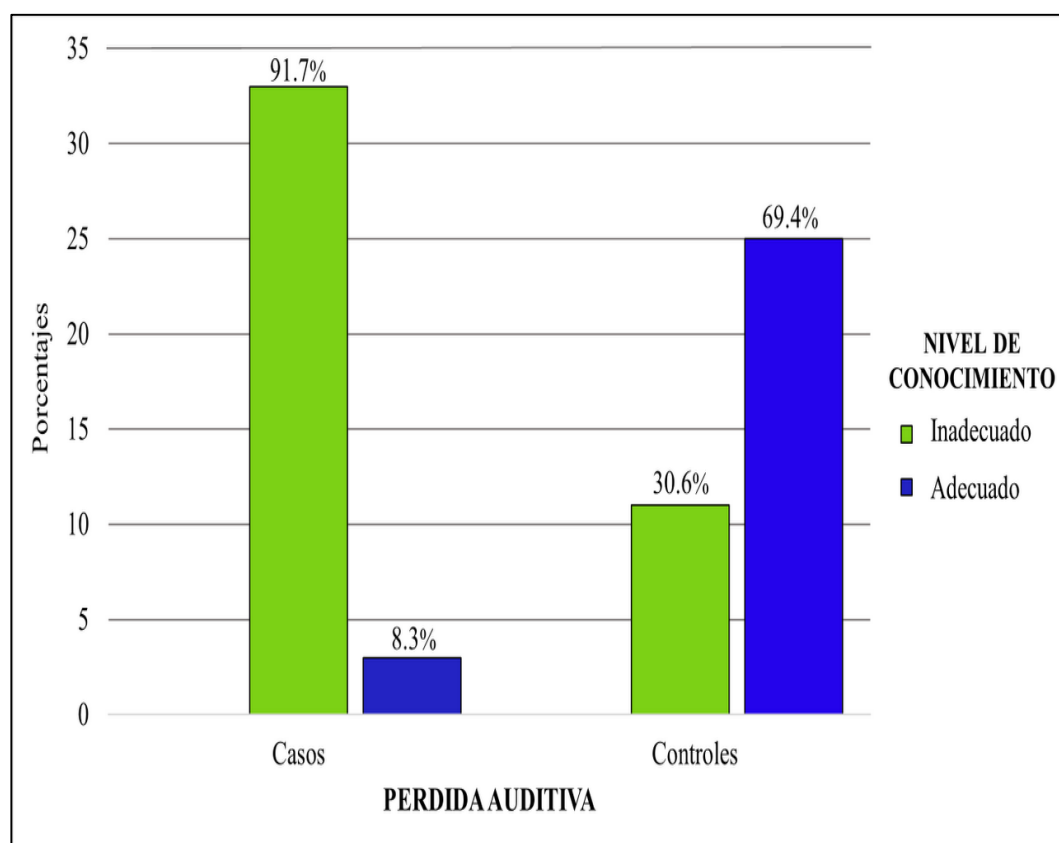
NIVEL DE CONOCIMIENTOS			
	Inadecuado	Adecuado	Total
Casos	33	3	36
	91,7%	8,3%	100,0%
Controles	11	25	36
	30,6%	69,4%	100,0%
Total	44	28	72
	61,1%	38,9%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°3, se observa que para el grupo de casos el nivel de conocimientos sobre salud bucal es mayormente inadecuado representando el 91,7%, mientras que solo el 8,3% posee conocimientos adecuados. En contraste, en el grupo de control, el 69,4% presenta un nivel de conocimientos adecuado y el 30,6 % inadecuado.

Gráfico 3. Distribución del nivel de conocimientos sobre salud bucal según el grupo de casos y controles



Fuente: Tabla N°3

Tabla 4. Distribución del nivel de conocimientos sobre salud bucal según la severidad de la pérdida auditiva

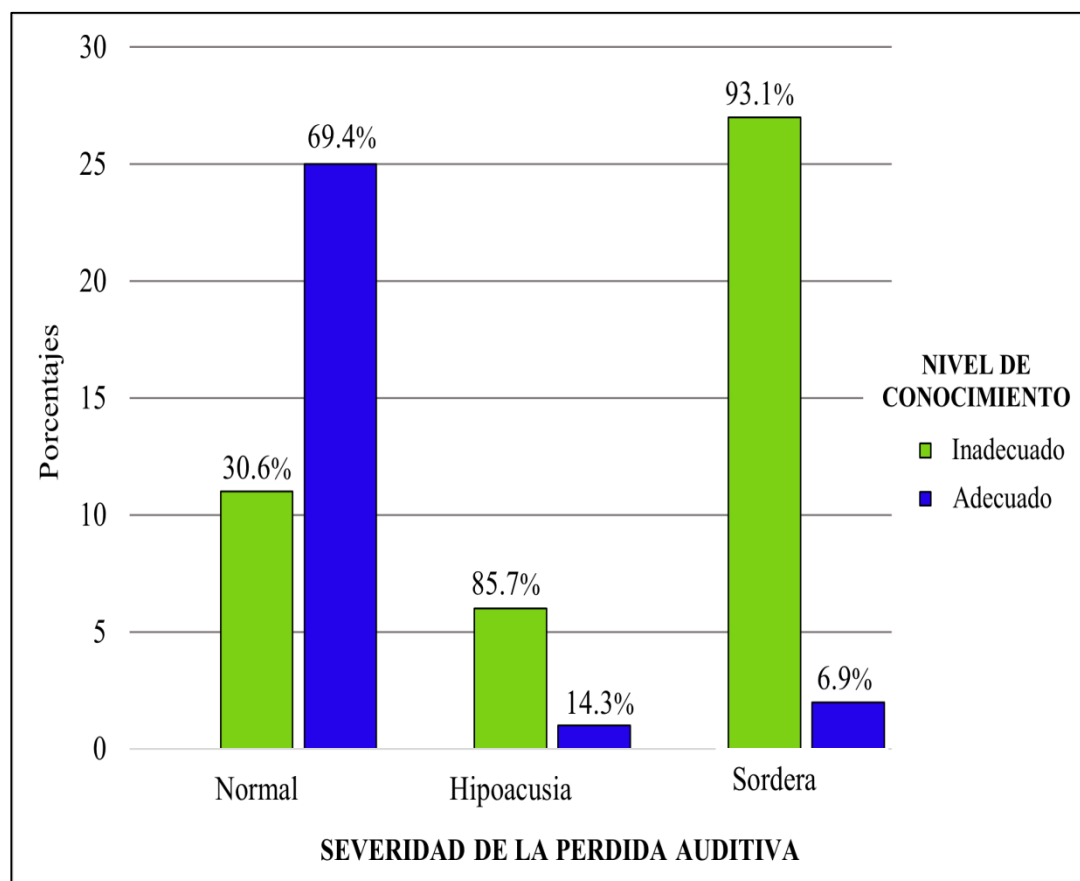
NIVEL DE CONOCIMIENTOS			
		Inadecuado	Adecuado
Normal		11	25
		30,6%	69,4%
Hipoacusia		6	1
		85,7%	14,3%
Sordera		27	2
		93,1%	6,9%
Total		44	28
		61,1%	38,9%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°4, se observa que en el grupo con audición normal, el 69,4% posee un nivel de conocimientos adecuado, mientras que el 30,6% presenta un nivel inadecuado. En contraste, en el grupo con hipoacusia, solo el 14,3% tienen conocimientos adecuados y el 85,7% inadecuados. Finalmente, en el grupo con sordera el 6,9% presentan conocimientos adecuados y el 93,1% inadecuados.

Gráfico 4. Distribución del nivel de conocimientos sobre salud bucal según la severidad de la pérdida auditiva



Fuente: Tabla N°4

Tabla 5. Distribución del nivel de actitudes sobre la salud bucal según el grupo de casos y controles

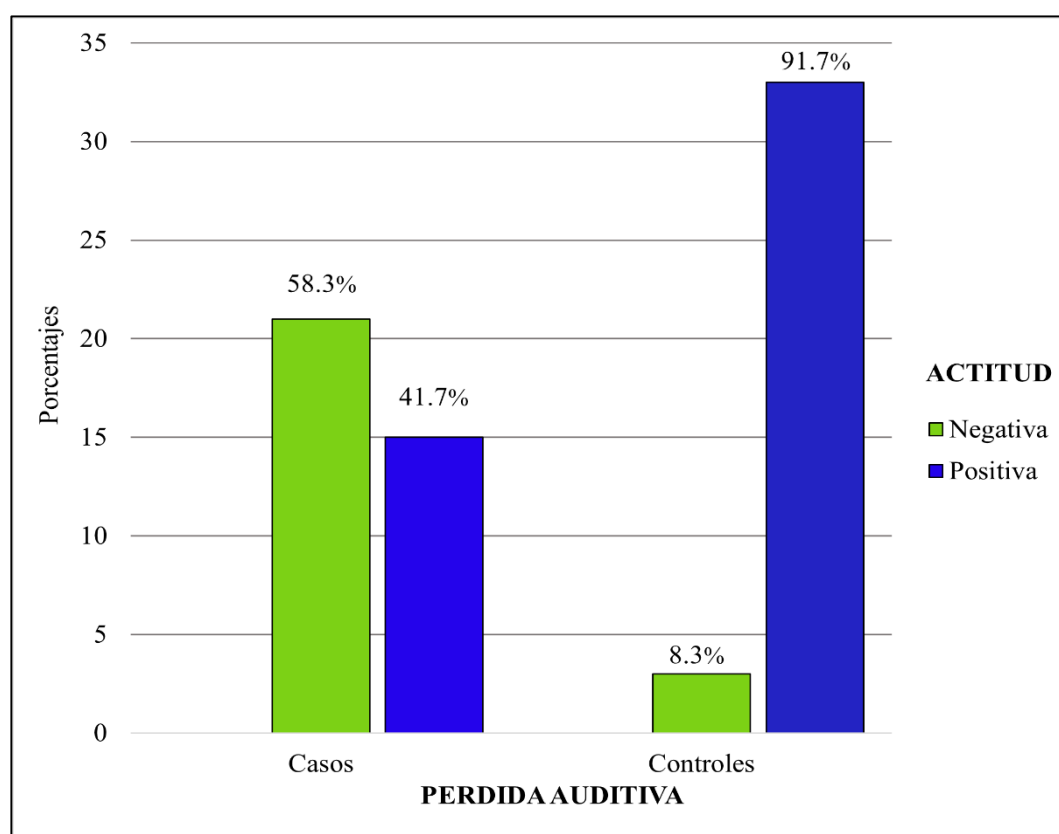
ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL			
	Negativa	Positiva	Total
Casos	21	15	36
	58,3%	41,7%	100,0%
Controles	3	33	36
	8,3%	91,7%	100,0%
Total	24	48	72
	33,3%	66,7%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°5, se observa que, en el grupo de casos, el 58,3% de los adultos presentan actitudes negativas hacia la salud bucal y el 41,7% muestran actitudes positivas. Por otro lado, en el grupo de control, el 91,7% presentan actitudes positivas y solo el 8,3% tienen actitudes negativas.

Gráfico 5. Distribución del nivel de actitudes sobre salud bucal según el grupo de casos y controles



Fuente: Tabla N°5

Tabla 6. Distribución del nivel de actitudes sobre la salud bucal según la severidad de la pérdida auditiva

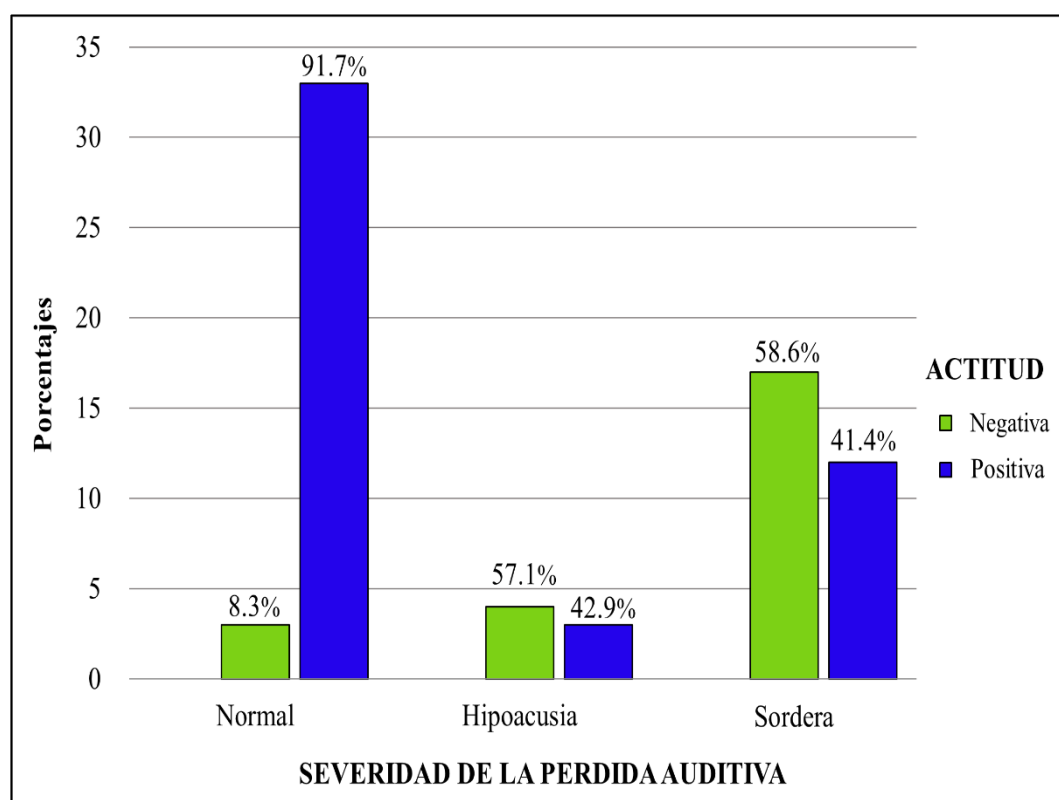
ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL			
	Negativa	Positiva	Total
Normal	3	33	36
	8,3%	91,7%	100,0%
Hipoacusia	4	3	7
	57,1%	42,9%	100,0%
Sordera	17	12	29
	58,6%	41,4%	100,0%
Total	24	48	72
	33,3%	66,7%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°6, se observa que, en el grupo con audición normal, el 91,7% posee una actitud positiva hacia la salud bucal, mientras que solo el 8,3% presenta una actitud negativa. Luego, en el grupo con hipoacusia el 57,1% muestran actitudes negativas y el 42,9% actitudes positivas. Finalmente, en el grupo con sordera el 58,6% presenta una actitud negativa y el 41,4% una actitud positiva.

Gráfico 6. Distribución del nivel de actitudes sobre la salud bucal según la severidad de la pérdida auditiva



Fuente: Tabla N°6

Tabla 7. Distribución del nivel de higiene oral según el grupo de casos y controles

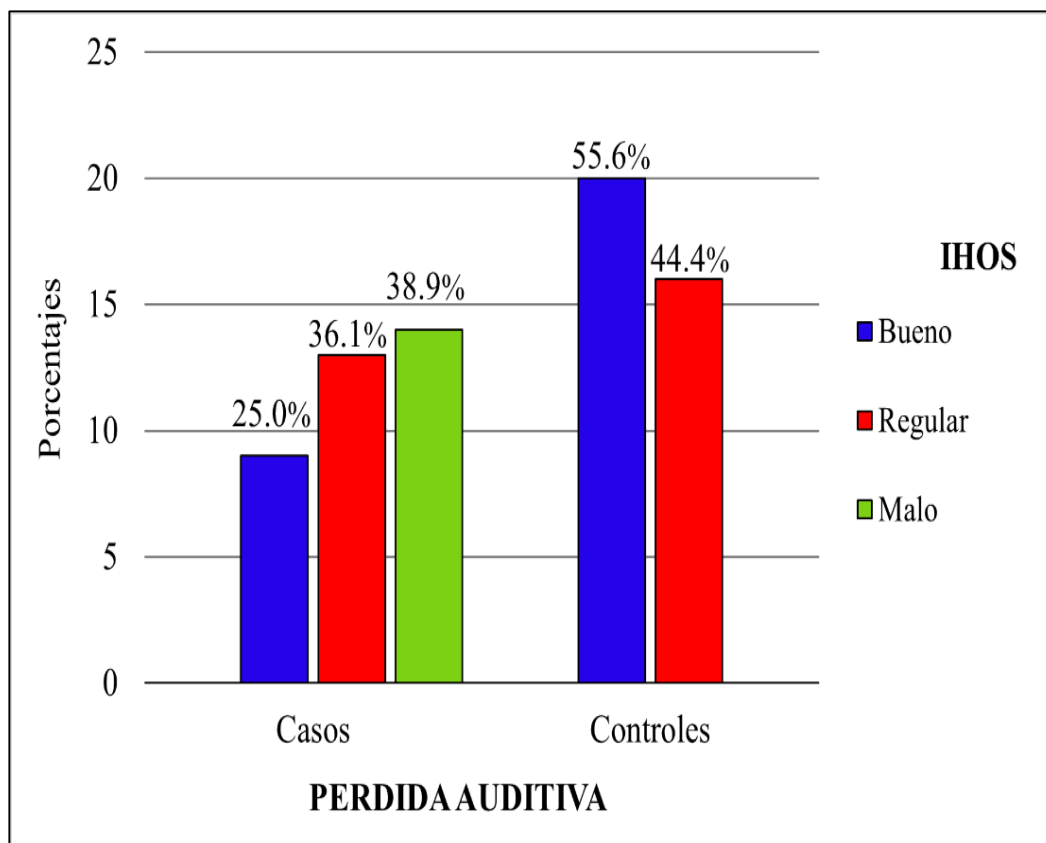
HIGIENE ORAL (IHOS)				
	Bueno	Regular	Malo	Total
Casos	9	13	14	36
	25,0%	36,1%	38,9%	100,0%
Controles	20	16	0	36
	55,6%	44,4%	0,0%	100,0%
Total	29	29	14	72
	40,3%	40,3%	19,4%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°7, dentro del grupo de casos, solo el 25,0% de los adultos presentó buena higiene oral, el 36,1% tuvo una higiene regular y el 38,9% mostró una mala higiene oral. Por otro lado, en el grupo de control, el 55,6% presentó una buena higiene oral, el 44,4% tuvo una higiene regular y ninguno presentó una higiene deficiente.

Gráfico 7. Distribución del nivel de higiene oral según el grupo de casos y controles



Fuente: Tabla N°7

Tabla 8. Asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral

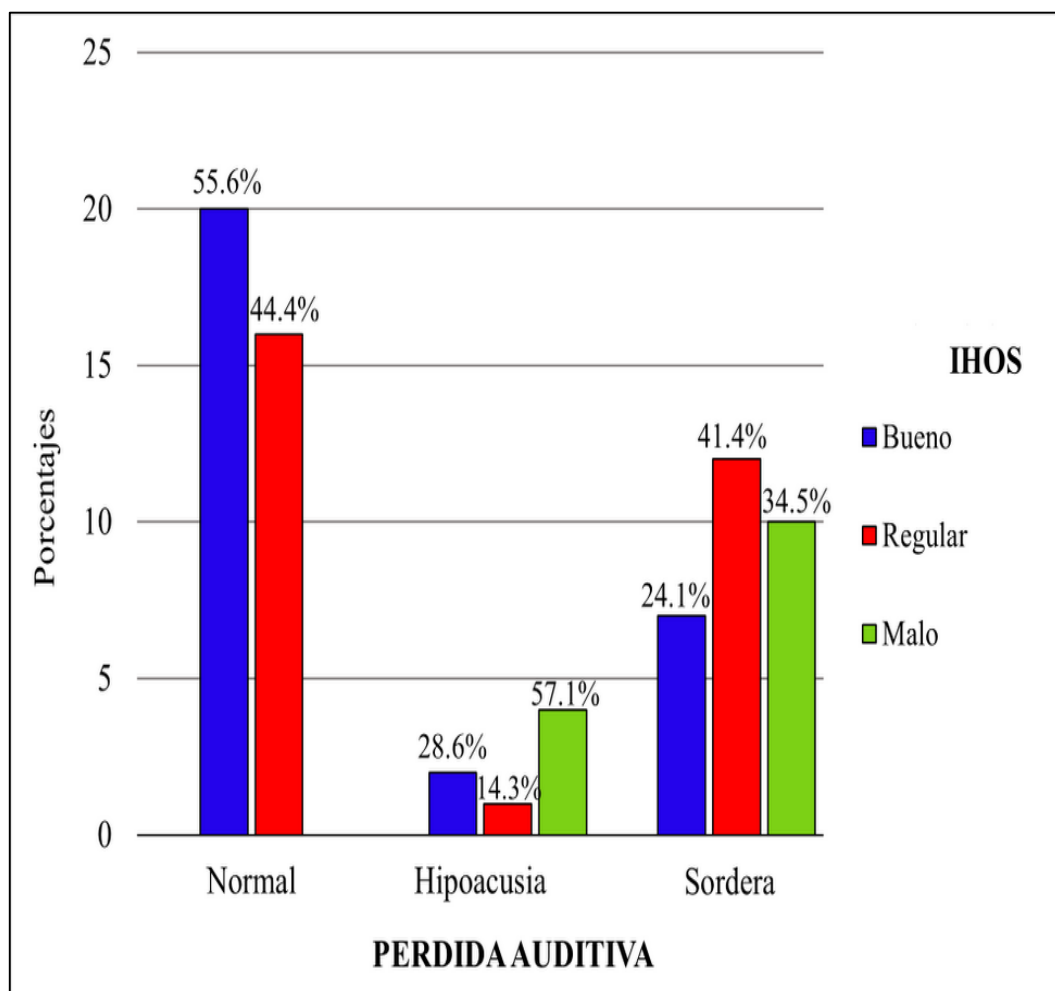
HIGIENE ORAL (IHOS)					
		Bueno	Regular	Malo	Total
PÉRDIDA AUDITIVA	Normal	20	16	0	36
		55,6%	44,4%	0,0%	100,0%
	Hipoacusia	2	1	4	7
		28,6%	14,3%	57,1%	100,0%
	Sordera	7	12	10	29
		24,1%	41,4%	34,5%	100,0%
Total		29	29	14	72
		40,3%	40,3%	19,4%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°8, dentro del grupo con audición normal, el 55,6% posee una buena higiene oral, el 44,4% presenta una higiene regular y ningún adulto tuvo una mala higiene oral. Luego, en el grupo con hipoacusia el 28,6% muestra una buena higiene oral, el 14,3% presenta una higiene regular y el 57,1% muestra una mala higiene oral. Finalmente, en el grupo con sordera el 24,1% presenta una buena higiene oral, el 41,4% una higiene regular y el 34,5% una mala higiene oral.

Gráfico 8. Asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral



Fuente: Tabla N°8

Tabla 9. Asociación expresada en términos de posibilidad de ocurrencia de higiene oral según la pérdida auditiva

PÉRDIDA AUDITIVA				
		Oyentes	Sordos	Total
HIGIENE ORAL (IHOS)	Bueno	20	9	29
		55,6%	25,0%	40,3%
	Malo	16	27	43
		44,4%	75,0%	59,7%
Total		36	36	72
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Estimación de riesgo			
Intervalo de confianza de 95 %			
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para (IHOS)*	3,750	1,379	10,200

Interpretación:

En la tabla N°9, el resultado del Odds Ratio fue 3,75, lo que sugiere que las personas con discapacidad auditiva tienen 3,75 veces más probabilidad de presentar una mala higiene oral que los adultos oyentes. Asimismo, se observa una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, ya que el intervalo de confianza del 95% (1,379 – 10,200) no incluye el valor 1. Este resultado se interpreta como un riesgo fuerte.

Tabla 10. Asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de casos

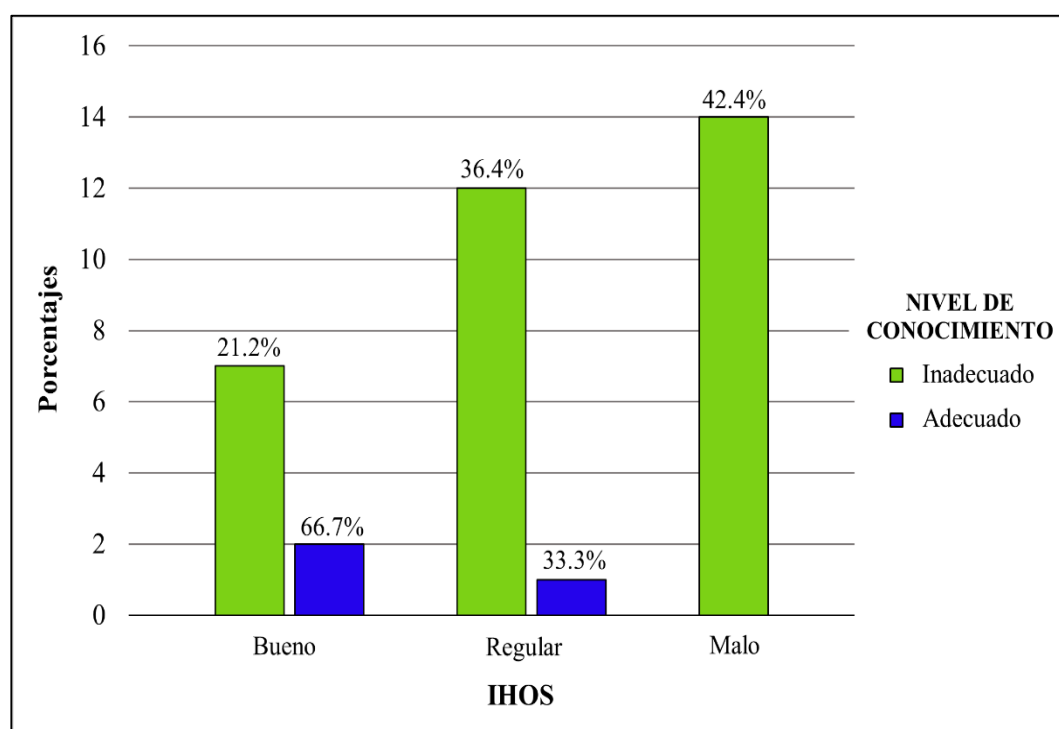
CASOS		CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL		
		Inadecuado	Adecuado	Total
HIGIENE ORAL (IHOS)	Bueno	7	2	9
		21,2%	66,7%	25,0%
	Regular	12	1	13
		36,4%	33,3%	36,1%
	Malo	14	0	14
		42,4%	0,0%	38,9%
Total	33	3	36	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°10, del grupo con conocimientos adecuados sobre salud bucal, el 66,7% presenta una higiene oral buena, el 33,3% una higiene regular y ningún adulto una higiene mala. En contraste, en el grupo que posee conocimientos inadecuados, el 42,4% presenta una mala higiene, el 36,4% una higiene regular y el 21,2% una buena.

Gráfico 9. Asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de casos



Fuente: Tabla N°10

Tabla 11. Asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de control

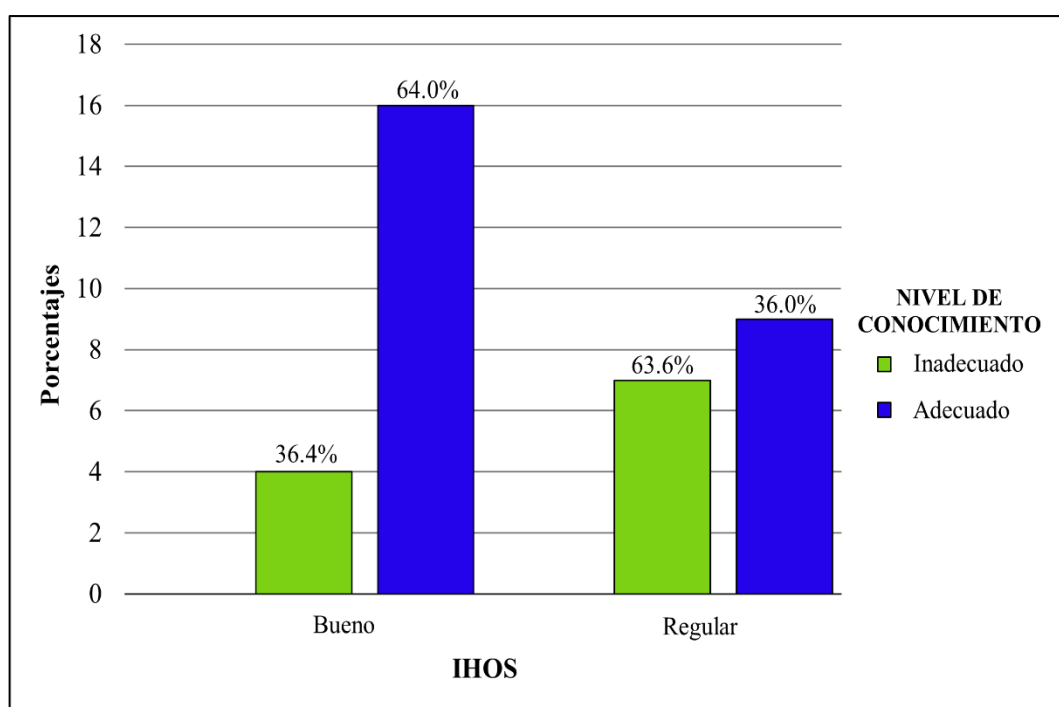
CONTROLES		CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL		
		Inadecuado	Adecuado	Total
HIGIENE ORAL (IHOS)	Bueno	4	16	20
		36,4%	64,0%	55,6%
	Regular	7	9	16
		63,6%	36,0%	44,4%
	Total	11	25	36
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°11, del grupo con conocimientos adecuados, el 64,0% presenta una buena higiene oral y el 36,0% una higiene regular. En contraste, en el grupo que posee conocimientos inadecuados, el 36,4% presenta buena higiene oral y el 63,6% una higiene regular. En este caso, ningún adulto del grupo de control presentó mala higiene.

Gráfico 10. Asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de control



Fuente: Tabla N°11

Tabla 12. Asociación entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de casos

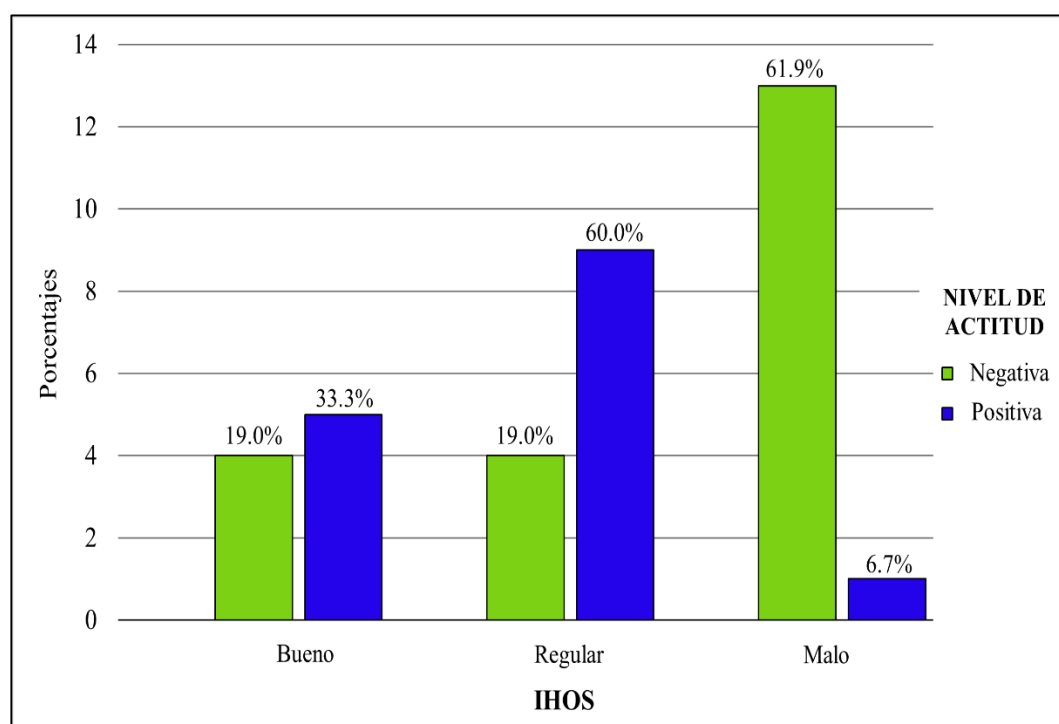
CASOS		ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL		
		Negativa	Positiva	Total
HIGIENE ORAL (IHOS)	Bueno	4	5	9
		19,0%	33,3%	25,0%
	Regular	4	9	13
		19,0%	60,0%	36,1%
	Malo	13	1	14
		61,9%	6,7%	38,9%
Total	21	15	36	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°12, del grupo con actitudes positivas sobre salud bucal, el 33,3% presenta una buena higiene oral, el 60,0% una higiene regular y solo el 6,7% una mala higiene. Por otro lado, en el grupo con actitudes negativas, el 19,0% presenta una buena higiene, el 19,0% una higiene regular y el 61,9% una mala higiene.

Gráfico 11. Asociación entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de casos



Fuente: Tabla N°12

Tabla 13. Asociación entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de control

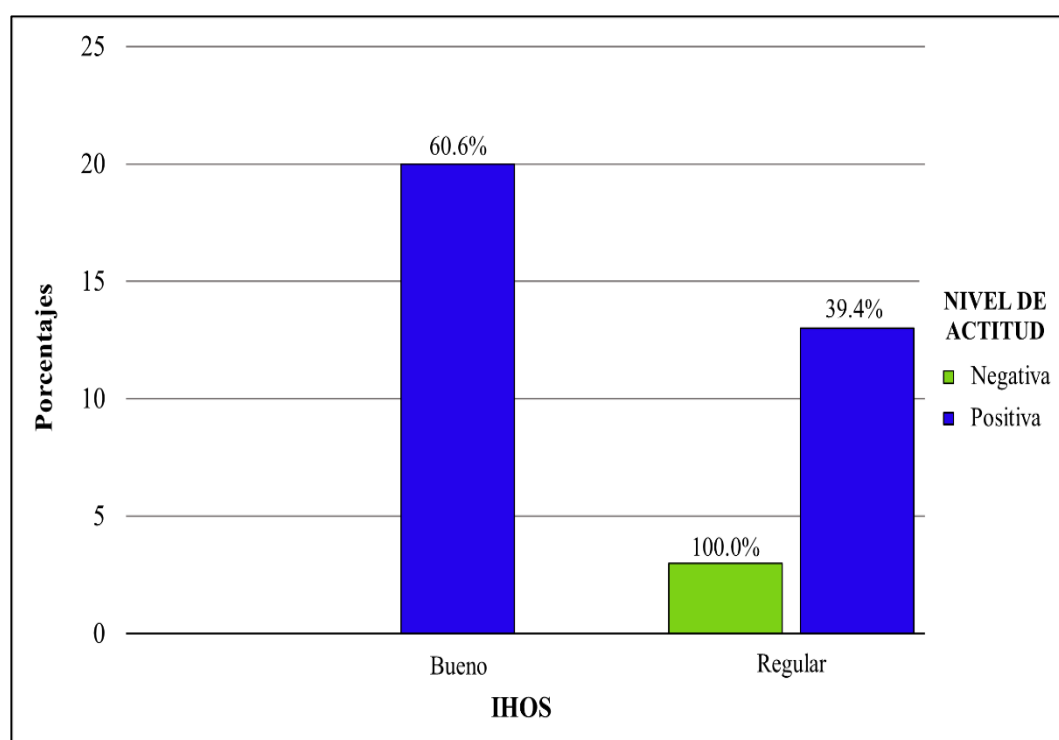
CONTROLES		ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL		
		Negativa	Positiva	Total
HIGIENE ORAL (IHOS)	Bueno	0	20	20
		0,0%	60,6%	55,6%
	Regular	3	13	16
		100,0%	39,4%	44,4%
	Total	3	33	36
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°13, se observa que, en el grupo con actitudes positivas sobre la salud bucal, el 60,6% presenta una buena higiene oral y el 39,4% una higiene regular. Por otro lado, en el grupo con actitudes negativas, el 100,0% presentó únicamente una higiene oral regular; ningún participante presentó una higiene buena ni mala.

Gráfico 12. Asociación entre nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral en el grupo de control



Fuente: Tabla N°13

Tabla 14. Asociación expresada en términos de posibilidad de ocurrencia de higiene oral según las actitudes sobre salud bucal

NIVEL DE ACTITUDES				
		Positiva	Negativa	Total
HIGIENE ORAL (IHOS)	Bueno	25	4	29
		52,1%	16,7%	40,3%
	Malo	23	20	43
		47,9%	83,3%	59,7%
Total		48	24	72
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador

Estimación de riesgo			
Intervalo de confianza de 95 %			
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para (IHOS)*	5,43	1,615	18,18

Interpretación:

En la tabla N°14, el resultado del Odds Ratio fue de 5,43, lo que indica que los adultos con actitudes negativas hacia la salud bucal tienen 5,43 veces más probabilidad de presentar una mala higiene oral que aquellos que presentan actitudes positivas. Además, se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, puesto que el intervalo de confianza del 95% (1,615 – 18,18) no incluye el valor 1. Este resultado se interpreta como un riesgo muy fuerte.

4.2. Estadísticos inferenciales

Contrastación de hipótesis

4.2.1. Formulación de hipótesis

H₀: No existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

H₁: Existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

4.2.2. Establecer el nivel de significancia

Nivel de significancia (α) = 5% (0,05)

4.2.3. Criterio de decisión

Si el valor $p < 0,05$ se rechaza la hipótesis nula (H₀)

Si el valor $p > 0,05$ se acepta la hipótesis nula (H₀) y se rechaza la hipótesis alternativa (H₁)

4.2.4. Estadísticos de prueba

Tabla 15. Contrastación de hipótesis de la asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral

	Valor	Significación exacta (bilateral)
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	22,854	0,000
N de casos válidos		72

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°15, se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre la pérdida auditiva y la higiene oral, evidenciada por un valor de $p = 0,000$ obtenida en la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton, el cual es menor al umbral de 0,05. Esto nos permite concluir que la pérdida auditiva influye de manera significativa en la higiene oral, tanto en el grupo de casos como en el grupo de control.

Decisión:

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

H₁: Existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

Tabla 16. Contrastación de hipótesis de la asociación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral

		Valor	Significación exacta (bilateral)
Casos	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	3,100	0,168
Controles	Prueba exacta de Fisher	-	0,159
N de casos válidos			72

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°16, se observa que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral. En el grupo de casos, la prueba exacta de Fisher Freeman Halton arrojó un valor de $p = 0,168$ y en el grupo de control, la prueba exacta de Fisher reportó un valor de $p = 0,159$. Siendo ambos valores mayores al umbral de significancia, por lo que se concluye que los conocimientos sobre salud bucal no influyen significativamente en la higiene oral en ninguno de los dos grupos evaluados.

Decisión:

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

H₀: No existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

Tabla 17. Contrastación de hipótesis de la asociación entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral

		Valor	Significación exacta (bilateral)
Casos	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	12,121	0,002
Controles	Prueba exacta de Fisher	-	0,078
N de casos válidos		72	

Fuente: Base de datos del investigador

Interpretación:

En la tabla N°17, para el grupo de casos, la prueba exacta de Fisher Freeman Halton reportó un valor de $p = 0,002$, evidenciando una relación estadísticamente significativa entre el nivel de actitudes sobre salud bucal y la higiene oral. Por otro lado, en el grupo de control, la prueba exacta de Fisher reportó un valor de $p = 0,078$, lo que sugiere que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se concluye que las actitudes sobre salud bucal influyen significativamente en la higiene oral del grupo de casos, pero no en el grupo de control.

Decisión para el Grupo de Casos:

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

H₁: Existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

Decisión para el Grupo de Control:

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

H₀: No existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.

4.3. Discusión

Este estudio tuvo como propósito analizar la asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal. Para ello, se empleó un diseño metodológico de casos y controles a fin de evidenciar los resultados obtenidos de ambos grupos evaluados.

En la investigación se consideraron a la edad y el sexo como variables de pareamiento, empleadas en investigaciones con esta misma metodología. Del mismo modo, se consideró el contexto geográfico y social propio de Tacna, así como el uso de un determinado lenguaje de comunicación diferenciado en cada grupo. Sin embargo, es posible la existencia de ciertos sesgos que podrían influir en los resultados obtenidos, tales como el tamaño de la muestra que limita la generalización de los hallazgos, así como la falta de control de variables intervinientes.

Con base en los resultados registrados en la prueba exacta de Fisher ($p = 0,000$), se concluye que la pérdida auditiva tiene un impacto significativo en la higiene oral en ambos grupos estudiados. Asimismo, se evidenció que, a mayor severidad de pérdida auditiva, mayor es el deterioro en la higiene oral.

Este hallazgo coincide con el artículo de Guallasamín T. (11) (Ecuador - 2021), el cual incluyó dentro de su población a personas con discapacidad auditiva. En dicho estudio se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el grado de discapacidad y el índice de

higiene oral ($p= 0,03$), concluyendo igualmente que, a mayor grado de discapacidad, más deficiente es el estado de salud bucal.

Este hallazgo se vincula directamente con las barreras de comunicación propias de esta condición, en el caso de las personas con hipoacusia, que aún conservan cierto nivel de comprensión oral, se observa una mayor facilidad para acceder a información sobre salud bucal, especialmente cuando se cuenta con material visual y explicaciones contextuales. No obstante, la comprensión se ve considerablemente más limitada en las personas sordas, donde se requiere el uso de la lengua de señas además de materiales educativos adaptados.

Por otro lado, en cuanto a los conocimientos sobre salud bucal, se determinó que estos no se asocian con la higiene oral. Esto se refleja en los resultados de la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton, que arrojó un valor de ($p = 0,168$) para el grupo de casos, mientras que la prueba exacta de Fisher reportó un valor de ($p = 0,159$) para el grupo de control.

Es decir, a pesar de que las personas tengan un nivel adecuado de conocimientos, esto no necesariamente se traduce en una buena higiene oral. Estos hallazgos difieren de los reportados por Mercado R. (12) (Arequipa - 2023), el cual encontró una relación estadísticamente significativa ($p= 0,000001$) entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal y el índice de higiene oral de la Asociación de Sordos de Arequipa. Esta discrepancia podría atribuirse al uso de un instrumento más extenso, compuesto por un cuestionario de 20 preguntas, así como a una muestra mayor conformada por 80 participantes con discapacidad auditiva.

Cabe resaltar que, si bien los conocimientos son importantes, deben considerarse otros factores relevantes que pueden influir en la higiene oral, como el acceso a servicios de salud bucal, las barreras de comunicación y principalmente las actitudes hacia la salud bucal, puesto que una actitud negativa implica que los conocimientos que poseen no sean aplicados adecuadamente en su vida diaria, lo que repercute en su estado de salud oral.

Respecto a la relación entre las actitudes sobre salud bucal y la higiene oral, se observó una asociación estadísticamente significativa con la higiene oral en el grupo de casos, según los resultados de la prueba de Fisher-Freeman-Halton ($p = 0,002$).

En contraste, en el grupo de control no se evidenció una relación estadísticamente significativa, obteniéndose un resultado de ($p = 0,078$) en la prueba exacta de Fisher. Sin embargo, este resultado puede considerarse un valor marginal, lo que sugiere una posible tendencia hacia la significancia estadística o una relación débil entre las variables.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de las actitudes en la práctica de la higiene oral, ya que una comprensión limitada o incorrecta de los conocimientos adquiridos puede dificultar su adecuada aplicación. En ese sentido, las actitudes constituyen un componente esencial en la adopción de conductas preventivas.

Si bien la asociación fue significativa únicamente en el grupo de casos, esto podría explicarse porque las actitudes adquieren un mayor peso al estar condicionadas por las barreras de comunicación y las limitaciones en el acceso a la información en salud. En contraste, en el grupo control, dicho

impacto podría verse atenuado por la mayor disponibilidad de información, el acceso más frecuente a servicios odontológicos y la influencia de otros factores socioculturales.

Finalmente, se empleó el estadístico Odds Ratio para estimar la magnitud de las asociaciones que mostraron significancia. Para la asociación de la pérdida auditiva y la higiene oral, se evaluó a los 72 participantes como un solo grupo de estudio. En este análisis, se determinó que las personas con discapacidad auditiva tienen 3,75 veces más probabilidad de presentar una mala higiene oral que los adultos oyentes.

Asimismo, se realizó el mismo análisis para la asociación entre las actitudes sobre salud bucal y la higiene oral, concluyéndose que los adultos con actitudes negativas sobre la salud bucal tienen 5,43 veces más probabilidad de presentar una mala higiene oral que aquellos que presentan actitudes positivas.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La pérdida auditiva se asocia con la higiene oral en ambos grupos estudiados. Asimismo, a mayor severidad de la pérdida auditiva, más deficiente es el estado de la higiene oral, evidenciando que la discapacidad auditiva interviene negativamente en el mantenimiento adecuado de la salud bucal.

SEGUNDA:

Los conocimientos sobre salud bucal no se asocian con la higiene oral en ambos grupos estudiados, evidenciando que poseer información no garantiza su correcta comprensión, lo que resalta la importancia de una transmisión clara de los conocimientos sobre salud bucal.

TERCERA:

Las actitudes sobre salud bucal se asocian con la higiene oral del grupo de casos (adultos con discapacidad auditiva), destacando la importancia de la comprensión necesaria para su adecuada aplicación. En el grupo control (adultos oyentes) no se observa esta relación, lo que sugiere la influencia de factores externos como el acceso a la atención odontológica.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Al Ministerio de Salud, se recomienda fortalecer las estrategias de salud bucal dirigidas a personas con discapacidad auditiva, mediante campañas educativas adaptadas a sus necesidades y una vinculación más activa con las asociaciones de personas sordas que existen en el país.

SEGUNDA:

A los cirujanos dentistas y demás profesionales de la salud, se sugiere considerar la importancia de una comunicación accesible en la atención de personas con discapacidad auditiva. En este sentido, se incentiva el aprendizaje de la Lengua de Señas Peruana como una herramienta que favorece a una atención más inclusiva, empática y equitativa con el fin de mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud.

TERCERA:

A los bachilleres de Odontología y de otras carreras del área de salud, se recomienda continuar realizando investigaciones en poblaciones con discapacidad auditiva, con el objetivo de ampliar la evidencia disponible sobre su salud bucal y fortalecer la formación de profesionales más sensibilizados e informados sobre sus necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. ; 2011.
2. Observatorio Nacional de la Discapacidad. Discapacidad en cifras. [Online].; 2023 [cited 2024 junio 3. Available from: <https://observatorio.conadisperu.gob.pe/>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la audición. Washington, D.C.; 2021.
4. Giraldo MC, Martínez CM, Cardona N, Gutiérrez JL, Giraldo KA, Jiménez PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. CES Odontología. [Internet]. 2018 mayo 17; 30(2): p. 23-36.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática - PCM. Primera encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012. Lima;; 2014. Report No.: 001-PER- INEI- ENEDIS-2012.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad, 2017. Lima;; 2019.
7. Muñoz ME, Mendoza MJ, Cahuana JE, Mattos MA. Personas sordas y lengua de señas: un enigma en odontología. Revista científica odontologica. 2022 diciembre 27; 10(4).
8. Martínez A, Ríos F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio [Internet] Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales. 2006 Marzo;(25).
9. Neill D, Suárez L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica. 1st ed. Ecuador: UTMACH; 2018.

10. Veliz W, Cáceres MM. Higiene bucodental base de prevención odontológica. Revista Científica de Odontología UNITEPC [Internet]. 2022 diciembre 30; 1(2): p. 28-32.
11. Guallasamín RB, Villacís IM, Quezada M. Estado de salud bucal en personas con discapacidad, proyecto municipal “misión Social Rumiñahui”, Sangolquí-Ecuador. Odontología. 2021; 23(1).
12. Mercado Rosas AA. Conocimiento sobre higiene bucal y su relación con el índice de higiene bucal en personas con discapacidad auditiva, Asociación de sordos Arequipa 2022. [Tesis, Universidad Católica de Santa María]. Arequipa: Repositorio Institucional; 2023.
13. Cerón Martínez A. Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. CIENCIA ergo-sum. 2017 marzo; 24(1): p. 83-90.
14. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Periodontología Clínica de Carranza. Onceava edición ed. Caracas: Amolca; 2014.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030. Resumen ejecutivo [Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Ginebra; 2022.
16. Mendoza JM, Aranda S, Cepeda JA, Aragón OH. Antisépticos orales, ¿los estamos utilizando de manera correcta? Revista Digital Universitaria (RDU). 2020 marzo-abril; 21(2).
17. Contreras J, De la Cruz D, Castillo I, Arteaga M. Dentífricos fluorurados: composición. Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2015 agosto 18; 17(2): p. 114-119.
18. González AJ, Gutiérrez KS, Caballero AD, Quiñones ZM. Estado del arte de los enjuagues bucales: una revisión. Bionorte [Internet]. 2023 abril 11; 12(1): p. 305-315.

19. Aguilar M, Cañamas M, Ibáñez P, Gil F. Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. *Periodoncia y Osteointegración*. 2003 julio - septiembre; 13(3): p. 233-244.
20. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *Revista de la Asociación Dental Americana*. 1964 enero; 68(1): p. 7-13.
21. Greene JC, Vermillion JR. Índice de higiene bucal: un método para clasificar el estado de la higiene bucal. *Asociación Dental Americana*. 1960 agosto; 61(2): p. 172-179.
22. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad. [Online].; 2024 [cited 2024 agosto 18]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen [Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary]. Ginebra.; 2022. Report No.: 9789240064515.
24. Espínola Jiménez A. Accesibilidad auditiva. Pautas básicas para aplicar en los entornos.: La Ciudad Accesible; 2015.
25. Campos V, Cartes-Velásquez R. Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: Una revisión breve. *Revista Med. Chile* [Internet]. 2019 marzo 26; 147(5).
26. Organización Mundial de la Salud. Sordera y pérdida de la audición. [Online].; 2024 [cited 2024 agosto 24]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>.
27. Humes L. Sistema de clasificación de la pérdida auditiva de la Organización Mundial de la Salud: una evaluación de la comunicación sin ayuda en la pérdida auditiva relacionada con la edad. *Revista internacional de audiolología*. 2018 octubre 15; 58(1): p. 12-20.

28. Cannobbio VC, Cartes-Velásquez R, McKee M. Salud bucal y atención dental en la población sorda y con problemas de audición: una revisión exploratoria. *Oral Health Prev Dent*. 2020 julio 4; 18(3): p. 417-425.
29. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: McGraw-Hill; 2014.
30. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019 enero - febrero; 30(1): p. 36-49.
31. Vásquez FE, Vásquez LA. Conocimientos y actitudes relacionadas a medidas preventivas de salud bucal en pacientes con la infección del VIH/SIDA en el hospital Iquitos Cesar Garayar García durante los años 2014 – 2015. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016.

ANEXOS

ANEXO 1

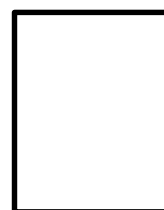
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con DNI N.º _____, se me ha informado y explicado de forma concisa y clara el trabajo de investigación titulado, “INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL DE ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA 2024.”, el cual es llevado a cabo por Laly Dayhana Puma Huilca, bachiller en Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, acepto participar en el estudio de manera voluntaria.

Por este medio manifiesto mi consentimiento y autorizo para que los datos que se obtengan sean utilizados en el estudio.

Firma: _____

Fecha: __/__/__



HUELLA DIGITAL

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN 1

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD

BUCAL

Datos Personales:

- **Sexo:** Femenino () Masculino ()
- **Edad:** 18 - 29 años () 30 - 59 años () + de 60 años ()
- **Capacidad auditiva:** Normal () Hipoacusia () Sordera ()

Instrucciones: Por favor se le pide leer cuidadosamente las preguntas y marcar con una **(X)** en la respuesta que considere correcta. Solo debe marcar **UNA** respuesta.

1. Además del cepillo dental ¿Qué otro elemento para higiene bucal se puede emplear?
 - a) Cepillo dental, hilo dental.
 - b) Cepillo dental, agua y jaboncillo.
 - c) Solo usaría el cepillo dental.
 - d) Solo me enjuagaría con agua.
2. ¿Cuántas veces al día como mínimo debe Ud. cepillarse los dientes?
 - a) Uno.
 - b) Dos.
 - c) Tres.
 - d) Cinco
3. ¿En qué momento del día Ud. debe cepillarse los dientes?
 - a) Después de ingerir los alimentos.
 - b) Antes de ingerir los alimentos.
 - c) Solo en las noches.
 - d) Solo en las mañanas.

4. ¿Qué tipo de alimentos cree Ud. que producen más caries?
- a) Los alimentos dulces.
 - b) Los alimentos salados.
 - c) Los alimentos agrios.
 - d) Los alimentos amargos.
5. ¿Cuántas veces al año debe Ud. visitar al dentista?
- a) Dos veces.
 - b) Cuatro veces.
 - c) Todos los meses.
 - d) Cada vez que me duele el diente.
6. ¿Cuánto tiempo le tomaría realizar su higiene bucal?
- a) 30 segundos
 - b) 2 minutos.
 - c) 15 minutos.
 - d) 30 minutos.
7. ¿Sabe Ud. qué es el flúor?
- a) Es un alimento muy importante para el organismo.
 - b) Es un mineral que fortalece los dientes.
 - c) Es un mineral que protege las encías.
 - d) Es una nueva pasta dental.
8. ¿Para qué se utilizan los enjuagues bucales?
- a) Solo evita la formación caries dental.
 - b) Para mejorar el mal aliento.
 - c) Como un complemento del cepillado.
 - d) Para limpiar los dientes.
9. ¿Sabe Ud. qué productos contienen flúor?
- a) Gaseosa.
 - b) Agua mineral.
 - c) Manzana.
 - d) Pasta dental.

- 10.** ¿Cuánto tiempo dura su cepillo dental?
- a) 3 meses
 - b) 6 meses
 - c) 1 año
 - d) No depende del tiempo de uso del cepillo.
- 11.** ¿Usted utilizaría el cepillo, la pasta y el hilo dental para una buena higiene bucal?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
- 12.** ¿Se cepillaría Usted los dientes solo una vez al día?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
- 13.** Si usted no tiene caries dental. ¿acudiría al dentista?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
- 14.** ¿Se cepillaría Ud. los dientes en 30 segundos?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

15. ¿Consumiría Ud. menos dulces para evitar tener Caries Dental?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
16. Si su cepillo dental tiene las cerdas dobladas, ¿Lo cambiaría Ud. por otro nuevo?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
17. ¿Acudiría Ud. al dentista solo cuando está presenta dolor dental?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
18. ¿Utilizaría Ud. una pasta dental que no contiene flúor?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
19. ¿Utilizaría Ud. solo el cepillo dental en su higiene bucal?
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

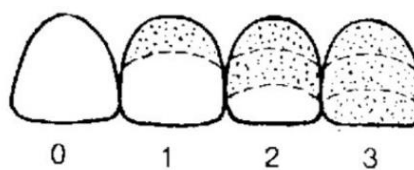
20. ¿Comería Ud. más frutas que dulces para evitar tener caries dental?

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN 2

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

		PIEZAS DENTALES					
		1.6	1.1	2.6	3.1	3.6	4.6
PLACA							
CALCULO							



$$IHO = \frac{\sum \text{de valores}}{\text{N}^\circ \text{ Piezas evaluadas}} =$$

Clasificación de los valores (IHO-S)		
Bueno ()	Regular ()	Malo ()
0,0 a 1,2	1,3 a 3,0	3,1 a 6,0

ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Año de la consolidación del Mar de Grau™
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CONSOLIDADO DE INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS



I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.1 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: **Test de conocimiento sobre salud bucal.**

1.2 Título de la Investigación: **Conocimientos y actitudes relacionadas a medidas preventivas de salud bucal en pacientes con la infección del VIH/SIDA en el hospital Iquitos Cesar Garayar García durante los años 2014 - 2015**

1.3 Autor (es) del Instrumento: Bachilleres de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana

Franco Vásquez Llerena

Laurie Vásquez Llerena

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORMANTES

Consolidado del cuestionario de conocimiento

Indicadores	Criterios	Experto				Promedio de % de puntuación por indicador
		Experto1	Experto2	Experto3	Experto4	
Congruencia de Ítems	Si existe relación entre las preguntas.	76%	60%	60%	55%	63%
Amplitud de contenido	Si el contenido de las preguntas esta comprensible.	55%	70%	70%	60%	64%
Redacción de los Ítems	Si esta expresada con claridad las preguntas.	60%	62%	68%	58%	62%
Claridad y precisión	Está formulado con lenguaje apropiado.	65%	74%	55%	75%	67%
Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.	64%	62%	70%	65%	65%
Promedio de % de puntuación asignada por expertos		64%	65.6%	64.6%	62.6%	64%

Consolidado del cuestionario de actitud

Indicadores	Criterios	Experto				Promedio de % de puntuación por indicador
		Experto1	Experto2	Experto3	Experto4	
Congruencia de Ítems	Si existe relación entre las preguntas.	70%	55%	60%	65%	63%
Amplitud de contenido	Si el contenido de las preguntas esta comprensible.	60%	78%	70%	70%	70%
Redacción de los Ítems	Si esta expresada con claridad las preguntas.	65%	60%	60%	60%	61%
Claridad y precisión	Está formulado con lenguaje apropiado.	70%	74%	74%	72%	73%
Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.	60%	55%	60%	60%	59%
Promedio de % de puntuación asignada por expertos		65%	64%	65%	65%	65%

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003) Tesis doctoral: estrategias didácticas y nivel de información sobre Didáctica General, en Instituciones de formación docente de la Región Lima.

Fuente: Informes de expertos sobre validez y aplicabilidad del instrumento.

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Si es aplicable para el propósito propuesto

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

El promedio de valoración que obtuvo el cuestionario de conocimiento fue de 64 %

El promedio de valoración que obtuvo el cuestionario de actitud fue de 65%

Lugar y fecha: Ciudad de Iquitos, 04 de abril del 2016

CONSOLIDADO VERIFICADO POR EL ASESOR DE TESIS. **C.D Álvaro Percy Olarte**

Velásquez Esp. Mg.

Docente de la Facultad de odontología Unap

Colegiatura: COP No. 06846 RNE: 0053

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ:

INTERVALOS DEL PORCENTAJE	TIPO DE VALIDEZ
0 - 25	Deficiente
26 - 50	Aceptable
51 - 75	Bueno
76 - 100	Excelente

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS DE SALUD BUCAL.

La Confiabilidad para e cuestionario sobre conocimiento en medidas preventivas de salud bucal, se llevó a cabo mediante el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente es el Alfa de Cronbach; los resultados obtenidos se muestran a continuación.

Estadísticos de confiabilidad para el cuestionario de conocimiento de medidas preventivas de salud bucal

Alfa de Cronbach para el cuestionario de conocimiento de salud bucal	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de ítems
0,926	0,931	10

La confiabilidad del cuestionario sobre conocimiento en salud bucal según el coeficiente Alfa de Cronbach fue mayor de 0,70 (**0,931 ó 93,1%**) que es considerado valido para su aplicación.

CONFIABILIDAD EL CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD EN MEDIDAS PREVENTIVAS DE SALUD BUCAL

Estadísticos de confiabilidad para el cuestionario medidas preventivas de salud bucal

Alfa de Cronbach para el cuestionario medidas preventivas de salud bucal	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de ítems
0,855	0,860	10

La confiabilidad de los registros del para el cuestionario medidas preventivas de salud bucal según el coeficiente Alfa de Cronbach fue mayor de 0,70 (**0,860 ó 86,0%**) que es considerado valido para su aplicación.

ANEXO 5: RESOLUCIÓN DE EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 13223-2024-FACS-UNJBG
Tacna, 16 de octubre de 2024

VISTO:

El Oficio N° 490-2024-ESOD/FACS, el Director de la Escuela Profesional de Odontología, solicita designación de Asesor para el Proyecto de tesis presentado por el(la) Bach. LALY DAYHANA PUMA HUILLCA;

CONSIDERANDO:

Que, se deberá tener presente que, en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNJBG, aprobado mediante la R.R. N° 12401-2023-UNJBG, (11.12.2023), en el *Capítulo VI del asesor de Tesis, Art. 14° - Previa carta de conformidad del asesor, el o los interesados solicitarán al Director de la Escuela profesional de aprobación del proyecto de tesis, el mismo que se otorgará mediante Resolución de Facultad, **teniendo un periodo máximo de un (01) año para la ejecución de la tesis;***

Que, el(la) BACH. LALY DAYHANA PUMA HUILLCA, de la Escuela Profesional de Odontología solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 490-2024-ESOD/FACS, el Director de la Escuela Profesional de Odontología, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis titulado: INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL DE ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA 2024, presentado por el(la) Bach. LALY DAYHANA PUMA HUILLCA, designando al MGR. CARLOS ENRIQUE VALDIVIA SILVA como su asesor;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesor se procede a dar continuidad de trámite;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, Art. 169 inc) b. del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesor al MGR. CARLOS ENRIQUE VALDIVIA SILVA, para el Proyecto de Tesis titulado: INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL DE ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA 2024, presentado por el(la) BACH. LALY DAYHANA PUMA HUILLCA, de la Escuela Profesional de Odontología.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por el(la) BACH. LALY DAYHANA PUMA HUILLCA, de la Escuela Profesional de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Rina Myriam Pilco Velásquez
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Mtro. Vanessa Varleth Valle Cohaila
SECRETARÍA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTR. ESOD., Interesado., arch.

VVVC/ttr.-

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria - Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN



Asociación de Sordos de Tacna
AVENIDA SAN MARTIN 491 (EX PALACIO MUNICIPAL, 2DO PISO)
TACNA - PERÚ

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

AUTORIZACIÓN

EL QUE SUSCRIBE, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA,
AUTORIZA A:

PUMA HUILLCA, LALY DAYHANA

BACHILLER DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
JORGE BASADRE GROHMANN, A FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS
TITULADO: “INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS CONOCIMIENTOS
Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL DE ADULTOS DE LA
ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA 2024”, APROBADO CON RESOLUCIÓN DE
FACULTAD N°13223-2024, POR LO QUE SÍRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES
NECESARIAS.

TACNA, 9 DE NOVIEMBRE DEL 2024

Roister Arduero Rojas Candamo
Presidente de la Asociación de Sordos de Tacna
DNI: 47208532

ANEXO 7: CONSTANCIA DE EJECUCIÓN POR PARTE DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA



Asociación de Sordos de Tacna
AVENIDA SAN MARTIN 491 (EX PALACIO MUNICIPAL, 2DO PISO)
TACNA - PERÚ

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

HACE CONSTAR:

Que, LALY DAYHANA PUMA HUILLCA, identificada con DNI N° 72545002, bachiller de la Escuela Profesional de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ejecutó su tesis titulada: “INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL DE ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA 2024”, dicha ejecución fue realizada en las instalaciones que utiliza la Asociación de Sordos de Tacna, durante el año 2024.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que considere convenientes.

TACNA, 28 DE DICIEMBRE DEL 2024.



Roister Artidoro Rojas Candamo
Presidente de la Asociación de Sordos de Tacna
DNI: 47208532

ANEXO 9: BASE DE DATOS DEL INVESTIGADOR

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
1	ID	SEXO	EDAD	CAPACIDAD AUDITIVA	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	IHOS
2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	5	4	5	4	4	5	4	2	4	3	1
3	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	2
4	3	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4	4	4	1	5	2
5	4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	3	4	4	5	3	3	3	4	1
6	5	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	5	4	5	4	5	5	2	4	4	3	1
7	6	1	2	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	4	4	4	3	5	4	4	4	1	4	2
8	7	1	2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	4	4	5	3	4	5	4	4	2	2	1
9	8	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	2	4	2	5	3	4	2	4	1
10	9	1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	4	4	5	4	4	4	5	1
11	10	1	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	4	4	4	3	5	4	4	3	2	4	1
12	11	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	4	3	3	2	4	5	3	3	2	4	1
13	12	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	4	4	4	2	5	5	2	4	3	5	2
14	13	1	2	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	5	4	4	2	3	4	1	5	3	4	1
15	14	1	2	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	5	5	1	5	5	5	2	4	4	5	1
16	15	1	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	4	5	5	1	5	5	5	1	2	4	2
17	16	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	5	5	5	4	4	5	4	1	1	5	1
18	17	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	5	2	4	4	4	5	4	4	2	4	1
19	18	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	5	5	5	4	4	5	4	4	1	5	2
20	19	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	5	5	1	4	5	5	5	5	1	5	2
21	20	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	2	2	1	1	2	5	1	5	2
22	21	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	4	4	3	4	4	5	4	3	4	4	1
23	22	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	5	5	5	4	5	5	4	3	3	5	1
24	23	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	5	5	5	4	5	5	2	2	2	5	1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
25	24	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	4	5	3	4	4	4	4	3	2	5	1
26	25	2	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	5	5	2	4	5	5	2	2	4	5	2
27	26	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	5	4	5	4	4	5	1	5	2
28	27	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	5	5	4	2	4	5	4	5	1	5	1
29	28	2	2	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	5	5	5	2	5	5	4	2	1	5	1
30	29	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	3	4	5	5	1	3	1	3	1
31	30	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	5	5	4	5	5	5	4	4	1	4	1
32	31	2	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5	4	4	1	5	5	2	3	4	5	3
33	32	2	2	2	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	1	5	1	5	5	3	5	1	1	3
34	33	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4	1	1	4	3	5	1	5	1	5	3
35	34	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	3	2	4	2	5	2	2	1	4	3
36	35	2	2	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	1	5	3	1	5	1	5	2	4	2
37	36	2	2	3	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	4	1	5	5	5	5	5	5	1	4	2
38	37	2	2	3	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	5	5	5	1	2	5	5	4	5	1	1
39	38	1	3	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	3	1	1	5	1	3	1	3	3
40	39	1	2	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	2	5	1	5	5	1	5	5	5	2
41	40	1	1	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	4	4	4	1	5	5	4	4	4	4	2
42	41	1	2	3	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	4	4	4	1	5	5	2	4	4	4	2
43	42	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	4	4	4	1	5	5	4	4	4	4	1
44	43	1	1	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5	4	4	1	5	5	2	3	4	5	1
45	44	2	3	3	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	3	5	2	1	3	5	1	5	1	3	2
46	45	2	2	3	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	4	5	5	3	3	5	1	1	1	2	3
47	46	1	2	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	4	4	4	4	5	5	1	5	1	5	2
48	47	1	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	1	3	5	5	1	3	1	5	1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
49	48	1	2	3	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4	3	5	1	3	3	1	4	1	5	3
50	49	1	2	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	2	4	5	5	4	4	4	1	4	1
51	50	2	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	5	1	1	4	1	2	5	1	1	3
52	51	1	2	3	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	4	4	4	3	5	4	1	4	1	5	2
53	52	1	2	3	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	5	2	1	2	5	3	2	2	2	3	2
54	53	1	1	3	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	5	3	4	2	4	3	1	3	1	4	2
55	54	2	1	3	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	5	3	3	2	4	5	1	1	1	4	1
56	55	1	2	3	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	5	1	3	1	5	3	1	5	1	5	3
57	56	2	2	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4	2	4	3	3	4	2	3	1	4	3
58	57	1	2	3	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	4	2	3	3	4	5	1	1	1	3	3
59	58	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	4	3	1	3	5	2	3	2	3	1
60	59	1	2	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4	4	2	2	2	5	1	1	1	5	3
61	60	2	1	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	4	5	4	2	5	5	2	4	1	5	2
62	61	1	2	3	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	4	2	3	2	5	5	2	4	5	4	2
63	62	1	1	3	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	4	4	2	2	4	5	2	1	1	5	3
64	63	1	2	3	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	2	4	1	2	3	5	1	3	1	4	3
65	64	2	1	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	5	1	4	1	5	5	2	3	4	5	2
66	65	2	2	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	5	3	4	2	5	4	2	3	2	5	1
67	66	2	2	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	4	1	2	1	4	4	1	4	3	5	2
68	67	2	2	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	4	4	4	5	5	5	5	3	2	5	1
69	68	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	4	5	2	1	4	3	1	4	2	3	2
70	69	2	2	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	4	5	2	3	5	4	1	5	1	4	2
71	70	2	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	5	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2
72	71	1	3	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	3	4	2	2	5	4	2	4	1	4	2
73	72	2	3	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	4	4	3	4	5	4	2	5	2	5	2

ANEXO 10: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Figura 1: Ambiente exterior del ex Palacio Municipal.



Figura 2: Sala de reunión de la Asociación de Sordos de Tacna (segundo piso).



Figura 3: Explicación y entrega del consentimiento informado.



Figura 4 y 5: Resolución del cuestionario con ayuda del intérprete.



Figura 6 y 7: Exploración clínica y llenado del IHOS.



Figura 8 y 9: Culminación de la ejecución del proyecto.

ANEXO 11: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “INFLUENCIA DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL DE ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DE TACNA 2024”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
1. PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024? 2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS: a) ¿Existe asociación entre la pérdida auditiva y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024? b) ¿Existe asociación entre los conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024? c) ¿Existe asociación entre las actitudes sobre salud bucal y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024?	1. OBJETIVO GENERAL: Analizar la asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: a) Determinar la asociación entre de la pérdida auditiva y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024. b) Identificar la asociación entre los conocimientos sobre salud bucal y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024. c) Determinar la asociación entre las actitudes sobre salud bucal y la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.	H0: No existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024. H1: Existe asociación entre la pérdida auditiva, los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal con la higiene oral de adultos de la Asociación de Sordos de Tacna y de adultos con audición normal, 2024.	INDEPENDIENTE Pérdida auditiva INDEPENDIENTE Conocimientos sobre salud bucal INDEPENDIENTE Actitudes sobre salud bucal DEPENDIENTE Higiene oral Sexo Edad	- Enfoque de la investigación Enfoque cuantitativo. - Diseño de investigación Observacional, retrospectivo, transversal, analítico, caso y control. - Ámbito del estudio Sala de integración de la Asociación de Sordos ubicado en el Ex palacio municipal de Tacna. - Población Conformada por 72 personas. (El grupo de casos está formado por 36 adultos con discapacidad auditiva y el grupo control por 36 adultos con audición normal.) - Muestra No probabilístico por conveniencia. - Técnicas de recolección de datos • Revisión documentaria • Encuesta • Observación directa no participante - Instrumentos • Cuestionario de Conocimientos y Actitudes de Salud Bucal. • Índice de Higiene Oral Simplificado (Greene y Vermillon).

