

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO

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



Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con
Mención en Administración Hospitalaria y de Servicios de Salud

Salud bucal y calidad de vida del personal policial
usuario del Centro Odontológico PNP, 2020

Autora: Bach. Carrillo Espichán, Cynthia Olga

Asesora: Mg. Vizcardo Salas, Soledad

LIMA – PERÚ

2021

PÁGINA DEL JURADO

PRESIDENTE: Mg. Vallejos Romo, Lucila

MIEMBRO: Mg. Agüero Fernández, Max

MIEMBRO: Mg. Rodríguez Vásquez, Miguel Alberto

ASESOR: Mg. Vizcardo Salas, Soledad

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional, a mis hijos Luca e Ivanna por ser mi motivación constante y en especial, a mi esposo, mi compañero de vida, por su permanente aliento y confianza en mí.

AGRADECIMIENTO

A mi institución, por brindarme un nuevo espacio de desarrollo de mis habilidades y capacidades.

A la Universidad Ricardo Palma, por darme las herramientas necesarias para desempeñarme en esta área tan valiosa e indispensable como es la Salud Pública.

A mi asesora, Mg. Soledad Vizcardo, por su permanente guía en este trayecto y por su soporte constante.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCION	1
CAPITULO I:	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción del Problema	4
1.2 Formulación del problema	9
1.2.1 Problema General	9
1.2.2 Problemas específicos	9
1.3 Importancia y Justificación del Estudio	10
1.3.1 Importancia del estudio	10
1.3.2 Justificación del estudio.....	11
1.4 Delimitación del problema	13
1.5 Objetivos del estudio	13
1.5.1 Objetivo General	13
1.5.2 Objetivo específico	13
CAPITULO II:	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1 Marco Histórico.....	15
2.2 Investigaciones Relacionadas con el Tema	19
2.2.1 Investigaciones nacionales	19
2.2.2 Investigaciones extranjeras	22
2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio.....	25
2.3.1 Salud bucal.....	25
2.3.2 Calidad de vida relacionada a la salud.....	31
2.4 Definición de términos básicos.	34
2.5 Fundamentos teóricos que sustenta las hipótesis	36
2.6 Hipótesis.....	36
2.6.1 Hipótesis General	36
2.6.2 Hipótesis Específicas.....	37
2.7 Variables.....	38

CAPITULO III	40
MARCO METODOLÓGICO	40
3.1 Tipo, método y diseño de la investigación.....	40
3.2 Población y muestra	41
3.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos (validez y confiabilidad) ..	43
3.3.1 Lista de verificación Índice de Caries, perdidos y obturados.....	43
3.3.2 Encuesta Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14).....	45
3.4 Descripción de procedimientos de análisis	48
CAPITULO IV:	52
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	52
4.1 Resultados	52
4.1.1 Resultados de la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida.....	52
4.1.2 Resultados de la relación entre el estado de la salud bucal y las dimensiones de la calidad de vida.....	66
4.2 Análisis de resultados o discusión de resultados	82
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	97
Anexo 01: Declaración de Autenticidad.....	97
Anexo 02: Autorización de consentimiento para realizar la investigación	98
Anexo 03: Matriz de Consistencia.....	100
Anexo 04: Matriz de operacionalización.....	101
Anexo 05: Consentimiento informado.....	103
Anexo 06: Ficha de registro- Índice CPOD.....	104
Anexo 07: Perfil de Impacto de Salud Oral OHIP-14SP.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Diez primeras causas de Morbilidad en consulta externa a nivel nacional en las IPRESS de la Policía Nacional del Perú	8
Tabla 02: Nivel de experiencia de caries según criterios de gravedad de la OMS.....	31
Tabla 03: Operacionalización de la variable Salud bucal.....	38
Tabla 04: Operacionalización de la variable Calidad de vida relacionada a la salud oral.....	39
Tabla 05: Distribución del personal policial según género.....	41
Tabla 06: Distribución del personal policial según edad	49
Tabla 07: Niveles de experiencia de caries según I-CPOD	44
Tabla 08: Coeficiente de Validez V de Aiken del OHIP-14SP.....	47
Tabla 09: Técnicas e instrumentos.....	47
Tabla 10: Matriz de análisis de datos.....	49
Tabla 11: Correspondencia de los niveles de experiencias de caries con el estado de salud bucal.....	50
Tabla 12: Niveles de calidad de vida obtenidos del OHIP-14SP.....	51
Tabla 13: Distribución de los componentes del estado de salud bucal del personal policial según género y edad.....	53
Tabla 14: Distribución porcentual del estado de salud bucal del personal policial según género.....	55
Tabla 15: Distribución porcentual del estado de salud bucal del personal policial según edad.....	57
Tabla 16: Distribución de la media de calidad de vida (OHIP-14SP) del personal policial, según género y edad.....	58
Tabla 17: Distribución porcentual de la percepción de afectación de cada dimensión de la calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial.....	59
Tabla 18: Distribución del impacto de cada dimensión en la calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial	60
Tabla 19: Distribución porcentual del nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial según género	62
Tabla 20: Distribución porcentual del nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial según edad.....	63

Tabla 21: Pruebas de normalidad para las variables de estudio.....	64
Tabla 22: Relación entre el estado de salud bucal (Índice CPOD y la calidad de vida (OHIP-14SP) del personal policial	65
Tabla 23: Relación entre los niveles del estado de salud bucal y los niveles de calidad de vida del personal policial	66
Tabla 24: Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “limitación funcional” de calidad de vida del personal policial	66
Tabla 25: Relación entre los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “limitación funcional” de calidad de vida del personal policial.....	67
Tabla 26: Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida del personal policial	68
Tabla 27: Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida del personal policial.....	69
Tabla 28: Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida del personal policial.....	70
Tabla 29: Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida del personal policial.....	70
Tabla 30: Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida respecto a la salud bucal del personal policial.....	72
Tabla 31: Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida del personal policial	73
Tabla 32: Relación entre las medias del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica” de calidad de vida del personal policial	74
Tabla 33: Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica” de calidad de vida del personal policial	75
Tabla 34: Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida respecto a su salud bucal del personal policial	76
Tabla 35: Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida del personal policial.....	77
Tabla 36: Relación entre la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida del personal policial y el género.....	78
Tabla 37: Relación entre las medias del estado de salud bucal y la dimensión “Minusvalía” de calidad de vida del personal policial	79

Tabla 38: Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “minusvalía” de calidad de vida del personal policial.....	79
Tabla 39: Relación entre la dimensión “minusvalía” de calidad de vida del personal policial y la edad	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01: Años de vida saludables perdidos (AVISA) según categoría de enfermedades en el Perú 2016	6
Figura 02: Conceptualizaciones de Calidad de Vida según Felce y Perry (1995).....	17
Figura 03: Cambio en los niveles de experiencia de caries dental (CPOD) entre niños de 12 años de edad en países desarrollados y en vías de desarrollo.....	27
Figura 04: Mapa global de niveles de caries dental en niños de 12 años a nivel mundial	28
Figura 05: Mapa global de niveles de caries dental en adultos de 35 a 44 años a nivel mundial	28
Figura 06: Esquema de relación entre Estado de Salud bucal y calidad de vida	36
Figura 07: Distribución del personal policial según género	42
Figura 08: Distribución del personal policial según edad.....	43
Figura 09: Distribución de la media de los componentes del estado de salud bucal de personal policial según la edad.....	54
Figura 10: Nivel de estado de salud bucal del personal policial.....	55
Figura 11: Distribución porcentual del estado de salud bucal del personal policial según género.....	55
Figura 12: Estado de salud bucal del personal policial.....	57
Figura 13: Distribución del impacto de cada dimensión en la calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial.....	60
Figura 14: Nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal percibida por el personal policial.....	61
Figura 15: Distribución porcentual del nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial según género.....	62
Figura 16: Distribución porcentual del nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial según edad.....	63
Figura 17: Diagrama de dispersión de la relación entre estado de salud bucal (I-CPOD) y calidad de vida (OHIP-14SP) del personal policial.....	65
Figura 18: Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión limitación funcional del personal policial.....	67

Figura 19: Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida del personal policial	69
Figura 20: Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida del personal policial	71
Figura 21: Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida del personal policial	73
Figura 22: Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica”	75
Figura 23: Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida del personal policial.....	77
Figura 24: Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “minusvalía” de calidad de vida del personal policial.....	80
Figura 25: Relación entre la dimensión “minusvalía” de calidad de vida del personal policial y la edad.....	81

RESUMEN

La presente investigación de enfoque cuantitativo tuvo como objetivo establecer la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida en 168 efectivos policiales usuarios de un Centro Odontológico PNP en la ciudad de Lima en el mes de febrero del año 2020. Esta investigación fue de tipo aplicada, método correlacional, y diseño transversal. Los instrumentos utilizados fueron: el Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (I-CPOD) y el Perfil de impacto de salud oral (OHIP-14SP). Entre los principales resultados se encontró que: no existe relación significativa entre el estado de salud bucal, medido a través del nivel de experiencia de caries, y la calidad de vida relacionada a la salud bucal, hallándose sólo una relación directamente proporcional entre el estado de salud bucal y la dimensión minusvalía, así como según edad, y una relación entre la dimensión incapacidad social según género, concluyendo que a pesar que la mayoría del personal policial presenta un mal estado de salud bucal, evidenciado por un alto nivel de experiencia de caries, ellos no perciben una afectación en su calidad de vida, sin embargo el estado de salud bucal afecta la percepción de imposibilidad de llevar a cabo una vida con plena normalidad, la cual aumenta con la edad, asimismo, el personal femenino percibe mayor afectación que el personal masculino en su completo desarrollo social.

Palabras Clave: Salud bucal, calidad de vida, personal policial, I-CPOD, OHIP-14SP

ABSTRACT

The present research with a quantitative approach aimed to establish the relationship between oral health status and quality of life in 168 police officers attending a PNP Dental Center in the city of Lima in February 2020. This research was of applicative type, correlational method, and cross-sectional design. The instruments used were the Decayed, missing and filled teeth Index (DMFT) and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14SP). Among the main results, it was found that: there is no significant relationship between oral health status, measured by caries experience level, and quality of life related to oral health, finding only a directly proportional relationship between oral health status and the disability dimension, as well as according to age, and a relationship between the social disability dimension according to gender, concluding that despite the fact that the majority of police personnel present a poor state of oral health, showed by a high level of caries experience, they do not perceive an impairment in their quality of life, however the state of oral health affects the perception of impossibility of carrying out a life with full normality, which increases with age, likewise, female staff perceive greater affectation than male staff in their complete social development.

Key Words: Oral health, quality of life, police personnel, DMFT Index, OHIP-14SP

INTRODUCCION

La salud bucal es un componente esencial de la salud del ser humano, que involucra la ausencia de dolores o enfermedades en cavidad bucal, así como de alteraciones que limitan la capacidad masticatoria, la fonación o las habilidades psicosociales, en consecuencia, su alteración afecta directamente la salud integral de las personas, ocasionando daños físicos, sociales y psicológicos, lo que genera un impacto en la calidad de vida de las personas. (FDI, 2015)

El concepto de calidad de vida, definida por la OMS (1996) como: “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” ha tomado mayor relevancia en los últimos años dada su relación con la definición de salud como el “estado de completo bienestar biopsicosocial”. La percepción de bienestar de los individuos, en cuanto a sus condiciones de vida y disfrute, permiten una mejor comprensión de las necesidades de la población, sirviendo de base para la planificación de políticas públicas.

En consecuencia, la afectación de la calidad de vida significaría un problema de salud pública, siendo considerada un factor importante para la toma de decisiones en la selección de tratamientos, en la distribución de recursos o en la orientación de políticas de salud hacia poblaciones determinadas, permitiendo un enfoque integral en la elaboración de estrategias de intervención para la mejora de la salud. (Rajagopalachari, 2015)

Por tal motivo, diversos autores han evaluado la relación entre salud oral y calidad de vida en diferentes grupos etarios y en diferentes poblaciones, demostrando el impacto de la salud oral en la calidad de vida de gestantes, adultos mayores y niños. En relación con la población policial, cuyas características son especiales, se han realizado pocos estudios relacionados en diversas partes del mundo, sin embargo, no se tienen antecedentes en nuestro país. La población de efectivos policiales se encuentra expuesta

a riesgos físicos y psicológicos dada su función de salvaguarda de la seguridad pública, por lo que es vital brindarles las condiciones necesarias para que se desempeñen de manera óptima, en entornos laborales saludables, garantizándoles salud física y mental. Una percepción de bienestar positiva permitirá un mejor desempeño en sus funciones y un menor impacto económico para la institución policial. Por ello conocer la relación entre salud bucal y la calidad de vida del personal policial permitirá mejorar sus condiciones de salud mediante la implementación de estrategias específicas a este grupo poblacional. (Sohi, 2014)

Respecto al presente estudio, por un lado, la evaluación de la salud bucal nos permite identificar el estado de salud bucal y el nivel de experiencia de caries de los efectivos policiales que asisten a un Centro Odontológico policial, y de otra parte la evaluación de la calidad de vida nos permite identificar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal de los efectivos policiales respecto al dolor, malestares físicos o psicológicos, así como a las incapacidades que puedan generar. Y, por último, la relación entre ambos nos muestra en qué medida estos efectivos policiales están siendo afectados en su calidad de vida por su estado de salud bucal, lo cual puede resultar en un importante problema que afecta su salud integral, y en consecuencia el desempeño de sus funciones.

Se realiza el estudio de enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, de método correlacional, y diseño transversal en una muestra de 168 efectivos policiales usuarios de un Centro Odontológico de la Red de Salud de la Policía Nacional del Perú en el mes de febrero del año 2020, con el objetivo de establecer la relación entre la salud bucal y la calidad de vida del personal policial usuario de dicho centro mediante el uso del Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (I-CPOD) y el Perfil de impacto de salud oral (OHIP-14SP).

Para tal fin, se expone en el primer capítulo el planteamiento del problema, dónde se identifican los problemas, su delimitación, así como la importancia y justificación del estudio, dando lugar a los objetivos planteados. Luego, en el segundo capítulo se brinda

el marco histórico de las variables involucradas, así como las investigaciones relacionadas tanto nacionales como extranjeras, asimismo, se describen las bases teóricas y científicas que sustentan el estudio, definiendo los términos básicos utilizados, planteándose después las hipótesis del estudio y la operacionalización de las variables. Posteriormente, en el tercer capítulo se detalla la metodología utilizada en el estudio, definiendo el tipo, método y diseño de la investigación, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos utilizados. Por último, en el cuarto capítulo se describen los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos planteados, con su correspondiente análisis. Finalmente, se exponen las conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

La salud oral es entendida como “un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial”. (Petersen, 2003). Las enfermedades bucodentales perjudican a los individuos causando malestar, dolor, afectan funciones fisiológicas indispensables para el ser humano, tales como alimentación, fonación, comunicación, así como sus habilidades psicosociales. Asimismo, influyen en el bienestar de la población, produciendo discapacidades que afectan las funciones físicas, mentales y sociales, además intervienen en el bienestar económico familiar perjudicando su trabajo y productividad, y por su larga duración generan gastos no previstos. (Misrachi y Espinoza, 2005)

Asimismo, la ausencia de salud bucodental, un componente esencial en el ser humano provocará una alteración en el estado de salud general, el cual repercutirá en un daño físico, social y psicológico, pudiendo afectar la efectividad de un individuo en su centro de estudios y el entorno laboral, y por lo tanto causar problemas sociales y personales, teniendo un impacto psicosocial que reduce significativamente su percepción de bienestar o calidad de vida.

Por otro lado, la calidad de vida relacionada a la salud es definida como: “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural” (WHO, 1993) Esta definición demuestra la influencia de la salud, la condición psicológica y afectiva, y la autonomía en la percepción de confort

que puede significar el conjunto de percepciones propias del sentir de una persona. (Montero, 2006)

Se conoce que los trastornos en la cavidad oral ocasionan desequilibrios en el estado de salud general, afectando la autoestima, expresión (habla), comunicación, alimentación, estética y el bienestar psicosocial. Por tanto, se puede señalar que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), se encuentra vinculado a la propia percepción de las personas sobre su salud oral, y debe ser considerado además de la evaluación clínica, puesto que toma en cuenta que la salud oral se ve perjudicada por su relación con la salud general, con el ámbito social y con los factores ambientales. (Díaz-Reissner, Casas-García y Roldán-Merino, 2017)

A nivel mundial, según lo publicado en el estudio de morbilidad del 2016 de la OMS, “las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial (3,580 millones de personas), y la caries dental en dientes permanentes es el trastorno más prevalente” (WHO, 2016). Por otro lado, se considera que las enfermedades bucodentales causan discapacidad, y esto lo podemos observar a través del indicador Años de vida saludable perdidos (AVISA), que mide las consecuencias de la enfermedad en los habitantes del mundo y que es producto de la adición de los años de vida perdidos debido a defunción temprana (AVP) y los años sostenidos con alguna discapacidad asociada (AVD). Los reportes basados en este indicador señalan que el 50% de los habitantes en el mundo sufrió discapacidad por condiciones orales, teniendo predominio la caries dental. (Kassebaum et al, 2017)

Por otro lado, en la región de las Américas, se reporta el más alto índice de dientes con caries, dientes perdidos y dientes obturados a nivel mundial, el cual es superior a 3,5. Asimismo, la mayor prevalencia e incidencia total de dientes perdidos fue observada en el trópico de Latinoamérica y la mayor prevalencia de caries en dientes permanente fue observada en los andes de Latinoamérica. (Kassebaum et al, 2017) Esta situación puede ocasionar que las enfermedades bucodentales se conviertan en un inconveniente para gozar de una vida saludable por lo que es importante valorar y proteger la salud oral antes de que se presente la enfermedad. Un claro ejemplo, es lo acontecido en Brasil, donde se ha determinado que el dolor dental provoca absentismo laboral y además se

relaciona al nivel de instrucción, nivel de ingreso, afectando en su mayoría a la población masculina, reflejando como las enfermedades orales perjudican la vida diaria de la población (Monteiro, Bazoni y Awad, 2012)

Por su parte en el Perú, las enfermedades orales se encuentran entre las 15 enfermedades con mayor valoración de años de vida saludable perdidos en los habitantes peruanos, generando resultados nocivos a la salud, el confort y la calidad de vida. (MINSA, 2018)

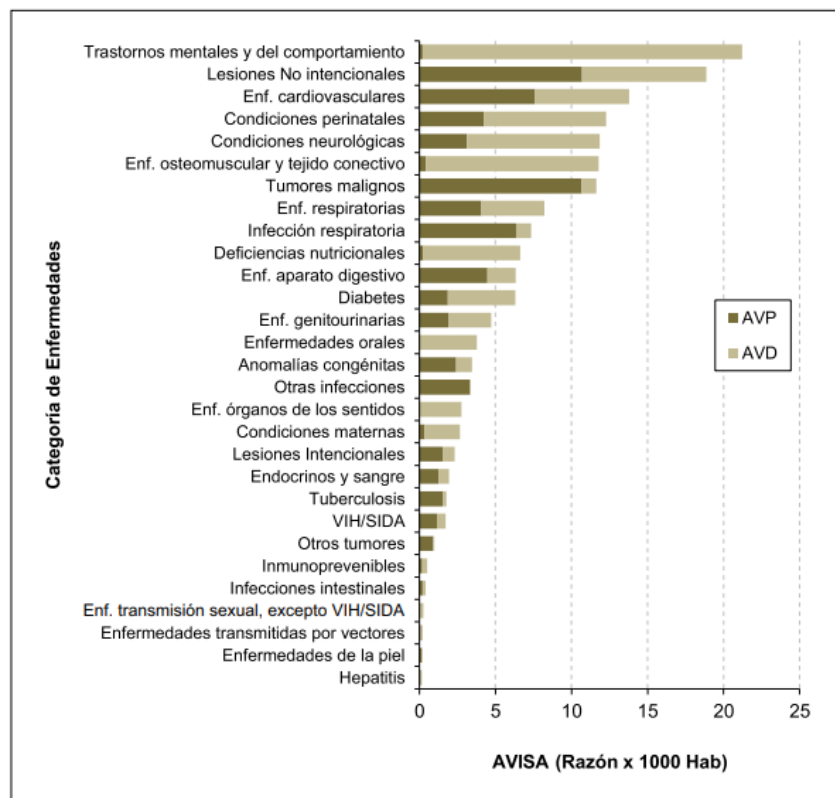


Figura 01. Años de vida saludables perdidos (AVISA) según categoría de enfermedades en el Perú 2016. (MINSA, 2018)

Por su parte, la Ley de la Policía Nacional del Perú (PNP), indica que:

Es una institución del Estado que tiene por misión garantizar, mantener y restablecer el orden interno, prestar protección y ayuda a las personas y a la comunidad, garantizar el cumplimiento de las leyes y la seguridad del

patrimonio público y privado, prevenir, investigar y combatir la delincuencia; vigilar y controlar las fronteras; con el propósito de defender a la sociedad y a las personas, a fin de permitir su pleno desarrollo, en el marco de una cultura de paz y de respeto a los derechos humanos. (DL 1267, 2016)

En el cumplimiento de estas funciones, los efectivos policiales, se encuentran expuestos a riesgos psíquicos y físicos que pueden afectar su salud integral. En tal sentido es importante que el personal policial cumpla su labor teniendo un estado de salud oral óptimo, que le permita desempeñarse de manera efectiva, sin condiciones de salud deterioradas que puedan provocar dolor, limitaciones en el habla o en la alimentación, e inclusive limitaciones estéticas, que puede afectar el desempeño en su cargo y/o función. (Da Silva et al, 2014)

Todo esto es motivo de preocupación, dado que las enfermedades bucodentales están consideradas dentro de las 10 primeras causas de morbilidad en consulta externa en los establecimientos de salud de la Sanidad Policial a nivel nacional (Tabla 01). Además, en una evaluación del perfil de salud bucodental de efectivos policiales del escuadrón de emergencia PNP, se detectó una alta prevalencia de caries, enfermedad periodontal y mal oclusiones entre el personal policial. (Juño, 2018) Asimismo, encontramos que las enfermedades bucodentales que provocan dolor dental están relacionadas al ausentismo laboral por visitas odontológicas de urgencia, teniendo implicancias económicas y funcionales para la institución, asimismo este ausentismo, ocasiona costos de tratamiento más elevados para la institución por ser atenciones de mayor complejidad. (Monteiro et al, 2012)

Tabla 01:

*Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa a nivel nacional en IPRESS
PNP 2019*

Código Cie10	Descripción CIE 10	Total (casos nuevos)	Porcentaje
J02.9	Faringitis aguda, no especificada	36431	5,89
K02.1	Caries de la dentina	32781	5,30
J00.X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	16484	2,66
M54.5	Lumbago no especificado	12703	2,05
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	11227	1,81
K05.1	Gingivitis crónica	10750	1,74
A09.X	Diarrea y gastroenteritis de origen presumiblemente infeccioso	9202	1,49
I10.X	Hipertensión esencial (primaria)	9162	1,48
E11.9	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	6625	1,07
M54.4	Lumbago con ciática	6606	1,07
	TOTAL	618870	100,00

Nota: Elaboración propia. Fuente: Área de Estadística - Dirección de Sanidad Policial

Por último, en la ciudad de Lima, la concentración de atenciones odontológicas de la población policial se da en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2PNP “MSG”, única institución prestadora de salud (IPRESS) de la PNP que brinda exclusivamente atenciones odontológicas al personal policial y familiares PNP. En promedio la Clínica brinda 250 atenciones odontológicas diarias por diversas patologías bucodentales entre las más solicitadas pulpitis, caries dental y enfermedades periodontales, contando con la mayor cantidad de atenciones odontológicas en toda la red de salud, lo que denota la gran necesidad de atenciones odontológicas por la población policial.

Sin embargo, actualmente, no existen estudios que evalúen el grado de afectación del estado de salud bucal en la autopercepción de bienestar integral del personal policial, denominada calidad de vida relacionada a la salud bucal, por tal motivo se consideró importante la formulación del siguiente problema:

1.2 Formulación del problema

Se plantean los siguientes problemas:

1.2.1 Problema General

¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, 2020?

1.2.2 Problemas específicos

¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión limitación funcional del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según edad y género, 2020?

¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión dolor físico del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según edad y género, 2020?

¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión molestia psicológica del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según edad y género, 2020?

¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad física del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según edad y género, 2020?

¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad psicológica del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según edad y género, 2020?

¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad social del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según edad y género, 2020?

¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión minusvalía del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según edad y género, 2020?

1.3 Importancia y Justificación del Estudio

1.3.1 Importancia del estudio

El estudio está dirigido al personal policial, quien dentro de sus funciones cumple con proteger y recomponer el orden interno, brindar seguridad y auxilio a la población, garantizando el acatamiento de la legislación vigente y la defensa de bienes públicos y privados, previniendo, investigando y combatiendo la criminalidad, entre otras funciones. El personal policial en actividad acude a las IPRESS PNP para su evaluación odontológica anual, sin embargo, muchos de ellos acuden sólo cuando hay síntomas severos de las enfermedades orales que afectan muchas características de la vida diaria como la masticación, pronunciación, habla, imagen física, relaciones interpersonales y además las oportunidades de trabajo. En tal sentido, es evidente que el trabajo policial está fuertemente ligado a riesgos profesionales, por lo tanto, es importante fomentar el bienestar general en esta población, dado su efecto en la sensación de calidad de vida.

Por lo antes expuesto, es importante lograr el bienestar general de la población policial, el cual no solo está determinado por un adecuado estado de salud, sino también de un estado de salud bucal óptimo que le permita desarrollarse de manera efectiva, sin condiciones de salud deterioradas que puedan provocar dolor, limitaciones en el habla o en la alimentación, e inclusive limitaciones estéticas, que puede afectar el desempeño en su cargo y/o función de servicio a la sociedad.

Actualmente, al no existir estudios nacionales previos en población policial peruana sobre calidad de vida en referencia al estado de salud bucal, se podrá evaluar el grado de

afectación de esta población en particular, lo que permitirá desarrollar estrategias que les generen bienestar, posibilitando que cumplan con sus funciones en provecho de la población en general.

Por tal motivo, teniendo en cuenta que la mejora en la salud integral es un objetivo primordial para el 2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que, además, dentro de los fines institucionales de la Policía Nacional del Perú se encuentra desarrollar mejores condiciones para el confort del personal policial, el logro de la salud oral es un desafío de importancia para la salud policial.

Por tanto, resulta importante conocer cómo se relaciona la condición de salud oral del personal policial con la calidad de vida, toda vez que permitirá evaluar las acciones institucionales en proceso e implementar nuevas estrategias para el fortalecimiento de los intervenciones preventivas y recuperativas de salud oral que se realizan a todo el personal policial, y de esta forma mejorar la autoestima, expresión, comunicación, alimentación y estética facial, factores relacionados a calidad de vida, teniendo a su vez efecto en su labor policial, sus relaciones interpersonales, su ánimo y compromiso con la institución, y por tanto, su bienestar integral.

1.3.2 Justificación del estudio

Esta investigación que está dirigida al personal policial brindara aportes en diferentes niveles:

A nivel práctico, permitirá evaluar las acciones institucionales en proceso y poner en funcionamiento novedosas tácticas para la consolidación de intervenciones preventivas y recuperativas de salud bucal que se realizan en todo el personal policial, y de esta forma mejorar su bienestar integral.

Asimismo, a nivel teórico, la presente investigación ofrece conocimientos respecto a las variables de estudio estado de salud bucodental y la calidad de vida, mostrando cómo afecta la salud bucodental a nivel funcional, dolor físico y molestias psicológicas.

Asimismo, como el estado de salud bucodental, ocasiona deficiencias físicas, psicológicas o sociales, así como minusvalía en las labores cotidianas e incluso en el ejercicio de su función, afectando de esta manera su bienestar general.

Por otra parte, a nivel metodológico, se utilizó el instrumento más conocido para la valoración de la “calidad de vida en relación con la salud oral”, el “Perfil de Impacto de Salud Oral” ejecutado por Slade y Spencer (1994), y el instrumento de medida de la condición de salud bucodental, el “Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados – CPOD”, cuyos productos podrán ser comparados con diferentes investigaciones a nivel mundial. (WHO, 2013)

Además, a nivel económico, permitirá mejorar la productividad dado que trabajadores saludables se desempeñan mejor, además se minimiza el impacto económico para la institución, al evitar asumir costos por enfermedades crónicas, logrando un mayor interés en prevenir y promover la salud bucodental.

Desde la perspectiva legal o jurídica, se reconoce que “la salud bucodental es parte integral del derecho a la salud y, por lo tanto, un derecho básico incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas”. (FDI, 2015, p.13) Asimismo, dentro del DL N°1175 se indica que la Dirección de Sanidad Policial tiene por objetivo “promover el desarrollo del personal policial, a través de la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona”. (DL1175, 2013) Por consiguiente, resulta importante evaluar la condición de salud bucal y su influencia en la autopercepción de calidad de vida de la población policial con el propósito de optimizar sus condiciones de salud y bienestar.

Por último, a nivel social, estando el personal policial expuesto a mayores riesgos psíquicos y físicos que pueden afectar su salud integral, resulta importante que cumplan su labor teniendo un estado de salud general y salud oral óptimo, que le permita desempeñarse de manera efectiva, teniendo un buen desempeño en su cargo y/o función, el cual está directamente relacionado con brindar seguridad y protección a la sociedad.

1.4 Delimitación del problema

- **Delimitación espacial**

El estudio fue realizado en un establecimiento de Salud perteneciente al Sistema de Salud de la Policía Nacional del Perú (IPRESS PNP) especializada en atenciones odontológicas, denominada Clínica Policial Especializada Odontológica S2PNP Marily Solier Gavilán, con Categoría I3- Centro odontológico.

- **Delimitación temporal**

El estudio se ejecutó entre los meses de febrero a setiembre del año 2020

- **Delimitación teórica**

Respecto a la salud bucodental, el estudio se basó en la definición desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (1996). En cuanto a la variable calidad de vida, se toma como referencia a la definición de calidad de vida la OMS (1993)

1.5 Objetivos del estudio

1.5.1 Objetivo General

Establecer la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, 2020

1.5.2 Objetivo específico

- a) Identificar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión limitación funcional del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, según edad y género en el año 2020.
- b) Identificar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión dolor físico del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, según edad y género en el año 2020.

- c) Identificar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión molestia psicológica del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, según edad y género en el año 2020.
- d) Identificar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad física del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, según edad y género en el año 2020.
- e) Identificar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad psicológica del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, según edad y género en el año 2020.
- f) Identificar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad social del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, según edad y género en el año 2020.
- g) Identificar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión minusvalía del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, según edad y género en el año 2020.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Histórico

Por medio de la historia y gracias al avance tecnológico, político y económico de cada periodo, se han desarrollado diversos modelos conceptuales que intentan argumentar los cambios que influyen en el proceso salud-enfermedad, tanto en lo individual como lo colectivo. Los distintos modelos van desde la concepción mágico-religiosa, a la sanitarista, unicausal, multicausal, ecológica y de determinantes sociales, convirtiéndose en referentes conceptuales de la definición de salud, así como de la formación de los futuros expertos en salud. (Montenegro, 2011)

La salud bucodental ha formado parte de la civilización humana desde tiempos remotos, se han encontrado descripciones de su importancia en los papiros egipcios de Ebers de aproximadamente 37 siglos A.C., en donde se detallan las acciones del médico Hesi-Re, primer odontólogo conocido, quien señaló la relación entre la medicina y la odontología, quien además trataba los padecimientos de los faraones, y al que se le describió como “el más grande de los médicos que trataron los dientes” durante esa época. Posteriormente, entre los 500 y 300 años A.C. en Grecia, el filósofo Aristóteles y el medico Hipócrates escribieron acerca de varios aspectos de la salud bucal, incluyendo la caries dental y las enfermedades periodontales. (Montero, 2006)

En la edad media, la salud bucodental toma un componente religioso, designándose una patrona Santa Apolonia, a quien las personas afectadas por enfermedades bucodentales encomendaban sus molestias. Luego, en la Edad moderna, en 1723 Pierre Fauchard, un cirujano francés, considerado el padre de la odontología moderna, publicó un libro llamado “El cirujano dentista: tratado del diente”, el cual incluye muchos aspectos de la salud oral, incluyendo anatomía oral, técnicas de cirugía oral, y la construcción de dentaduras, que son considerados como las bases de la odontología moderna.

En la actualidad, la salud bucodental ha tomado mayor envergadura, dado su reconocimiento como enfermedad no transmisible de importante carga de morbilidad a nivel mundial, considerándose un factor esencial en funciones vitales como alimentación, fonación y socialización, que contribuyen en la salud general. Asimismo, se conoce que la salud bucal aflige a las personas en el aspecto físico y psicológico, influyendo en su desarrollo, disfrute de la vida, así como en la sensación de bienestar social. Locker (1994) puntualiza a la Salud bucal como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.

Posteriormente, la OMS amplió esta definición a:

La ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial. (Petersen, 2003)

Este concepto de Salud bucodental se integra a su identificación como parte fundamental del derecho a la salud, incluida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. (FDI, 2015) Asimismo, en el año 2019 se incluye a la salud bucodental en la Declaración política sobre la cobertura sanitaria universal, formulando estrategias regionales y llamamientos a la acción referentes a la salud bucodental. (ONU, 2019)

En cuanto al término calidad de vida, etimológicamente, tiene un origen griego, Kalós, que significa conjuntamente, “bueno y bello”; y que en base a estos significados fue traducido como “Qualitas” al latín, por tanto, es definido como “el conjunto de cualidades que contribuyen en la manera de ser de una persona o cosa”. (Meeberg, 1993)

El concepto de Calidad de vida es usado desde los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, como una forma de evaluar la percepción de la gente sobre la posesión de una vida aceptable o económicamente segura. (Campbell,1981) El término calidad de vida fue usado para evidenciar la visión que para tener una buena vida había más que

solo tener seguridad financiera. Luego, el termino calidad de vida fue usado en diferentes contextos, desde los ambientales hasta los sistemas de salud. Así es como, entre los años 50 y 60, se tornó de gran importancia comprender las condiciones de vida de la población, así como conocer las secuelas del proceso de industrialización, por lo que se evidenció la necesidad de desarrollar indicadores de medición de datos objetivos y vincularlos al confort popular (Arostegui, 1998).

Posteriormente, el avance en la evolución de los indicadores sociales originó que la expresión Calidad de vida se empiece a definir como criterio participativo entre las condiciones de vida (carácter multidimensional) con los elementos objetivos y subjetivos.



Figura 02. Conceptualizaciones de Calidad de Vida según Felce y Perry (1995) "Quality of life: It's Definition and Measurement"

En 1995, Felce y Perry idearon diferentes modelos para definir Calidad de Vida, entre ellas se hallan cuatro más relevantes, la primera que la define como el confort de la clase de vida de un individuo (a), la segunda como el goce experimentado por un individuo con estas circunstancias (b), la tercera como la conjunción de elementos objetivos y subjetivos de las condiciones de vida y el gozo que el individuo siente (c) y, la cuarta, como la conjunción de las condiciones de vida y el goce personal sopesadas por las virtudes, pretensiones e intereses personales (d).

La OMS, por su parte, la definió como: “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (OMS, 1996)

Actualmente, Misrachi (2005), define la Calidad de vida como:

Combinación de condiciones de vida y satisfacción personal ponderadas por escala de valores, aspiraciones y expectativas personales; además de considerar algunos aspectos de la vida de las personas, como el lugar donde viven, el modo de comportarse, su entorno en general, relaciones familiares y apoyos sociales, la satisfacción laboral, el estado funcional y disponibilidad económica; así como la salud general. (p.28-35)

Es decir, la nutrición correcta, un medio ambiente apropiado, la seguridad económica y la disponibilidad de los servicios de salud, comprometen el bienestar a nivel psicológico, biológico y social, originando estudios sobre las consecuencias de las enfermedades, así como de los tratamientos, especialmente aquellos con resultados negativos.

Por otro lado, el concepto de “Calidad de vida relacionada a la salud”, usado por primera vez por Inglehart y Bagramian (como se citó en Cuenca, 2005) la definen como “la valoración personal frente a los siguientes factores que afectan el confort: factores funcionales, psicológicos, sociales y finalmente el factor del dolor”. Mientras que el concepto de “Calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO)”, es definido por la OMS como:

La percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural (WHO, 1993)

Respecto a la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral de los individuos, existen diferentes métodos de análisis, como el “Índice de Salud Oral General (General Oral Health Assessment Index o GOHAI)” que toma a la salud oral como “la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social”, y el “Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP)” formulado por Slade y Spencer en 1994, el cual valora la influencia de las patologías orales en el impacto social del bienestar.

2.2 Investigaciones Relacionadas con el Tema

2.2.1 Investigaciones Nacionales

Márquez (2018), en un centro de educación superior en la ciudad de Lima, efectuó una investigación para establecer la relación entre calidad de vida y la salud oral de deportistas pertenecientes a las selecciones de básquet y fútbol. La población estuvo conformada por 89 deportistas de alto rendimiento de la selección de fútbol y de básquet, se evaluaron la salud oral, mediante los índices epidemiológicos CPOD, O’Leary y PSR, y la calidad de vida, por medio del Índice OHIP-49SP. Se encontraron como resultados un CPOD poblacional de 4.47 ± 3.66 (riesgo moderado), además de una deficiente higiene oral (Índice de O’Leary: 45.78 ± 22.04) y un índice PSR con resultados de probable gingivitis. Asimismo, se determinó que las dimensiones del OHIP-49sp que obtuvieron los más altos puntajes fueron limitación funcional (7.37 ± 4.44), dolor físico (8.76 ± 4.97) y malestar psicológico (4.80 ± 3.67). Finalmente concluyeron, que no existe correlación entre las variables de estudio. Los resultados encontrados permitirán realizar comparaciones con respecto al estado de salud bucal de la población y a las

dimensiones de la variable calidad de vida, comparar resultados y corroborar la hipótesis de estudio en esta investigación

Cerrón (2018), en la región de Junín, realizó un estudio para identificar el grado de satisfacción y la relación con la “Calidad de vida relacionada a la salud oral” de un programa denominado “Odontólogo por colegio” en estudiantes de instituciones educativas de nivel secundario de Huancayo y Chupaca, obteniéndose una muestra aleatoria por racimos de 381 estudiantes. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal, se aplicaron los cuestionarios SERVPERF y OHIP. El estudio, concluyó que el grado de satisfacción contribuye de forma significativa en el grado de calidad de vida relacionada con la salud oral de los alumnos. Esta información, permitirá evaluar el uso del OHIP-14 y servirá para discutir la variable calidad de vida relacionada a la salud oral.

Gutiérrez (2018), en un centro educativo en Lima, realizó un estudio correlacional y transeccional en 134 escolares de 12 años, con la finalidad de establecer la relación entre “Salud bucodental” y “calidad de vida”, empleó dos instrumentos, validados mediante juicio de expertos y con confiabilidad. Concluyendo que, existe correlación entre la variable salud bucodental y la calidad de vida (Rho de Spearman= 0,717, p-valor < 0,05). Por tanto, confirma la existencia de “relación positiva moderada” entre ambas variables, y recomienda plantear estrategias de salud bucodental en base a las condiciones de la población escolar. El conocer esta información, permitirá comparar esa relación estrecha entre “salud bucodental” y “calidad de vida” en otra población.

Espinoza (2017), en un centro del adulto mayor, en el distrito de San isidro, Lima-Perú, realizó un estudio descriptivo transversal utilizando el OHIP-14Sp para determinar la “calidad de vida en relación con la salud oral” en adultos entre 60 y 92 años. Se encontró como resultados que el OHIP-14Sp tuvo un nivel de excelente o regular en el 90% de los adultos mayores, identificando que las mujeres (71%) indicaron tener mejor percepción de “calidad de vida” que los hombres (58%), refiriendo los de menor edad tener mejor “calidad de vida”. Asimismo, se determinó que la dimensión del OHIP-14Sp que tuvo mayor impacto de tipo negativo fue “malestar psicológico” (61.4%) seguido de

“limitación funcional” (49.5%). Esta información permitirá realizar comparaciones con respecto al impacto de las dimensiones de la variable “calidad de vida en el estado de salud oral”, y comparar resultados en otra población de estudio.

Tolentino (2017), en un centro de Salud, en el distrito de Santa Anita, Lima-Perú, desarrollo un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal en 86 gestantes con edades entre 20 y 34 años con la finalidad de identificar la relación entre el “estado de salud bucal” y la “calidad de vida” de las gestantes. Para tal fin utilizó el Índice de caries y el Índice de higiene oral, para identificar el estado de salud bucal, y el OHIP-14, para establecer la relación con la “calidad de vida”, obteniendo como resultados una “correlación directa y moderada”, estadísticamente significativa, entre ambas variables, asimismo, una prevalencia de caries de 11.2%, un regular nivel de higiene oral (87.2%) y un nivel de “calidad de vida” regular (65.1%). Los resultados de esta investigación permitirán corroborar la relación estrecha entre “salud bucodental” y “calidad de vida” en diferentes poblaciones, permitiendo la discusión de los resultados.

Valdivia (2016) en un centro de salud en Lima Norte, ejecutó un estudio analítico para cumplir con identificar la asociación entre “calidad de vida” y “salud bucodental” en usuarios adultos entre 18 y 65 años, para tal fin empleó el instrumento OHIP-14, y el “índice de Higiene Oral Simplificado” (IHOS), obteniendo como resultado que no existe asociación entre dichas variables; sin embargo, se encontró relación significativa entre las dimensiones de la “calidad de vida” con el estado de “salud bucodental”. Los resultados encontrados y la similitud con el grupo etario permitirán realizar comparaciones con respecto a los dominios de la variable “calidad de vida”, comparar resultados y corroborar la hipótesis de estudio en esta investigación.

Hinostroza (2016), en el distrito de San Martín de Porres, Lima-Perú, realizó una investigación para evaluar el nivel de “calidad de vida relacionada a salud oral” (CVRSO) en 240 gestantes asistentes a un Hospital Nacional. La investigación fue de tipo transversal, descriptivo y observacional, mediante la aplicación de encuestas usando el instrumento “Índice de salud oral general” (GOHAI). Se encontraron como resultados que el 80.1% de las gestantes consideran tener un nivel bajo de “calidad de vida”, sin

tener en cuenta edad o nivel de instrucción, además, se halló una relación estadísticamente significativa según edad y nivel de instrucción ($p=0.048$ y $p=0.025$), teniendo mayor importancia el área de función dolor. Finalmente, se concluyó que la “calidad de vida relacionada a la salud oral” percibida por las gestantes es baja y que, además, la edad y el nivel de instrucción intervienen directamente en la calidad de vida. Estos resultados permitirán comparar los resultados en relación con la variable “calidad de vida relacionada a la salud oral” con respecto a la covariable edad.

2.2.2 Investigaciones Extranjeras

Díaz R. (2019) en Paraguay, realizó una investigación transversal con el propósito de adaptar y validar el instrumento OHIP-14Sp, describir el estado de salud bucodental y la necesidad de tratamiento dental, así como identificar la autopercepción de “calidad de vida” de adultos paraguayos, de 18 a 59 años. Se realizó una prueba piloto en 20 pacientes con características similares para evaluar la traducción del instrumento, luego mediante muestreo estimado se incluyó a 333 sujetos en el estudio. Se obtuvieron como resultados que el OHIP-14P es un cuestionario fiable y válido (α de Cronbach=0.861), asimismo, se encontró un nivel moderado de severidad de caries (I-CPOD), cuyo componente cariado tuvo tendencia a disminuir con la edad a causa de la pérdida de piezas dentarias y también la mediana del I-CPOD aumentó conforme aumentó la edad. Además, se identificó un nivel alto de necesidad de tratamiento dental relacionada a la autopercepción del “estado de salud bucal”. Finalmente, se determinó que tuvieron mayor impacto en la “calidad de vida” la incomodidad al comer, presencia de dolor, vergüenza, inseguridad y nerviosismo. Estos resultados permitirán corroborar el uso del I-CPOD para la estimación del “estado de salud bucodental” en población adulta permitiendo la discusión de los resultados en relación con la variable “calidad de vida relacionada a la salud oral”.

Díaz (2017) en la ciudad de Cartagena-Colombia, llevó a cabo un estudio analítico con la finalidad de asociar “estado de salud oral” y la “calidad de vida” de adultos entre 20 y 59 años. Se obtuvo como muestra a 400 adultos que asistieron a las clínicas

odontológicas universitarias, se les aplicó un instrumento validado para indagar variables sociodemográficas, el “General Oral Health Assessment Index” (GOHAI) para determinar el impacto de la “calidad de vida relacionada con la salud oral” (CVRSB) y la evaluación clínica para identificar la cantidad de dientes, la existencia de caries, placa bacteriana, restos radiculares, cálculo y curaciones, obteniendo como resultados asociaciones entre bajo nivel de escolaridad, falta de atención, presencia de dientes menor a 19, remanentes radiculares y cálculos con el impacto negativo de CVRSB. Finalmente concluyó que la salud oral tiene un impacto considerable en la percepción de la “calidad de vida” de los adultos usuarios de las clínicas universitarias, sugiriendo la necesidad de conservar un buen estado de salud desde temprana edad, pues este, contribuye a la salud general y al confort de las poblaciones. Los resultados de este estudio permitirán corroborar el uso indicadores del “estado de salud oral” en adultos, permitiendo la discusión de los resultados relacionados a la variable “calidad de vida relacionada a la salud oral”.

Domínguez (2016), en un distrito de Ecuador, determinó la relación entre los “determinantes sociales” y la “calidad de vida en relación con la salud oral” de personal municipal, mediante la aplicación del OHIP-14 en 185 adultos. Se realizaron análisis de tipo multivariado, mediante el uso de los Odds Ratio (OR) se relacionó los determinantes sociales con la “calidad de vida relacionada a la salud bucal” (CVRSB). Concluyendo que, no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables, sin embargo, los dominios “limitación funcional”, “dolor físico” y “obstáculos” tuvieron influencia en la “calidad de vida” sólo en el sexo masculino, no encontrando diferencias respecto a la edad. Los resultados encontrados y la similitud con el grupo etario permitirán realizar comparaciones con los dominios de la variable “calidad de vida”, comparar resultados y corroborar la hipótesis de estudio en esta investigación.

Rodríguez- Barahona (2016) en la ciudad de San José, Costa Rica, estudió el “Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP)”, evaluando la asociación entre la satisfacción del “estado de salud oral” y la percepción de la “calidad de vida” de usuarios entre 17 y 81 años de una Clínica Odontológica, mediante la aplicación del instrumento “OHIP EE-14” a 148 pacientes en dos tiempos diferentes, con la finalidad de medir el impacto de

la intervención odontológica, evaluando la diferencia entre géneros. Se obtuvo como resultado que existe un impacto positivo entre la apreciación del “estado de salud oral” y “calidad de vida” durante las primeras 6 semanas de tratamiento, siendo de mayor amplitud en el género masculino, produciendo beneficios psicológicos y sociales en los usuarios. Los resultados encontrados y la similitud con el grupo etéreo, así como el uso del instrumento OHIP, permitirán realizar comparaciones con los dominios de la variable “calidad de vida”, comparando resultados y corroborando la hipótesis de estudio en esta investigación.

Rajagopalachari (2015), en la ciudad de Bengaluru-India, realizó un estudio para identificar el impacto de las variables de salud oral en la “calidad de vida relacionada a la salud oral” entre personal policial de la División de inteligencia. El estudio de tipo transversal fue realizado a 212 efectivos policiales entre 24 a 60 años, usando el Índice OHIP-14 y los criterios y métodos de la OMS (1997) para el registro de caries dental, índice periodontal comunitario, pérdida de inserción, estado de higiene oral (OHI-S). Logrando como resultados, 43.4% de prevalencia de caries y 68% de enfermedad periodontal. El estado de higiene oral tuvo una media de 2.67 ± 1.4 . Los dominios del OHIP-14, “limitación funcional” e “incapacidad física”, estuvieron correlacionados con el componente cariado ($p < 0.01$). Asimismo, los tres componentes (dientes cariados, perdidos y obturados) estuvieron correlacionados de forma positiva con los dominios “dolor físico”, “incapacidad física” y otros dominios, excepto “incapacidad social”, por tanto, se demostró una asociación entre OHIP y las variables de salud oral, donde el mayor impacto estuvo relacionado al componente cariado. Los resultados encontrados y la similitud con el grupo poblacional, así como el uso del instrumento OHIP, permitirán realizar comparaciones en referencia a los dominios de la variable “calidad de vida”, comparar resultados y corroborar la hipótesis de estudio en esta investigación.

Abhishek (2014), en la ciudad de Virajpet, Sur de India, realizó un estudio para determinar el efecto de la prevalencia de caries en la “calidad de vida relacionada a la salud oral” entre personal policial. El estudio de tipo transversal fue realizado en una muestra de 172 efectivos policiales de 6 estaciones policiales, utilizando un cuestionario auto administrado para la recolección de la información demográfica y la identificación

de la “calidad de vida relacionada a la salud oral” (OHIP-14). La experiencia de caries fue recolectada mediante los criterios de la OMS (1997), fue usado el análisis de la varianza para comparar las diferencias entre los factores. Se obtuvieron como resultados que no hubo relación estadísticamente significativa entre los puntajes de acuerdo con el sexo y edad. Asimismo, pese a que la prevalencia de caries encontrada fue de 78%, no hubo asociación entre “calidad de vida” y prevalencia de caries. El uso del OHIP-14 en esta investigación permitirán realizar comparaciones en referencia a los dominios de la variable calidad de vida, comparar resultados en cuanto a su relación con la prevalencia de caries.

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.3.1 Salud bucal

La salud bucodental es mucho más que mantener los dientes sanos o una sonrisa linda, la boca con mucha frecuencia muestra signos de enfermedades sistémicas por tanto la evaluación oral periódica puede develar hábitos no saludables, algunas lesiones orales pueden ser signo de infecciones virales, y cambios en el aspecto de los dientes pueden denotar graves alteraciones en la alimentación. Por otro lado, se conoce que las enfermedades sistémicas aumentan el riesgo de alteraciones bucodentales, por ejemplo, en pacientes diabéticos existe el riesgo de aumento de enfermedades periodontales. Asimismo, tanto las enfermedades bucodentales como las Enfermedades no transmisibles comparten factores de riesgo, como nutrición no saludable, consumo de alcohol y uso de tabaco.

Conocer y develar la importancia de la relación entre “salud bucodental” y salud general, además del impacto en la calidad de vida, permitirá obtener un enfoque de cuidados generales, mostrando la trascendencia de la incorporación de la salud oral en la salud general. (FDI, 2015)

Por otra parte, determinar el nivel de “calidad de vida” producido a consecuencia de las enfermedades bucales, en los aspectos físicos, psicológicos o sociales, permitirá

evaluar las necesidades de salud y el reconocimiento de modalidades de búsqueda de atención, y, por tanto, permitirá optimizar la gestión de servicios de salud oral. De esta manera, la necesidad percibida por el usuario complementa la necesidad normativa.

Mediciones del estado de salud bucal.

Con la finalidad de medir el estado de salud bucal de una población, se usan indicadores epidemiológicos que muestran la prevalencia de caries dental, los cuales son reconocidos en todo el mundo y se usan para mejorar las decisiones adoptadas respecto a las estrategias de prevención y acción. Los índices más utilizados son: Índice CPO-D, Índice CEO-D y el Índice de Significancia de Caries (SIC). (WHO, 2013)

El “Índice de Dientes Cariados, Perdidos u Obturados (I-CPOD)” en dentición permanente fue propuesto por Klein, Palmer y Knutson como una forma de ponderar la prevalencia de caries dental mediante la medición de la experiencia de caries en el presente y en el pasado, y es considerado un índice esencial en los estudios epidemiológicos (Valdez, 2018)

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un sistema de vigilancia de enfermedades orales, especialmente mediante el “Índice de caries dental” tanto en niños (12 años) como en adultos (35 a 44 años). En 1969, fue presentado el primer mapa global con datos del índice CPOD para niños de 12 años, revelando una alta prevalencia de caries en países industrializados y una baja prevalencia en países en desarrollo. De esta manera se construyó una base de datos y con el paso del tiempo, una mayor cantidad de estudios epidemiológicos se documentaron, evidenciando una tendencia de cambio en la prevalencia de caries, incrementándose los niveles de caries en algunos países en desarrollo y disminuyéndose en muchos países industrializados (Figura 03).

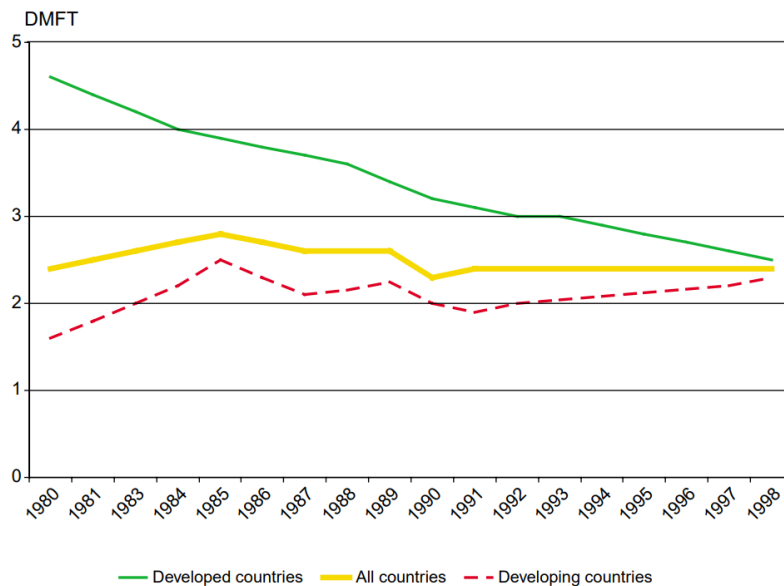


Figura 03. Cambio en los niveles de experiencia de caries dental (CPOD) entre niños de 12 años en países desarrollados y en vías de desarrollo. The World Oral Health Report 2003. (Petersen, 2003)

Posteriormente, muchos estudios epidemiológicos fueron desarrollados aplicando la metodología y criterios de la OMS. En el año 2003 el mapa mundial mostro que el nivel de tanto de niños de 12 años, así como de adultos de 35 a 44, continúa el mismo patrón de cambio, experimentando un mayor nivel de experiencia de caries los países en vías en desarrollo, y un menor nivel los países industrializados, la causa probable atribuible a este cambio son las políticas en salud pública aplicadas décadas atrás en estos países, sumadas a la variación de modo de vida y mejoramiento de prácticas de autocuidado (Figura 04 y 05). Sin embargo, debe ser resaltado que la caries dental no se encuentra erradicada, manteniéndose bajo vigilancia en algunos lugares del mundo.

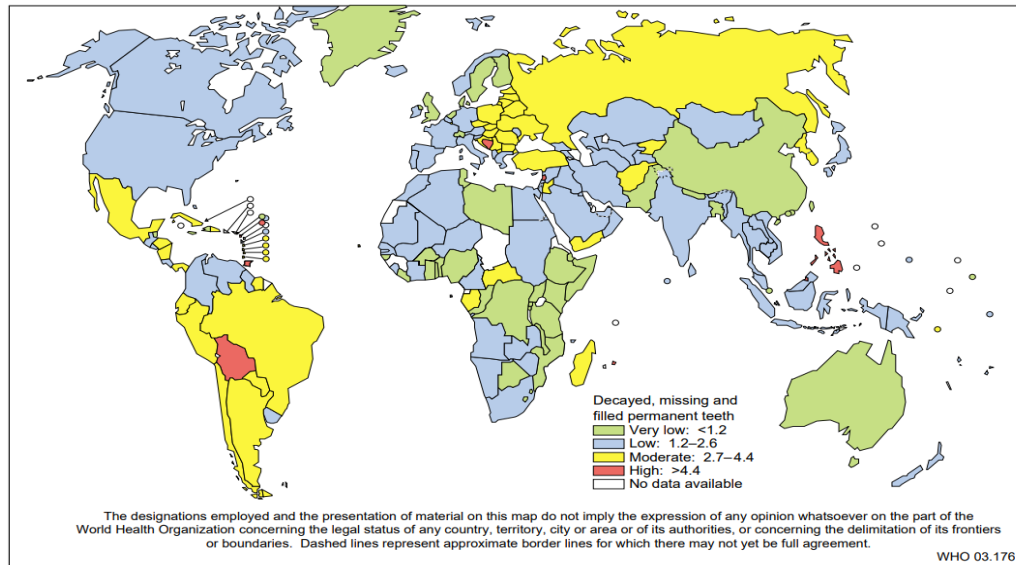


Figura 04. Mapa global de niveles de caries dental en niños de 12 años a nivel mundial. The World Oral Health Report 2003. (Petersen, 2003)

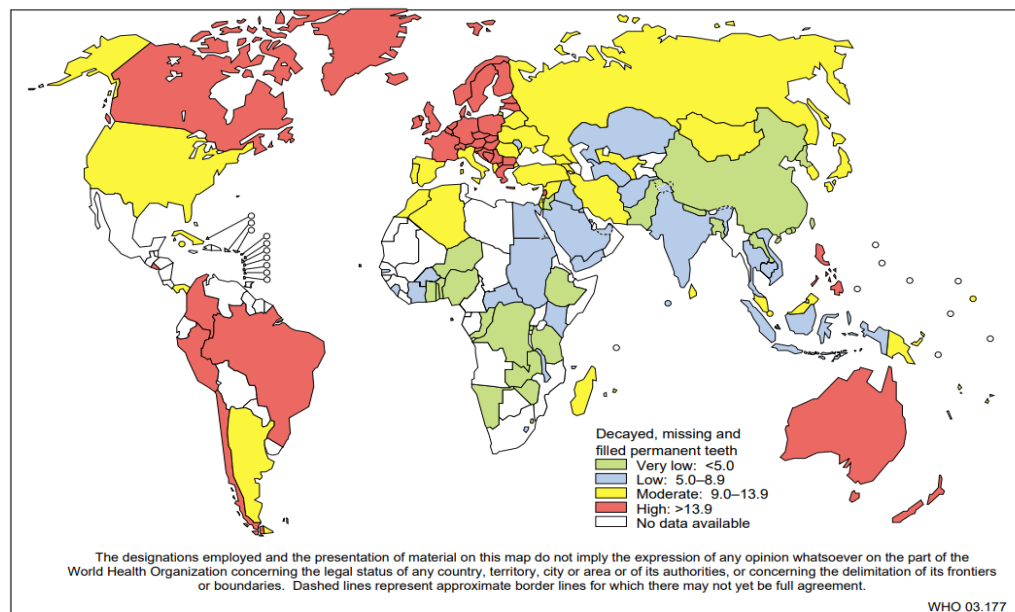


Figura 05. Mapa global de niveles de caries dental en adultos de 35 a 44 años a nivel mundial. The World Oral Health Report 2003. (Petersen, 2003)

En Latinoamérica, la mala calidad de salud oral se mantiene como un obstáculo para la mejora del estado de salud general. La OMS, en el año 2000, planteó” como propósito bajar el nivel del “Índice CPOD” a menos de 3 en niños de 12 años. En consecuencia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), mantiene entre sus objetivos trabajar con cada estado miembro para mejorar el nivel de caries dental en niños, mediante la medición del crecimiento de los países a través de un programa de monitoreo constante de salud bucal, evaluando el Índice CPOD-12, con la clasificación en tres categorías, de acuerdo a lo indicado por Estupiñan (2009, p07): “emergente (CPOD-12 > 5; sin programa nacional de sal y agua fluoradas), en desarrollo (CPOD-12 entre 3 y 5; sin programa nacional de fluorización de sal y agua) y de consolidación (CPOD-12 < 3; con disposición de programas de sal y agua fluoradas)”. Esta clasificación permite el trabajo con los países para el apoyo a aquellos que cuentan con estrategias oportunas y efectivas, y de esta forma optimizar la calidad de los indicadores, donde la mejor calidad en la salud bucal se evidencia mediante los registros más bajos. (Estupiñan, 2009)

El Índice CPOD, se identifica mediante los siguientes criterios:

- Caries (C): lesión blanda en fosa, fisura o superficie dental
- Perdido o Ausente (P): pérdida del diente por estado avanzado de caries.
- Diente obturado (O), definido como diente con tratamiento restaurador

Este índice se establece por medio de la sumatoria de dientes con caries (C), dientes perdidos debido a caries (P) y dientes obturados (O), en el caso de un solo individuo. En cambio, si se desea obtener el índice comunitario o poblacional, el índice se obtiene dividiendo el resultado o sumatoria de C + P + O, por el número de individuos estudiados.

$$\text{CPOD} = \frac{\text{Cariados} + \text{Ausentes} + \text{Obturados}}{\text{núm. individuos estudiados}}$$

Entre las observaciones para tener en cuenta: el tercer molar no es considerado en el conteo, las coronas son contabilizadas como restauraciones cuando son causadas por

caries dental, y como dientes sanos si son pilares o debidas a traumatismos, si un diente presenta al mismo tiempo caries y obturación, se considerará como cariado.

Dentro del I-CPOD es interesante conocer el índice de restauración, el cual se suele asociar con el nivel socioeconómico y cultural de una población, y se obtiene:

$$I. \text{ Restauración} = \frac{DO}{(C+P+O)} \times 100$$

La condición de caries dental es determinada en base al examen clínico, y el resultado brinda información en relación con la eficacia de las medidas de prevención y de la calidad de los servicios de atención odontológica, además de proporcionar información valiosa acerca de la operatividad del manejo a nivel de salud pública. Sin embargo, el “índice CPOD”, no distingue caries en fases tempranas, por el contrario, si lo distingue en fases tardías, cuando ya existen cavidades, lo que mejora la exactitud de las mediciones, pero permite la subestimación de la prevalencia de caries.

El nivel de experiencia de caries en la dentición permanente puede seguir los “criterios de gravedad” de la OMS. (WHO, 2013) Para los grupos de edad de indicadores típicos de niños (12 años) y adultos (35-44 años), se pueden considerar los siguientes niveles de CPOD:

Tabla 02

Nivel de experiencia de caries según criterios de gravedad de la OMS

Niños de 12 años		Adultos de 35 a 44 años	
Muy bajo:	<1.2	Muy bajo	<5.0
Bajo:	1.2-2.6	Bajo	5.0 -8,9
Moderado	2.7 - 4.4	Moderado	9.0 -13.9
Alto	4.5-6.5	Alto	> 13.9
Muy alto	> 6.5		

Nota: Adaptado de WHO (2013) Oral health surveys: basic methods.

Por tanto, el Índice CPOD es el indicador Odontológico, de mayor uso a través del tiempo, que permite medir la prevalencia de caries dental y determinar su gravedad, y, además, realizar comparaciones epidemiológicas entre poblaciones de diferentes ciudades, países y en diferentes tiempos, con la finalidad de evaluar las diversas medidas y métodos de prevención aplicados para su control. (WHO, 2013)

2.3.2 Calidad vida relacionada a la salud.

La “calidad de vida relacionada a la salud oral” es un concepto relacionado a la percepción propia del individuo sobre su salud. Es considerado un componente adicional a la evaluación clínica odontológica, dado que estima que la salud bucodental es perjudicada por la interrelación del estado de salud oral con la condición social, los componentes ambientales y la salud general, lo que en conclusión refleja la satisfacción del individuo con su salud bucal. (Díaz-Reissner, 2017)

Las enfermedades bucales pueden ocasionar la disminución de la autoestima y el confort, dando lugar al concepto de “Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral” (CVRSO), útil en la comprensión de la conducta del individuo desde una visión más amplia abarcando tanto la atención clínica, la investigación odontológica, la prevención en salud, así como la importancia de la interacción en la comunidad, fundamental para el fortalecimiento de los programas de salud oral. (Bennadi, 2013)

Asimismo, Inglehart (2002), describió que, entre los usos para la evaluación de “calidad de vida” en la atención clínica, se pueden tener: “identificar y priorizar problemas, facilitar la comunicación, detectar problemas ocultos, favorecer las decisiones clínicas compartidas y monitorear los cambios o respuestas al tratamiento.”

La mayoría de los estudios evalúan las alteraciones en la condición de salud oral en sujetos individuales o poblacionales basados en indicadores clínicos de enfermedad, sin embargo, hay pocos estudios de evaluación sobre salud y bienestar desde la perspectiva del sujeto. En los últimos 30 años, el uso de indicadores socio-dentales en epidemiología oral ha sido ampliamente definido, debido a que las medidas únicas de enfermedades clínicas no documentan el impacto total de los trastornos orales. Estos

indicadores fueron contruidos y probados en diferentes poblaciones para construir una más concreta relación entre medidas de salud oral subjetiva y objetiva que ayudarían a estimar la real necesidad de la población. (Locker, 1994)

En salud pública, medir la calidad de vida resulta ser útil en la planificación de políticas públicas, dado que permite identificar las carencias de la población, la prioridad del cuidado y la evaluación de estrategias de tratamiento adoptada. En cuanto a la investigación, estas herramientas de medición ayudan a evaluar los resultados de tratamientos o acciones y desarrollar pautas adicionales para la atención clínica basada en la evidencia. (McGrath, 2004)

Mediciones de evaluación de calidad de vida asociada a salud oral.

En la actualidad, los instrumentos disponibles para medir la “calidad de vida” son confiables y establecen mecanismos para la evaluación de respuestas al tratamiento. El uso de ellos, no se limitan sólo a estudios clínicos terapéuticos, sino alcanza también a investigaciones en salud pública, como evaluación y seguimiento de problemas psicológicos y sociales relacionados a trastornos bucodentales, estudios sobre percepción de la salud oral, así como evaluaciones de costo-utilidad de procedimientos odontológicos, útiles en procesos de auditoria. Asimismo, es requerida la incorporación de información sobre calidad de vida, útil en la resolución de problemas sobre el gasto en salud y en la asignación de recursos a las entidades competentes. (Velarde, 2002)

La medición de la “calidad de vida relacionada al estado de salud oral” es afectada por distintos factores, no observados directamente, por tanto, se han optimizado los instrumentos mediante dimensiones que pretenden estimar la apreciación psicológica y social de cada persona, y son utilizadas como complemento a la evaluación física. (De la Fuente, 2010)

Entre los instrumentos desarrollados para dicho fin, se puede destacar al “Índice de Salud Oral General” (GOHAI), el que toma como fundamento, según Misrachi (2005), que la salud es “la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social.” Consta de un cuestionario

de 12 preguntas delimitadas en tres dimensiones: función física, función psicológica y social y, dolor y malestar. Las respuestas son dadas en escalas de tipo Likert, donde los individuos contestan su percepción frente a doce situaciones en los últimos 3 meses, calculándose mediante una sumatoria simple, obteniendo valores entre 0 y 60, donde los valores mayores indican mejor autopercepción de salud oral. Es importante señalar que este índice no reemplaza la evaluación clínica, sin embargo, brinda una idea aproximada del estado de la salud oral siendo de utilidad para la oportuna atención de las personas (Misrachi, 2005)

Además del GOHAI, otro instrumento desarrollado para evaluar la influencia de las enfermedades orales en la percepción de sentirse bien, y probablemente el de mayor uso y conocimiento, es el “Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP)”, cuya confiabilidad y validez fue descrita en el año 1994 por Slade y Spencer. Su estructura se basa en 49 preguntas contenidas en 7 dominios formulados de acuerdo con el modelo de salud oral de Locker (1994): “limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad social, incapacidad psicológica y discapacidad o minusvalía”. A fin de valorar estos dominios se usa un formato de tipo Likert (nunca=0, casi nunca=1, a veces u ocasionalmente = 2, frecuentemente =3, muy frecuentemente o siempre = 4) y los resultados de cada uno de ellos pueden ser divididos en subescalas o como sumatoria general.

Posteriormente, Slade (1997) divulgó una forma reducida del OHIP, una versión de 14 preguntas (OHIP-14), que también demostró ser un formulario confiable, con una manifiesta diferenciación de sus componentes, así como versátil por su facilidad de aplicación. (WHO, 1993). Adicionalmente, este instrumento ha sido validado en más de 20 idiomas, entre ellos su versión en español (OHIP-14SP) ha probado “ser un instrumento preciso, válido y confiable para evaluar la calidad de vida en relación con la salud oral en población adulta española, chilena y mexicana, siendo utilizada en estudios transversales y longitudinales”. (Castrejón, 2010). Debe señalarse que sus puntajes varían desde 0 puntos hasta 56 puntos por cada individuo, donde los puntajes bajos indican mejor autopercepción de “calidad de vida” (autopercepción positiva) y puntajes altos indican peor autopercepción de “calidad de vida” (autopercepción

negativa). Asimismo, se conoce que la forma de administración idónea es la entrevista, dado que presenta mayor tasa de respuesta que el cuestionario, sin embargo, la forma de administración no repercute en las puntuaciones totales del OHIP. (Sousa, 2009)

Finalmente, se puede decir que el instrumento OHIP integra una importante ayuda en el entendimiento de los requerimientos de salud oral y en la elaboración de estrategias de promoción hacia controlar y reducir trastornos de la cavidad bucal.

2.4 Definición de términos básicos.

- Salud: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO, 1993)
- Salud bucodental: “estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial”. (FDI, 2015)
- Estado de salud oral: “condiciones de salud bucodental propias del individuo o población evaluada en un momento y tiempo determinado” (FDI, 2015)
- Índice del estado de salud bucodental (Índice de caries, perdidos, obturados - CPOD): “Índice que cuantifica la prevalencia de la caries dental mediante la medición de la experiencia de caries presente y pasada” (WHO, 2013)
- Diente cariado (C): “lesión blanda en fosa, fisura o superficie dental” (Índice CPOD)
- Diente perdido (P): “pérdida de diente por estado avanzado de caries, o por extracción a causa de caries.” (Índice CPOD)
- Diente obturado (O): “diente restaurado por tratamiento de caries” (Índice CPOD)
- Calidad de vida: “Combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales” (Felce y Perry, 1995)

- Dimensiones de calidad de vida: “Conjunto de variables que interrelacionadas entre sí que resultan en la satisfacción personal”. (Locker, 1994)
- Limitación funcional: “Restricción en la función de los componentes del sistema estomatognático que perjudican la calidad de vida”. (Locker, 1994)
- Dolor físico: “sensación de molestia, aflicción y desagrado originada por problema dental y que influye en el bienestar del individuo” (Locker, 1994)
- Molestia psicológica: “Condición de salud oral que perturba psicológicamente al individuo” (Locker, 1994)
- Incapacidad física: “Pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, reflejado por problemas dentales.” (Locker, 1994)
- Incapacidad psicológica: “Perturbación psicológica debido a problemas dentales que afectan su diario vivir.” (Locker, 1994)
- Incapacidad social: “Alteraciones a nivel de la cavidad oral que le impiden el completo desarrollo social y su contingente ante la sociedad.” (Locker, 1994)
- Minusvalía: “Situaciones dentales imposibilitantes de llevar a cabo una vida con plena normalidad.” (Locker, 1994)
- Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Index Profile - OHIP): “Instrumento que permite evaluar la percepción sobre salud oral en pacientes y su impacto en la calidad de vida diaria.” (Slade & Spencer, 1994)

2.5 Fundamentos teóricos que sustenta las hipótesis

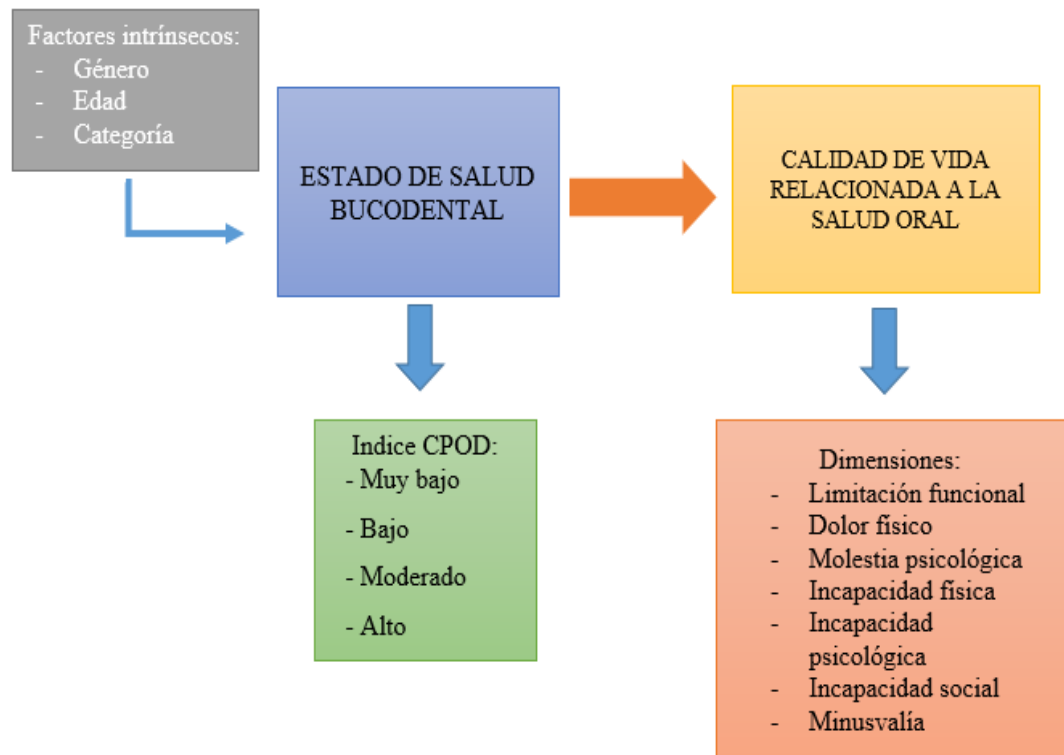


Figura 06. Esquema de relación entre estado de salud bucal y calidad de vida.

Elaboración propia

2.6 Hipótesis

2.6.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad en el año 2020.

2.6.2 Hipótesis Específicas

Hipótesis 1:

Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión “limitación funcional” del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad en el año 2020.

Hipótesis 2:

Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad en el año 2020.

Hipótesis 3:

Existe relación significativa entre el estado de salud y la dimensión “malestar psicológico” del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad en el año 2020.

Hipótesis 4:

Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad en el año 2020.

Hipótesis 5:

Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica” del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad en el año 2020.

Hipótesis 6:

Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad en el año 2020.

Hipótesis 7:

Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión minusvalía del personal policial usuario de un Centro Odontológico, según género y edad en el año 2020.

2.7 Variables

✓ Independiente

- Estado de Salud Bucal

Definición conceptual:

De acuerdo con la OMS (1996), es el “estado de bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, vinculado con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.”

Definición operacional:

Variable unidimensional en la población de estudio medida a través del indicador Índice CPOD.

Tabla 03

Operacionalización de la variable Salud bucal

Dimensión	Indicador	Escala de medición	Niveles
Nivel de experiencia de caries	Índice CPOD	C: N° de dientes cariados	Muy bajo: < 5
		P: N° de dientes perdidos a causa de caries	Bajo: 5 – 8.9
		O: N° de dientes obturados	Moderado: 9 – 13.9
		I-CPOD: Sumatoria de C+P+O	Alto: > 13.9

Fuente: Índice CPOD. WHO (2013) Oral health surveys: basic methods.

✓ **Dependiente**

- Calidad de vida relacionada a la salud

Definición conceptual:

“La percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural” (WHO, 1993)

Definición operacional:

Variable multidimensional en la población de estudio medida a través de siete indicadores: limitación funcional, dolor físico, incapacidad física, malestar psicológico, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía.

Tabla 04

Operacionalización de la variable Calidad de vida relacionada a la salud oral

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Niveles
Limitación funcional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para pronunciar palabras ▪ Cambio en el sabor de los alimentos 	Ordinal	Excelente: 10 - 14 Regular: 5 - 9 Mala: 0- 4
Dolor físico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de dolor en la boca ▪ Presencia de molestia al comer 		
Incapacidad física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambio de los alimentos ▪ Interrupción de los alimentos 		
Malestar psicológico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupación por los problemas bucales ▪ Sensación de estrés 		
Incapacidad psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de dificultades para descansar ▪ Sensación de vergüenza por los problemas bucales 		
Incapacidad social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irritabilidad por problemas bucales ▪ Dificultades para hacer actividades diarias 		
Minusvalía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de vida menos agradable ▪ Incapacidad para realizar actividades diarias 		

Fuente: OHIP-14. Slade (1997) Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.*; 25:284-90.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo, método y diseño de la investigación.

- **Enfoque**

La investigación sigue un Enfoque Cuantitativo, dado que, según Sampieri (2010), “usa la recolección de datos para probar una hipótesis, basado en la medición numérica y el análisis estadístico, estableciendo patrones de comportamiento y la prueba de teorías.”

- **Tipo de investigación**

Es de tipo aplicado dado que, según Tamayo (2004): “busca confrontar la teoría con la realidad mediante el estudio y aplicación de la investigación a problemas concretos, en circunstancias y características concretas”. Asimismo, es descriptiva, puesto que trabaja sobre realidades, permitiendo una interpretación correcta de la misma.

- **Método de la investigación**

El método, correspondiente al nivel o alcance del estudio, es Correlacional, dado que, teniendo un enfoque cuantitativo, según Hernández (2010) tiene por objetivo “conocer el grado de relación entre dos o más variables en una muestra seleccionada.”

- **Diseño de la investigación**

Diseño no experimental de acuerdo con lo referido por Hernández (2010), que señala que “la investigación no experimental se realiza sin manipulación de las variables con la intención de observar los fenómenos objetivamente en el ámbito real”. Según Carrasco Díaz (2006, p.72-75) es de diseño transeccional o transversal dado que es de “utilidad en las investigaciones de hechos y fenómenos de la realidad en un momento determinado del tiempo”. Asimismo, es de diseño correlacional, pues busca determinar el grado de afinidad entre las variables que se estudien mediante el análisis de la conexión entre actos y acontecimientos de la realidad y su nivel de influencia.

3.2 Población y muestra

La población y muestra estuvo conformada por el total de efectivos policiales usuarios (N = 169) de la Clínica Policial Especializada Odontológica “MSG”, que acudieron a consulta en el mes de febrero del año 2020, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión

Se consideró a los pacientes que cumplieron con las siguientes características:

- Ser de ambos géneros
- Tener entre 18 y 60 años
- Ser efectivos policiales en actividad
- Ser pacientes nuevos y/o re ingresantes en el establecimiento de salud
- No ser familiares directos de algún trabajador de la clínica

Criterios de exclusión

Se consideró a los pacientes que cumplieron con las siguientes características:

- Ser referidos para tratamientos altamente especializados por patologías médicas
- Ser menores de 18 o mayor de 60 años
- Ser pacientes continuadores en la atención

La población estudiada, estuvo conformada por 169 pacientes, siendo 81.1% de género masculino y 18.9% de género femenino.

Tabla 05:

Distribución del personal policial según género

GÉNERO	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	18.9 %
Masculino	137	81.1 %
Total	169	100%

Nota: Elaboración propia. Software SPSS 26.0

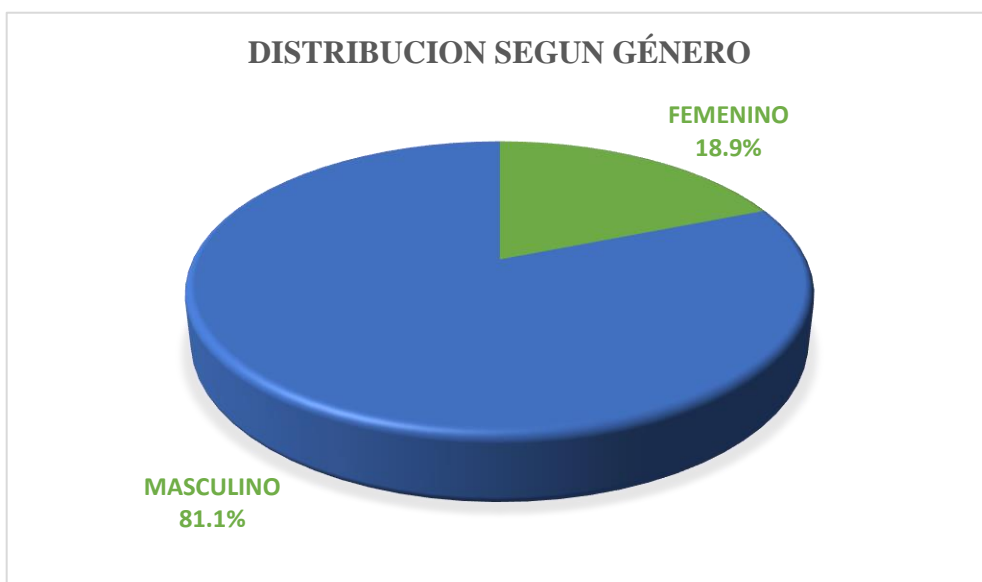


Figura 07: Distribución del personal policial según género. Elaboración propia.

Las edades de los participantes fluctuaron entre los 20 y 60 años. Se conformaron 3 grupos para su mejor análisis, siendo distribuidos: el primer grupo de 20 a 32 años con un 33.7% del total, el segundo de 33 a 50 años con un 32.5% y el tercero de 51 a 60 años con un 33.7%.

Tabla 06:

Distribución por edad del personal policial

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 a 32	57	33.7%
33 a 50	55	32.5%
51 a 60	57	33.7%
TOTAL	169	100 %

Nota: Elaboración propia.

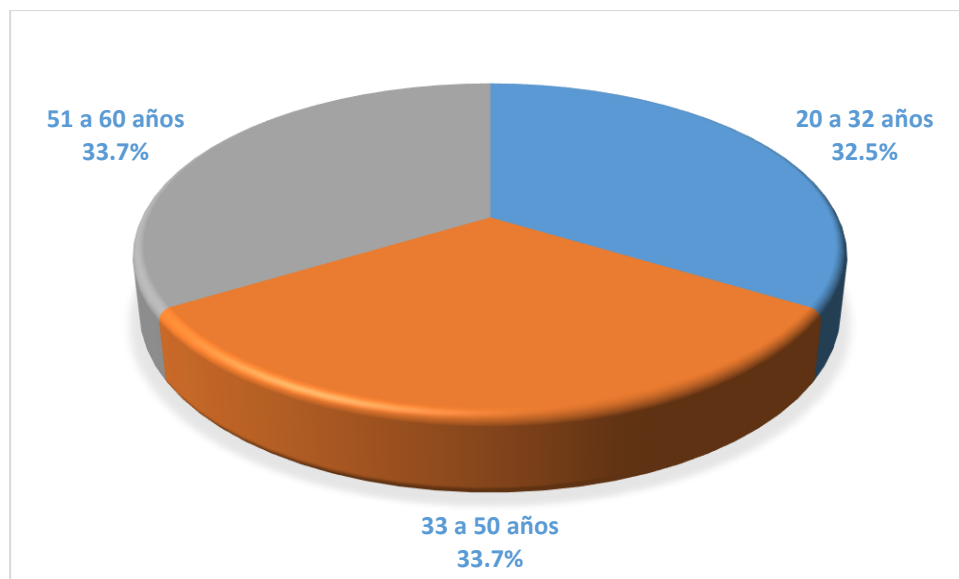


Figura 08: Distribución del personal policial según edad. Fuente: Elaboración propia.

3.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos (validez y confiabilidad)

3.3.1 Lista de Verificación Índice de Caries, perdidas y obturaciones – CPOD

Dentro de los indicadores que la OMS considera para la medición de caries, se halla el “Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (I-CPOD)”, el cual es utilizado frecuentemente en estudios epidemiológicos por su facilidad y gran probabilidad de réplica que permite una fácil comparación entre diversas poblaciones, o en una misma población en diferentes momentos, así como la valoración de medidas de precaución.

La finalidad del uso del I-CPOD es valorar la experiencia de caries mediante la sumatoria del número de dientes cariados, perdidos y obturados. El resultado se obtiene por un promedio, pudiendo categorizar el nivel de repercusión de la enfermedad cumpliendo los criterios de la OMS.

Con referencia a la valoración de caries dental, la prevalencia y la repercusión de la enfermedad deben informarse como indicadores epidemiológicos estándar:

El símbolo C referido al número de dientes con lesiones de caries.

El símbolo P referido a los dientes perdidos.

El símbolo O referido a los dientes restaurados.

El símbolo D referido para señalar como unidad de estudio al diente o al número de dientes permanentes lesionados.

El índice se determina mediante la sumatoria de los tres componentes:

Índice CPOD Individual = C+P+O

Índice COP comunitario o grupal = CPO total/Total de examinados

En el caso de población adulta, la OMS toma en cuenta valores para identificar los niveles de experiencia de caries.

Tabla 07

Niveles de experiencia de caries según I-CPOD

Niveles de Experiencia de caries	
Muy bajo:	< 5
Bajo:	5 – 8.9
Moderado:	9 – 13.9
Alto:	> 13.9

Nota: Adaptado WHO. (2013) Oral health surveys: basic methods-5th ed. WHO Library Cataloguing-in-Publication data. France

a. Criterio de confiabilidad

La OMS (2013) indica que para un registro confiable del Índice CPOD, asegurando la interpretación, entendimiento y aplicación de los criterios y códigos para las condiciones bucales observadas, se debe examinar la consistencia del único examinador o de cada examinador individual (intra e inter examinador, en caso de ser varios examinadores). En esta investigación, al ser un único examinador el involucrado en la recolección de datos, se determinó la consistencia de sus criterios de diagnóstico al examinar un grupo de 25 sujetos dos veces en un mismo día, con un intervalo de 1 hora entre examinaciones, de esta forma se verificó la estimación de la variabilidad de los diagnósticos, encontrando una variabilidad mínima (Test

Kappa 0.75, IC 95%), por tanto, se alcanzó una consistencia aceptable. (WHO, 2013)

b. Criterio de Validez

De acuerdo con la OMS (2013), el índice CPOD es válido para el contraste entre el estado de salud dental de poblaciones distintas, por tanto, es el índice más utilizado alrededor del mundo. El análisis de su validez, realizado por Silva (2014) indica una alta sensibilidad (81,8%; IC 95%: 78.7%-84.7%) y especificidad (78.1%: IC 95%: 73.3%-82.4%), asimismo Bhoopathi (2017) encontró una sensibilidad del 69.8% y especificidad de 69.4% en relación con el Gold standard (evaluación clínica). Por tanto, su uso es válido en la planificación y monitoreo de acciones de salud oral.

3.3.2 Encuesta Perfil de impacto salud oral (OHIP-14)

El OHIP-14, de acuerdo a lo descrito por Slade (1997), es un instrumento de evaluación que proporciona una forma de medir claramente la autopercepción de disfunciones, incomodidades y minusvalías imputadas a las condiciones orales. Este instrumento evalúa la deficiencia en las dimensiones física, psicológica y social. En general, no evalúa el lado positivo de la salud oral, por lo contrario, expresa resultados desfavorables vinculados a la salud oral. El instrumento consiste de 14 preguntas, distribuidas en 7 dominios de acuerdo a Locker (1994): “limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad social, incapacidad psicológica y discapacidad o minusvalía”, donde cada una consta de 2 preguntas. Mediante la encuesta o la entrevista, son obtenidas las respuestas y valoradas por la escala de Likert, con rangos entre 0 a 4, donde el 0 es el valor más bajo que representa al nunca, 1 al casi nunca, 2 algunas veces, 3 frecuentemente y 4 muy frecuentemente o siempre. Luego se consolidan los valores de cada dimensión, resultando valores entre 0 puntos como mínimo y 56 puntos como máximo. Una alta puntuación indica la dificultad que tiene el individuo en su llevar a cabo sus labores diarias, producto de las condiciones orales, y la urgencia de atención odontológica. Asimismo, el OHIP-14 ha sido validado por muchos estudios en diferentes poblaciones, mostrando tener buen constructo, así como validez discriminativa y longitudinal.

a. Criterio de confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del OHIP-14 para la versión en español a ser utilizada en el presente estudio, fue obtenida por Montero-Martin (2009) mediante el uso de dos métodos diferentes de puntuación total (el Aditivo y el Conteo simple), encontrando que el “coeficiente de confiabilidad” (alfa de Cronbach) del OHIP-14SP está por encima del límite recomendado de 0.7 y es considerado excelente (alfa: 0.89), concluyendo que es un instrumento conciso, aceptable y confiable en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral de población adulta en España. En Ecuador, Guamán (2017) también determinó el valor del alfa de Cronbach, resultando ser equivalente a 0.856, lo que indica que el OHIP-14SP es un buen instrumento, que exhibe una consistencia interna adecuada, confiriéndole confiabilidad. Asimismo, en el Perú, Espinoza (2017) evaluó la consistencia interna del OHIP-14SP, mediante el coeficiente de confiabilidad, Alpha de Cronbach, encontrando un valor de 88%, demostrando una alta consistencia interna, por tanto, este indicador es considerado válido y confiable para medir la “calidad de vida relacionada con la salud bucal” en población adulta peruana.

b. Criterio de validez del instrumento

La validez de constructo fue obtenida por Montero-Martin (2009) encontrando alta correlación entre los criterios clínicos y las necesidades normativas ($r=0.49$, $p<0.01$), asimismo obtuvo la validez discriminativa entre grupos obteniendo un $p<0.01$. Asimismo, tomando en cuenta que la población de estudio es el personal policial usuarios del Centro Odontológico de la ciudad de Lima-Perú, se consideró pertinente efectuar la validez de contenido por criterio de jueces para evaluar la pertinencia, relevancia y calidad del instrumento. Esto se realizó con la participación de 5 expertos cirujanos dentistas (3 pertenecientes a la PNP y 2 de instituciones públicas o privadas). Para ello se utilizó el método de juicio de expertos mediante el coeficiente V-Aiken, a través del cual se obtuvo una validez entre 0.80 y 1.00, con un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 08*Coefficiente de Validez V de Aiken del OHIP-14SP*

Decisión por Jueces						
Ítem	1	2	3	4	5	V
1	A	D	A	A	A	0.80
2	A	A	A	A	A	1.00
3	A	A	A	D	A	0.80
4	A	A	A	A	A	1.00
5	A	A	A	A	D	0.80
6	A	A	A	A	A	1.00
7	A	A	A	A	A	1.00
8	A	A	A	A	A	1.00
9	A	A	A	A	A	1.00
10	A	A	A	A	A	1.00
11	A	A	A	A	A	1.00
12	A	A	A	A	A	1.00
13	A	A	A	A	A	1.00
14	A	A	A	A	A	1.00
						0.96

Nota: Elaboración propia

Tabla 09:*Técnicas e instrumentos*

Variable independiente	Indicador	Técnica	Instrumento
Salud Bucal	Nivel de experiencia de caries	Lista de verificación	Lista de cotejo sobre el Índice de Caries-CPOD
Variable Dependiente	Indicador	Técnica	Instrumento
Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral	Limitación funcional Dolor físico Incapacidad física Malestar psicológico Incapacidad psicológica Incapacidad social Minusvalía	Encuesta	OHIP-14SP

Nota: Elaboración propia

3.4 Descripción de procedimientos de análisis

Para iniciar el proceso de recolección de datos, se procedió a solicitar permiso para la aplicación del proyecto de tesis en la Clínica Policial Odontológica Especializada SO2PNP MSG, así como a la Oficina de Capacitación e Investigación, perteneciente a la Dirección de Sanidad de la PNP, ente regulador de los estudios de investigación en Salud de la Policía Nacional del Perú, que después de evaluar el proyecto de tesis, aprobaron la ejecución del mismo en las instalaciones y plazos requeridos.

Luego de obtenida la autorización correspondiente, se identificó a los usuarios nuevos que asisten a consulta en la Clínica Policial Odontológica Especializada SO2PNP MSG, específicamente al área de Diagnóstico, que es el servicio que brindó la primera atención odontológica consistente en la evaluación clínica del paciente, y del cual se derivó a los consultorios correspondientes para su tratamiento especializado. Se realizó la primera parte de la entrevista que consistió en la atención odontológica de evaluación diagnóstica, en la cual se aplicó el instrumento de recolección de datos de evaluación del estado de salud bucal, obteniendo el índice CPOD de cada paciente.

Posteriormente, se procedió a realizar la segunda parte de la entrevista que consistió en la administración del instrumento de recolección de datos OHIP-14SP mediante llamadas telefónicas, de acuerdo con las consideraciones éticas, explicando el consentimiento informado en forma verbal. Asimismo, antes de iniciar, se manifestó a los participantes que la información tiene carácter confidencial y se les indicó que dicha información sería procesada a nivel grupal, sin brindar información individual. Luego, se procedió a realizar la encuesta de “Perfil de Impacto de Salud Oral, OHIP-14SP” (Anexo 06), previamente validada por estudios a nivel internacional y nacional, la cual constó de catorce preguntas, luego de que el entrevistador procedió a dar lectura de las preguntas en forma ordenada, se esperó la respuesta del entrevistado, la cual fue anotada en la ficha de recolección respectiva.

Una vez culminado con la aplicación de los instrumentos en la muestra seleccionadas, se procedió a realizar las mediciones correspondientes para calibrar, estudiar y comprobar los datos, obteniendo información idónea y precisa para el análisis

de los resultados de la investigación y determinar de esta manera el grado de correlación entre el “estado de salud bucal” y la “calidad de vida” de los usuarios efectivos policiales que acuden a la Clínica Policial Odontológica Especializada SO2PNP MSG. Para tal fin, se ejecutó la matriz de análisis de datos mostrada en la Tabla 8.

Tabla 10:

Matriz de Análisis de datos

Variable Dependiente	Indicador	Escala de medición	Estadísticos descriptivos	Análisis inferencial
Salud Bucal	Nivel de experiencia de caries	Ordinal	Moda Media Mediana	U Mann-Whitney Correlación de Spearman
Variable Dependiente	Indicador	Escala de medición	Estadísticos descriptivos	Análisis inferencial
Calidad de Vida relacionada a la Salud Oral	Limitación funcional Dolor Físico Incapacidad física Malestar psicológico Incapacidad psicológica Incapacidad social Minusvalía	Ordinal	Moda Media Mediana	U Mann-Whitney Correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia

Con la finalidad de analizar los datos obtenidos, se procedió a depurarlos mediante una base de datos en Excel Microsoft 365, y luego se realizó el procesamiento por medio del programa estadístico SPSS 26.0, empleándose la estadística descriptiva (tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión), además se empleó la estadística inferencial en tablas de contingencia, para ello, primero se ejecutó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, encontrándose una distribución no normal en ambos casos, por lo que se estimó utilizar pruebas no paramétricas tales como U Mann-Whitney para dos grupos o H Kruskal-Wallis para analizar más de dos grupos, utilizando un nivel de significancia de 0.05.

Asimismo, para cumplir con establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa, entre las variables de estudio de tipo ordinal, se utilizó el Coeficiente de asociación de Spearman, el cual posibilita obtener un factor de asociación

entre variables que no se conducen con normalidad. Los valores obtenidos van desde -1 hasta 1, siendo los valores extremos los que señalan mayor correlación entre variables, y 0 el punto que indica que no existe correlación. El tipo de relación se evidencia mediante el signo del coeficiente, directa (positivo) o inversa (negativo). Cabe mencionar que la correlación no supone una relación causal. Para interpretar los resultados se consideró las escalas presentadas por Sampieri (2010), quien denomina el grado de relación de 0 a 0.09 “correlación muy débil”, de 0.10 a 0.24 “correlación débil”, de 0.25 a 0.49 “correlación media”, de 0.50 a 0.74 “correlación considerable”, de 0.75 a 0.89 “correlación muy fuerte” y de 0.90 a 1 “correlación perfecta”.

Respecto al análisis de las variables, tomando sus categorías nominales, se tiene que la variable estado de salud bucal fue categorizada en niveles de experiencia de caries, de acuerdo con los valores obtenidos por el Índice CPOD, y con la clasificación para la población adulta desarrollada por la OMS, donde se considera un nivel “muy bajo” a los valores menores a 5, “bajo” a los valores entre 5 y 8.9, “moderado” a los valores entre 9 y 13.9 y “alto” a los valores mayores a 13.9, cuya interpretación para la variable de estudio es que a mayor nivel de experiencia de caries, menor es el estado de salud bucal de la población.

Tabla 11

Correspondencia de los niveles de experiencia de caries con el estado de salud bucal

Niveles de Experiencia de caries	Estado de salud bucal
Muy bajo (< 5)	Muy Bueno
Bajo (5 - 8.9)	Bueno
Moderado (9 - 13.9)	Regular
Alto (>13.9)	Malo

Nota: Elaboración propia. Fuente: OMS

Finalmente, con el objetivo de identificar el impacto de las dimensiones de calidad de vida, se determinó que éstas no demostrarían impacto cuando el puntaje era 0 y que si presentarían impacto con un puntaje mayor a 1. Luego, se sumó dichos resultados con la finalidad de categorizar el nivel de calidad de vida, se usaron las categorías del “Perfil

de Impacto en Salud Oral”: Excelente, Regular y Mala calidad de vida, descritas y utilizadas por Batista (2014) y Espinoza (2017), y obtenidas mediante la suma de los resultados de los 14 ítems del cuestionario OHIP-14SP, las cuales se dicotomizaron en los valores 0 (si no presentó o nunca) y 1 (si presentó alguna frecuencia de problemas relacionados a la salud oral), obteniendo las siguientes categorías:

Tabla 12

Niveles de calidad de vida obtenidos del OHIP-14SP

Nivel de calidad de vida	Puntuación
Excelente	de 0 a 4 puntos
Regular	de 5 a 9
Mala	de 10 a 14

Nota: Elaboración propia. Fuente: Batista (2014)

CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Resultados de la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida

4.1.1.1 Resultados del estado de la salud bucal

Al evaluar los resultados del estado de la salud bucal obtenido a través “Índice de dientes cariados, perdidos y obturados, I-CPOD” del personal policial, se estimó que el Índice CPOD grupal, resultado de la suma total de los valores de dientes cariados, perdidos y obturados entre el número de examinados, tuvo un valor de 16.93, el cual es considerado de un nivel ALTO, según los valores que la OMS toma al identificar los niveles de experiencia de caries en adultos.

$$\text{I-CPOD grupal} = \frac{\text{CPOD total}}{\text{Total de individuos}}$$

$$\text{I-CPOD grupal} = \frac{2861}{169} = 16.93$$

Al evaluar independientemente cada uno de los 3 componente del índice CPOD (dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados), se encontró un Índice de caries de 5.70, un índice extracciones de 3.52 y un índice de obturaciones de 7.99. Resultados que indican que los tres índices tienen un alto valor, evidenciando la alta prevalencia de caries en el personal policial, que determina la alta necesidad de atención odontológica.

A partir de este índice la distribución del estado de salud bucal según género y edad. Para tal fin, primero se efectuó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, encontrándose una distribución no normal en ambos casos, por lo que se estimó utilizar pruebas no paramétricas, tales como: U Mann-Whitney para dos grupos, en el caso del género, encontrándose un valor de p de 0.237, mayor al valor p de 0.05, lo cual indica

que no hay diferencias en el estado de salud bucal entre el personal femenino y masculino. Y, para el caso de la edad se utilizó la H Kruskal-Wallis para el análisis de más de dos grupos, encontrándose un valor p de 0.021, menor al valor p de 0.05, lo cual indica que, si hay diferencias entre el estado de salud bucal entre el personal policial y la edad, esto significa que al aumentar la edad disminuye el estado de salud bucal.

Luego, al analizar independientemente los componentes del estado de salud bucal (Índice de caries, índice de extracciones e índice de obturaciones), con los factores intrínsecos tales como género y edad, se encontró únicamente diferencias significativas (valor p: 0.00, $p < 0.05$) entre el componente de índice de extracciones (promedio de dientes perdidos) y la edad del personal policial participante, es decir, el número de dientes perdidos aumenta conforme la edad.

Tabla 13

Distribución de los componentes del estado de salud bucal (dientes cariados, perdidos y obturados) del personal policial, según género y edad

FACTORES	N	Dientes cariados ±DE	Dientes perdidos ± DE	Dientes obturados ± DE	CPOD ± DE
GENERO					
Femenino	32	5.78 ± 4.89	3.22 ± 3.22	8.66 ± 4.89	16.94 ± 6.9
Masculino	137	5.69 ± 4.23	3.59 ± 3.32	7.83 ± 4.29	16.93 ± 4.89
U Mann W		2131.00	2048.00	1969.00	1898.00
Valor p		0.806 ¹	0.56 ¹	0.37 ¹	0.237 ¹
EDAD					
20 a 32 años	57	6.96 ± 5.51	1.74 ± 1.91	7.40 ± 4.31	15.72 ± 5.92
33 a 50 años	55	4.84 ± 2.49	3.89 ± 3.41	8.16 ± 4.83	16.42 ± 5.85
51 a 60 años	57	5.28 ± 3.93	4.95 ± 3.50	8.40 ± 4.10	18.63 ± 3.42
-Wallis		2.593	30.937	1.443	7.745
Valor p		0.274 ²	0.00 ²	0.486 ²	0.021 ²

Nota: Pruebas usadas, pruebas de tendencia no paramétrica ¹ Mann-Whitney, ² Kruskal-Wallis.

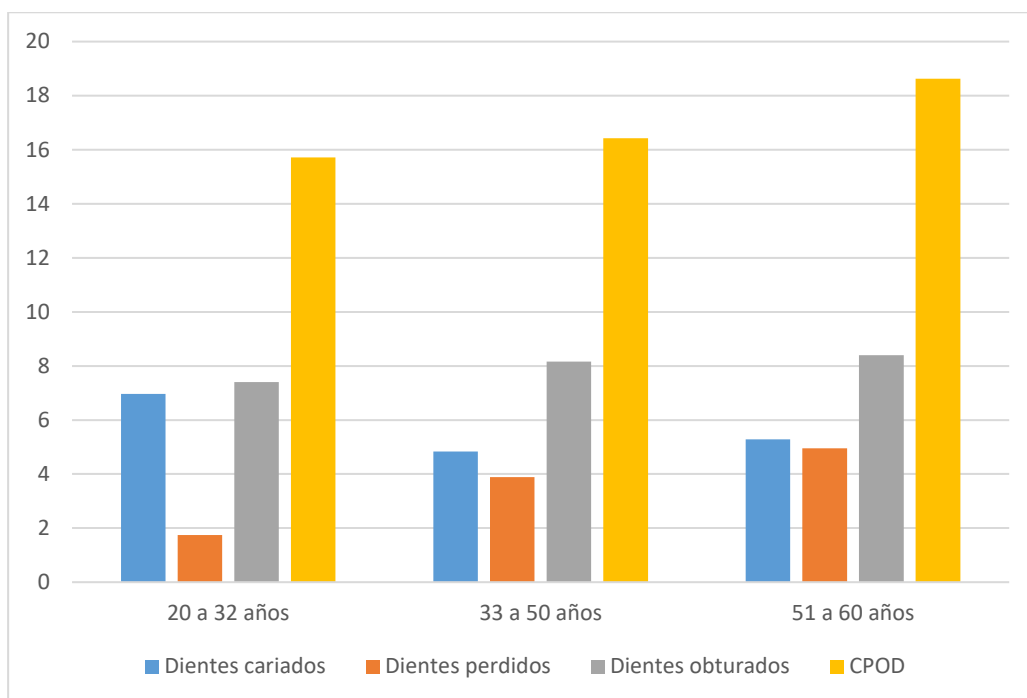


Figura 09: Distribución de la media de los componentes del estado de salud bucal (dientes cariados, perdidos y obturados) del personal policial según la edad.

Con los datos numéricos obtenidos por el Índice CPOD, se determinaron los niveles de experiencia de caries “indicador del Estado de Salud bucal”, los que se agruparon en tres categorías: bajo (5 - 8.9), moderado (9 - 13.9) y alto (>13,9), entendiéndose que una categoría “Baja” de nivel de experiencia de caries determina un “Buen estado de salud bucal”, una categoría “Moderada”, un “Regular estado de salud bucal” y una categoría de “Alta” de nivel de experiencia de caries, un “Mal estado de salud bucal”. Encontrando que un **79.9 %** del personal policial presenta **un mal estado** de salud bucal, un 15.4% un regular estado de salud bucal y un 4.7% un buen estado de salud bucal.

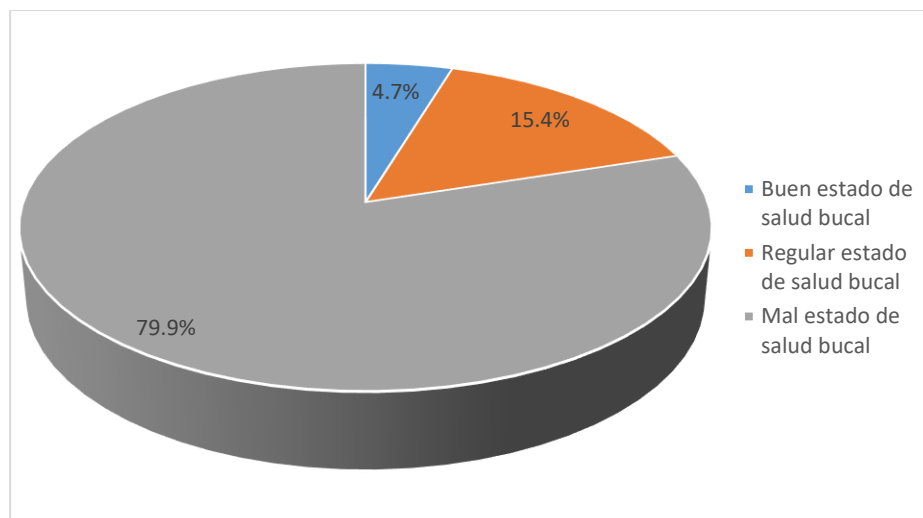


Figura 10. Nivel de estado de salud bucal del personal policial

Respecto a la distribución de los participantes según género de acuerdo con los niveles establecidos, se observa que, entre el personal femenino analizado, el 81.3% presenta un mal estado de salud bucal, mientras que un 12.5% un buen estado de salud bucal. Por otro lado, en el personal masculino, el 79.6% presenta un mal estado de salud bucal y sólo un 2.9% un buen estado de salud bucal. Estos resultados fueron corroborados con la prueba estadística Chi Cuadrado, con la cual se encontró diferencias significativas entre los niveles del estado de salud bucal y el género ($X^2=7.180$, $p=0.028$, $p<0.05$), lo que indica que el personal policial femenino presenta un mejor estado de salud bucal que el personal masculino.

Tabla 14

Distribución porcentual del estado de salud bucal del personal policial según género

		Género				Total	
		Femenino		Masculino		N	%
Estado de salud bucal		N	%	N	%		
Estado de salud bucal	Bueno	4	12,5%	4	2,9%	8	4,7%
	Regular	2	6,3%	24	17,5%	26	15,4%
	Malo	26	81,3%	109	79,6%	135	79,9%
Total		32	100,0%	137	100,0%	169	100,0%

Nota: Elaboración propia. *Prueba Chi Cuadrado, $X^2=7.180$, $p=0.028$, $p<0.05$.

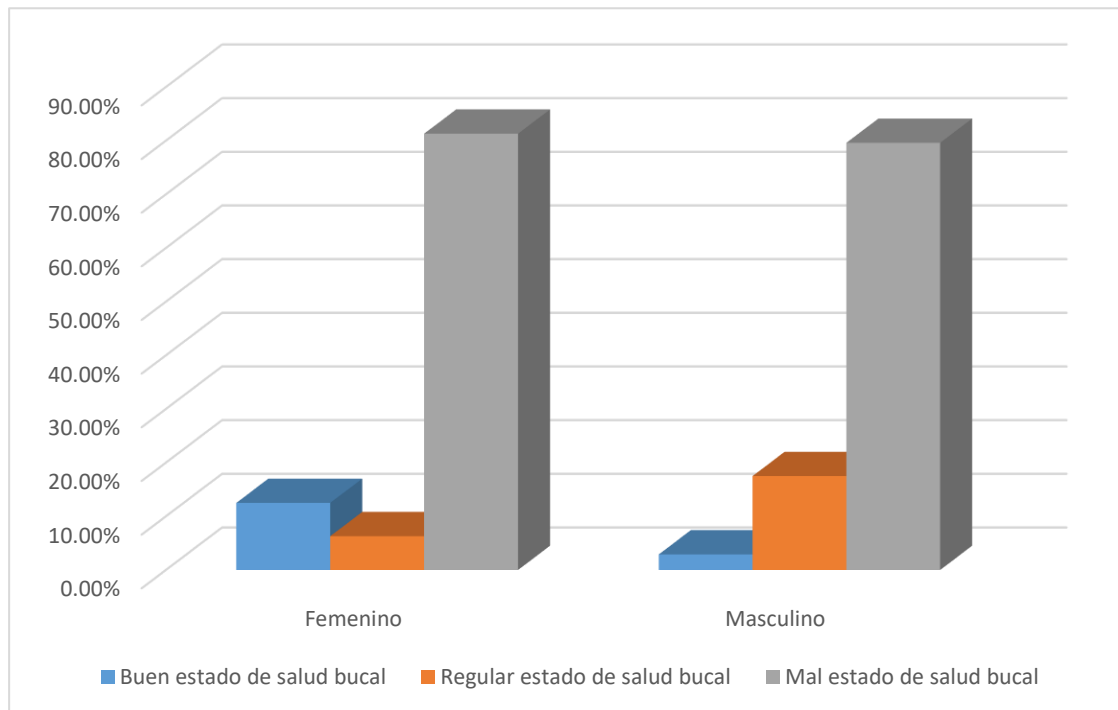


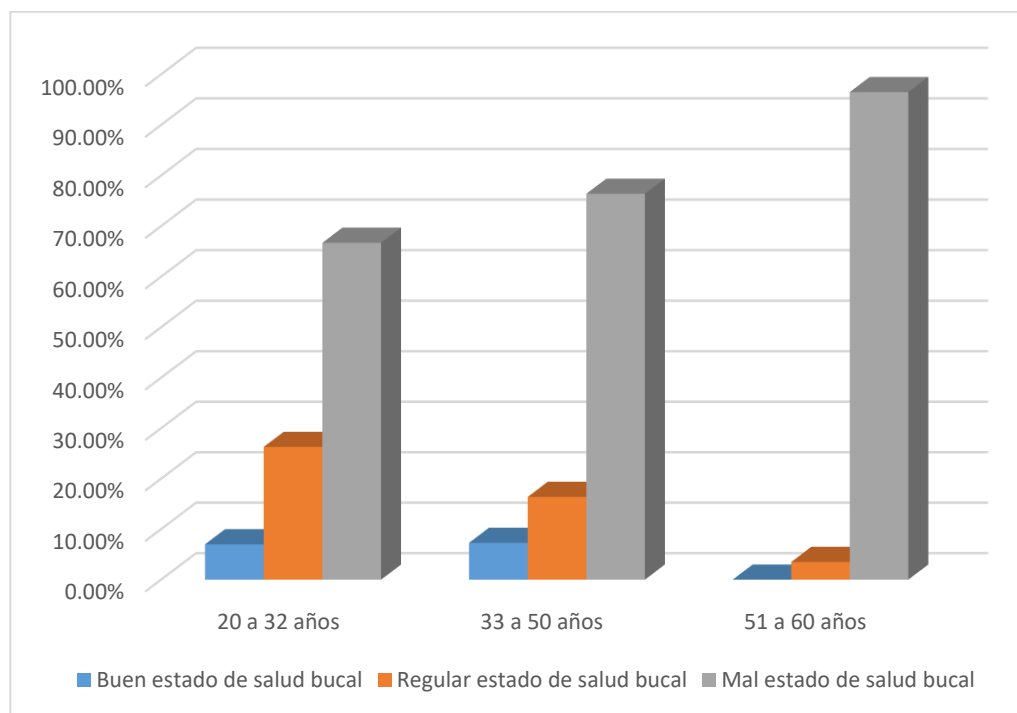
Figura 11: Distribución porcentual del estado de salud bucal del personal policial según género

Asimismo, se analizó la distribución de los niveles del estado de salud bucal según la edad, encontrándose que el grupo de mayor edad (51 a 60 años) presenta en su mayoría un mal estado de salud bucal 96.5%, seguido por el grupo de edad (33 a 50 años) con un 76,4% y por último por el grupo de edad (20 a 32 años) con un 66.7%. Estos resultados fueron igualmente corroborados con la prueba de Chi cuadrado para determinar la vinculación entre los niveles de experiencia de caries (estado de salud bucal) y la edad de los participantes, obteniendo que existe diferencias significativas entre dichas variables ($X^2= 17.062$, $p=0.002$, $p<0.05$). Lo que indica que conforme aumenta la edad, el estado de salud bucal de los efectivos policiales se deteriora.

Tabla 15*Distribución porcentual del estado de salud bucal del personal policial, según edad*

		Edad						Total	
		20 a 32 años		33 a 50 años		51 a 60 años		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%
Estado de salud bucal	Bueno	4	7,0%	4	7,3%	0	0,0%	8	4,7%
	Regular	15	26,3%	9	16,4%	2	3,5%	26	15,4%
	Malo	38	66,7%	42	76,4%	55	96,5%	135	79,9%
Total		57	100,0%	55	100,0%	57	100,0%	169	100,0%

Nota: Elaboración propia. *: Prueba Chi Cuadrado, $X^2=17.062$, $p=0.002$, $p<0.05$.

**Figura 12:** Estado de salud bucal del personal policial, según edad

4.1.2.2 Resultados de Calidad de vida

La variable calidad de vida fue analizada, en primer lugar, obteniendo la sumatoria de los valores de las siete dimensiones que involucra el Perfil de Impacto de la salud oral (OHIP-14SP). Se analizó su distribución según género y edad, no encontrándose relación significativa entre la calidad de vida del personal policial y el género (MW=1786.500, $p=0.103$, $p>0.05$), tampoco entre la calidad de vida del personal policial y su edad (KW=1.426, $p=0.490$, $p>0.05$), lo cual indica que no hay diferencias en la percepción de calidad de vida entre el personal femenino y masculino, así como no hay diferencias relacionadas con la edad.

Tabla 16

Distribución de la media de calidad de vida (OHIP-14SP) del personal policial, según género y edad

	Calidad de Vida MEDIA	Desviación estándar
GENERO: ¹		
Femenino	13.41	9.168
Masculino	10.81	8.349
EDAD: ²		
20 a 32 años	10.68	8.39
33 a 50 años	12.35	8.81
51 a 60 años	10.91	8.48
TOTAL	11.30	8.542

Nota: ¹Mann-Whitney =1786.500, $p=0.103$, $p>0.05$ ²Kruskall-Wallis = 1.426, $p=0.490$, $p>0.05$

Luego, se analizó la distribución de las respuestas emitidas en el cuestionario del “Perfil de Impacto de Salud oral (OHIP-14SP)” por cada dimensión de calidad de vida, encontrándose que en casi todas las dimensiones señalan una baja percepción de afectación en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, valorados por la respuesta “nunca” (asignada con puntaje 0) excluyendo a la dimensión “dolor físico” en la cual la mayoría del personal policial señala “a veces” haber sentido dolor en sus dientes o boca en el último año (asignado con puntaje 2) y a la dimensión “malestar psicológico en la cual el personal policial señala mayormente estar “siempre” preocupado por los problemas con su boca en el último año (asignada con puntaje 4).

Tabla 17

Distribución porcentual de la percepción de afectación en cada dimensión de la calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial

DIMENSIÓN	N° Preg	Nunca		Casi nunca		A veces		Frecuente mente		Siempre		TOTAL	
		0		1		2		3		4		n	%
	N°	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Limitación Funcional	1	139	82.2%	6	3.6%	17	10.1%	6	3.6%	1	0.6%	169	100%
Dolor Físico	2	146	86.4%	12	7.1%	7	4.1%	3	1.8%	1	0.6%	169	100%
	3	54	32.0%	15	8.9%	65	38.5%	22	13.0%	13	7.7%	169	100%
	4	87	51.5%	9	5.3%	54	32.0%	13	7.7%	6	3.6%	169	100%
Malestar Psicológico	5	18	10.7%	5	3.0%	39	23.1%	33	19.5%	74	43.8%	169	100%
	6	107	63.3%	18	10.7%	24	14.2%	10	5.9%	10	5.9%	169	100%
Incapacidad física	7	106	62.7%	8	4.7%	34	20.1%	15	8.9%	6	3.6%	169	100%
	8	126	74.6%	8	4.7%	20	11.8%	8	4.7%	7	4.1%	169	100%
Incapacidad psicológica	9	124	73.4%	11	6.5%	24	14.2%	5	3.0%	5	3.0%	169	100%
	10	103	60.9%	14	8.3%	38	22.5%	5	3.0%	9	5.3%	169	100%
Incapacidad Social	11	120	71.0%	10	5.9%	33	19.6%	2	1.2%	4	2.4%	169	100%
	12	129	76.3%	11	6.5%	23	13.6%	3	1.8%	2	1.2%	169	100%
Minusvalía	13	134	79.3%	11	6.5%	19	11.2%	3	1.8%	2	1.2%	169	100%
	14	153	90.5%	6	3.6%	7	4.1%	1	60.0%	2	1.2%	169	100%

Nota: Elaboración propia.

Estos resultados permitieron hallar la distribución del impacto de cada una de las dimensiones de la presente variable, en la calidad de vida en general respecto a su salud bucal (OHIP-14SP), mediante el siguiente criterio: SIN IMPACTO si el puntaje es igual a 0, y CON IMPACTO si el puntaje es igual a 1, 2, 3 o 4, encontrándose en términos generales que, el 95.27% del personal policial considera tener algún tipo de impacto en su calidad de vida respecto a su salud bucal. Asimismo, consideran que las dimensiones “malestar psicológico”, “dolor físico” e “incapacidad psicológica” son las que tienen un mayor impacto en su calidad de vida.

Tabla 18

Distribución del impacto de cada dimensión en la calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial

DIMENSIONES OHIP	IMPACTO			
	SIN IMPACTO (0)		CON IMPACTO (≥ 1)	
	N	%	N	%
Limitación funcional	127	75.10%	42	24.90%
Dolor físico	45	26.60%	124	73.40%
Malestar psicológico	16	9.50%	153	90.50%
Incapacidad física	99	58.60%	70	41.40%
Incapacidad psicológica	79	46.70%	90	53.30%
Incapacidad social	107	63.30%	62	36.70%
Minusvalía	128	75.70%	41	24.30%
OHIP GENERAL	8	4,73%	161	95.27%

Nota: Elaboración propia.

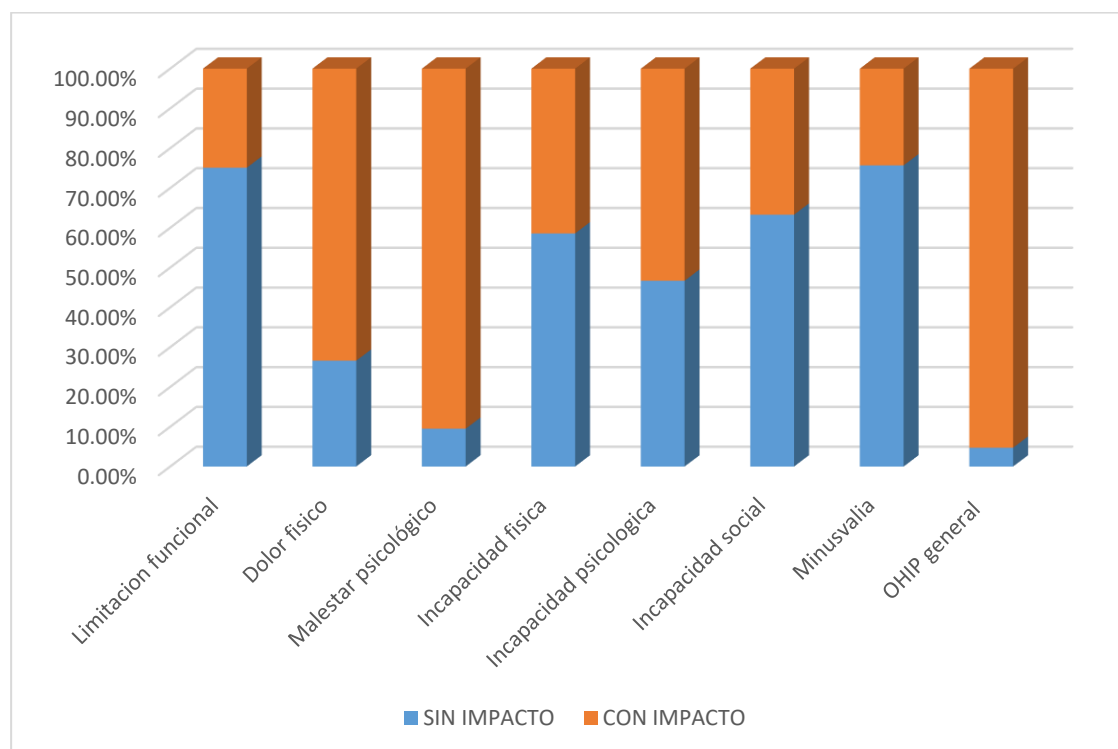


Figura 13. Distribución del impacto de cada dimensión en la calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial.

Producto de la sumatoria de los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de la variable calidad de vida, 0 = sin impacto y ≥ 1 con impacto, se obtuvieron valores entre 0 y 14 puntos, los cuales permitieron hacer una clasificación por niveles: de 0 a 4 puntos = Excelente, de 5 a 9 puntos = Regular y de 10 a 14 puntos = Mala calidad de vida, encontrándose que el 51% del personal policial perciben tener una excelente calidad de vida respecto a su salud bucal, el 38% una regular, y sólo el 11% una mala calidad.

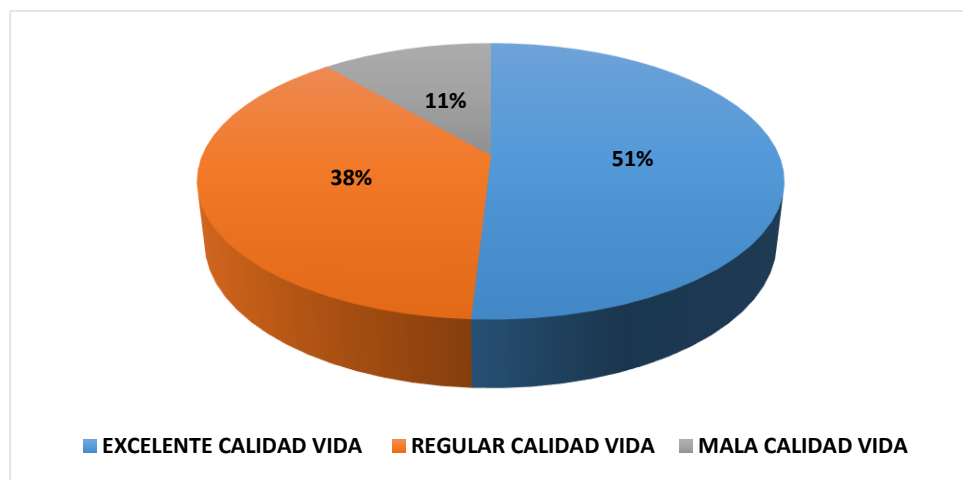


Figura 14. Nivel de calidad de vida relacionada a su salud bucal percibida por el personal policial.

Al analizar los resultados por niveles en la calidad de vida respecto a la salud bucal según género, se encontró que el mayor porcentaje del personal policiales masculino 54% considera tener una excelente calidad de vida, mientras que el personal policial femenino considera tener principalmente una regular calidad de vida 46,9%. Sin embargo, al evaluar esta diferencia mediante la prueba estadística Chi Cuadrado, no se encontró que fuera estadísticamente significativa ($X^2=2.910$, $p=0.233$, $p>0.05$), es decir, tanto el personal masculino como el femenino perciben que su calidad de vida respecto a la salud bucal es de regular a excelente.

Tabla 19

Distribución porcentual del nivel de calidad de vida respecto a la salud bucal del personal policial, según género

		Género				Total	
		Femenino		Masculino		N	%
		N	%	N	%		
Calidad de vida	Excelente	12	37,5%	74	54,0%	86	50,9%
	Regular	15	46,9%	49	35,8%	64	37,9%
	Malo	5	15,6%	14	10,2%	19	11,2%
Total		32	100,0%	137	100,0%	169	100,0%

Nota: Elaboración propia: Prueba Chi Cuadrado, $X^2=2.910$, $p=0.233$, $p>0.05$

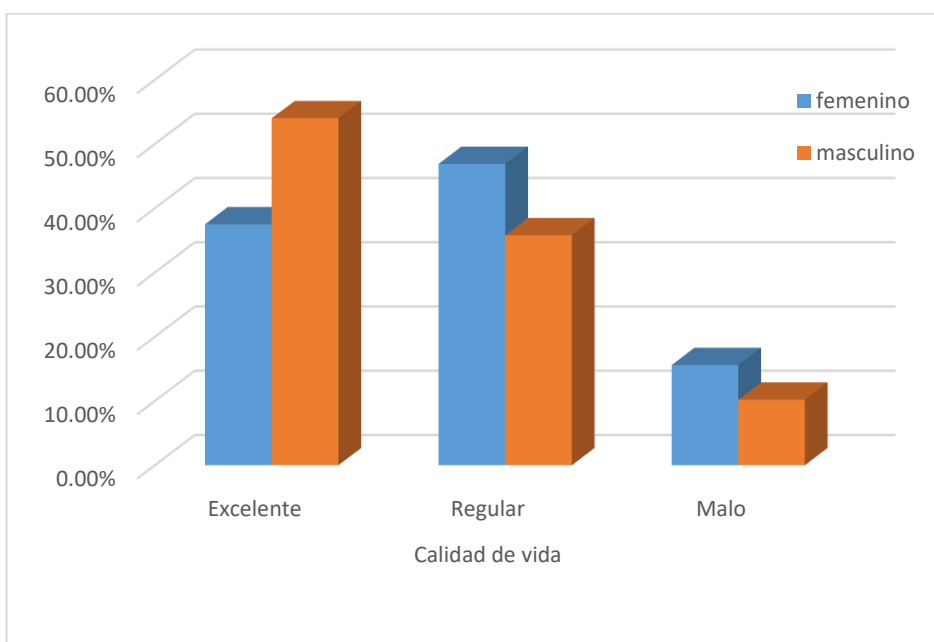


Figura 15. Distribución porcentual del nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal del personal policial, según género.

Por último, al analizar el resultado general de la calidad de vida del personal policial respecto a su salud bucal según la edad, se halló que poco más de la mitad de ellos 50,9% percibe su salud bucal como excelente. Al igual, que lo hallado en un análisis específico por grupo etario: en el grupo de mayor edad (51 a 60 años) y el de menor edad (20 a 32 años), mayormente se percibe una excelente calidad de vida (54,4% y 52,6% respectivamente), mientras que el grupo (33 a 50 años) solo el 45,5% también lo percibe

como excelente. Para analizar estos resultados se utilizó la prueba Chi cuadrada, hallándose que no existen diferencias estadísticamente significativas entre dichas variables ($X^2=1.009$, $p=0.908$, $p>0.05$), es decir, que la percepción de la calidad de vida del personal policial respecto a su salud bucal es mayormente excelente y no varía según la edad.

Tabla 20

Distribución porcentual del nivel de calidad de vida respecto a la salud bucal del personal policial, según edad

		Edad						Total	
		20 a 32 años		33 a 50 años		51 a 60 años		N	%
Calidad de vida		N	%	N	%	N	%		
Calidad de vida	Excelente	30	52,6%	25	45,5%	31	54,4%	86	50,9%
	Regular	21	36,8%	23	41,8%	20	35,1%	64	37,9%
	Malo	6	10,5%	7	12,7%	6	10,5%	19	11,2%
Total		57	100,0%	55	100,0%	57	100,0%	169	100,0%

Nota: Elaboración propia. *Prueba Chi Cuadrado, $X^2=1.009$, $p=0.908$, $p>0.05$.

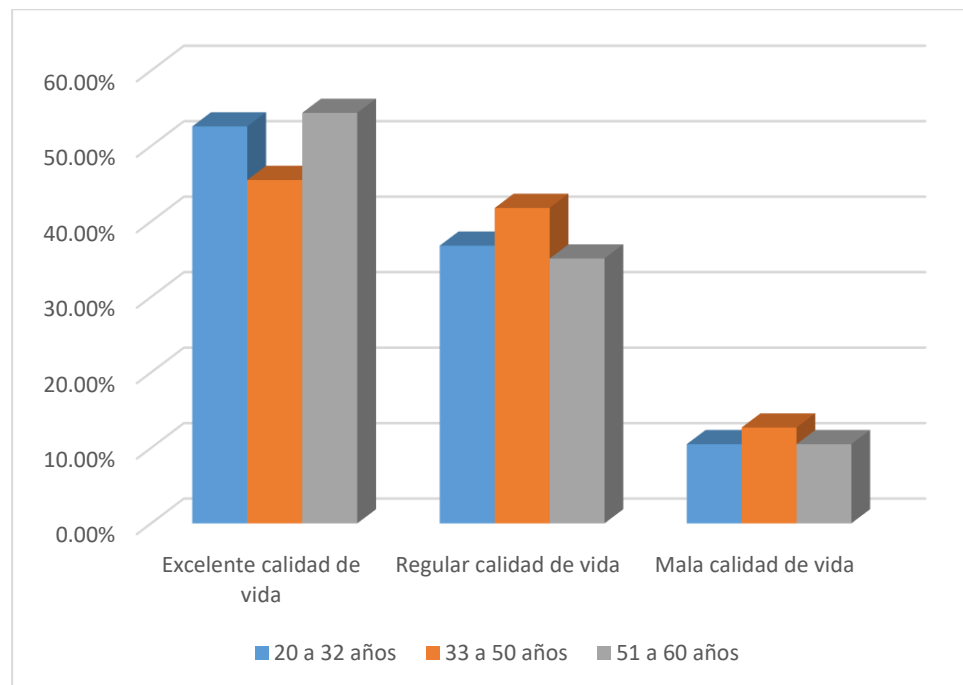


Figura 16. Distribución porcentual del nivel de calidad de vida respecto a la salud bucal del personal policial, según edad.

4.1.2.3 Resultados de la relación entre el estado de salud bucal y calidad de vida

Con la finalidad de analizar la distribución de los datos numéricos de las variables de estudio para determinar si estos tienen una distribución normal o no, se aplicó la Prueba de Normalidad de “Kolmogórov-Smirnov” por tratarse de una muestra mayor a 50 personas con la corrección de significación de Lilliefors. Los resultados obtenidos determinaron que los datos no seguían una distribución normal, por tanto, para el análisis de estos se utilizaron pruebas No Paramétricas, tales como “U Mann Whitney” y “Kruskall Wallis”.

Tabla 21

Pruebas de normalidad para las variables de estudio

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Estado de Salud Bucal (I-CPOD)	,093	169	,001
Calidad de vida (OHIP-14SP)	,103	169	,000
Limitación funcional	,441	169	,000
Dolor físico	,162	169	,000
Malestar psicológico	,148	169	,000
Incapacidad física	,337	169	,000
Incapacidad psicológica	,264	169	,000
Incapacidad social	,371	169	,000
Minusvalía	,434	169	,000

^a Corrección de significación de Lilliefors

Para comprobar la hipótesis general, se procedió a relacionar el resultado (medias) en cada una de las variables de investigación mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman, encontrándose que no existe relación significativa entre el estado de salud bucal (Índice CPOD) y la calidad de vida respecto a la salud bucal (OHIP-14SP) ($Rho=0.134$, $p=0.082$, $p>0.05$), es decir que ambas variables son independientes una de la otra, lo cual se evidencia en la Figura 16 (el diagrama de dispersión), donde no se muestra una clara relación entre ambas variables. Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis de investigación General.

Tabla 22

Relación entre el estado de salud bucal (I-CPOD) y la calidad de vida (OHIP-14SP) del personal policial

			I-CPOD	OHIP-14SP
Rho de Spearman	I-CPOD	Coefficiente de correlación	1,000	,134
		Sig. (bilateral)	.	,082
		N	169	169
	OHIP-14SP	Coefficiente de correlación	,134	1,000
		Sig. (bilateral)	,082	.
		N	169	169

Nota: Elaboración propia. Prueba de Correlación de Spearman, Rho=0.134, p=0.082, p>0.05.

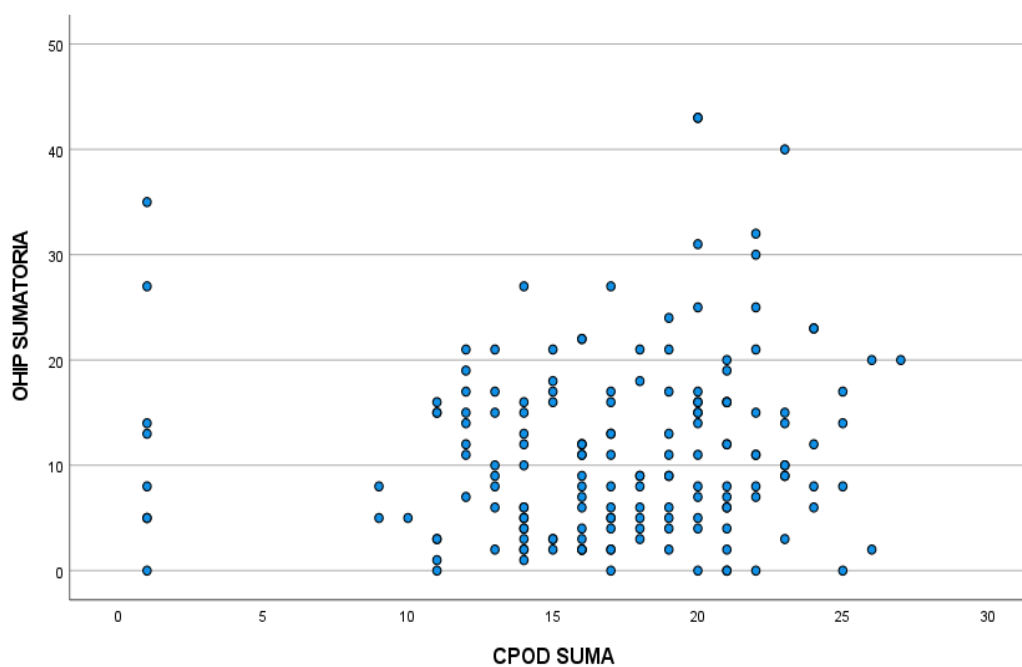


Figura 17. Diagrama de dispersión de la relación entre estado de salud bucal (I-CPOD) y calidad de vida (OHIP-14SP) del personal policial

Posteriormente, se relacionaron los resultados de los niveles del estado de salud bucal y los niveles de la calidad de vida, mediante la Prueba de Chi cuadrado, no encontrándose una relación estadísticamente significativa entre ellos ($\chi^2=4.245$, $p=0.374$; $p>0.05$), lo cual indica que no hay relación entre los niveles de cada una de las variables.

Tabla 23

Relación entre los niveles del estado de salud bucal y los niveles de la calidad de vida del personal policial

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,245	4	,374
Razón de verosimilitud	4,289	4	,368
Asociación lineal por lineal	,123	1	,726
N de casos válidos	169		

Nota: Elaboración propia. Prueba de Chi Cuadrado, $\chi^2=4.245$, $p=0.374$: $p>0.05$.

4.1.2 Resultados de la relación entre el estado de la salud bucal y las dimensiones de la calidad de vida

4.1.2.1 Resultados de la relación entre el estado de la salud bucal y la dimensión limitación funcional de calidad de vida.

La relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “limitación funcional” de calidad de vida respecto a la salud bucal hallada mediante el Coeficiente Rho Spearman, nos muestra que no existe relación significativa entre ellos ($Rho=-0.052$, $p=0.501$: $p>0.05$), por tanto, se rechaza la hipótesis específica 1. Esto significa que el personal policial no percibe que el estado de salud bucal (dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados), lo restringe en la función que cumple todo su sistema bucal.

Tabla 24

Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “limitación funcional” de calidad de vida del personal policial

			I-CPOD	Limitación funcional
Rho de Spearman	Estado de Salud bucal (I-CPOD)	Coeficiente de correlación	1,000	-,052
		Sig. (bilateral)	.	,501
		N	169	169
	Limitación funcional	Coeficiente de correlación	-,052	1,000
		Sig. (bilateral)	,501	.
		N	169	169

Nota: Elaboración propia. Coeficiente de Spearman, $Rho=-0.052$, $p=0.501$: $p>0.05$

En un análisis más fino, se halló la relación entre cada uno de los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “limitación funcional” de calidad de vida mediante la prueba Chi Cuadrado, hallándose que no existe relación significativa entre ambos ($X^2=3.696$, $p=0.158$, $p>0.05$). Hallándose que, independientemente de los niveles del estado de salud bucal del personal policial, la mayoría percibe no tener un impacto en la dimensión “limitación funcional”, es decir, no perciben tener limitaciones en la función de su sistema bucal que perjudiquen su calidad de vida.

Tabla 25

Relación entre los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “limitación funcional” de calidad de vida del personal policial

DIMENSION	ESTADO DE SALUD BUCAL					
	Bueno		Regular		Malo	
	N	%	N	%	N	%
Limitación funcional						
Sin impacto	4	50,0%	18	69,2%	105	77,8%
Con impacto	4	50,0%	8	30,8%	30	22,2%
Total	8	100,0%	26	100,0%	135	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi cuadrado, $x^2=3,696$, $p=0.158$, $p>0.05$

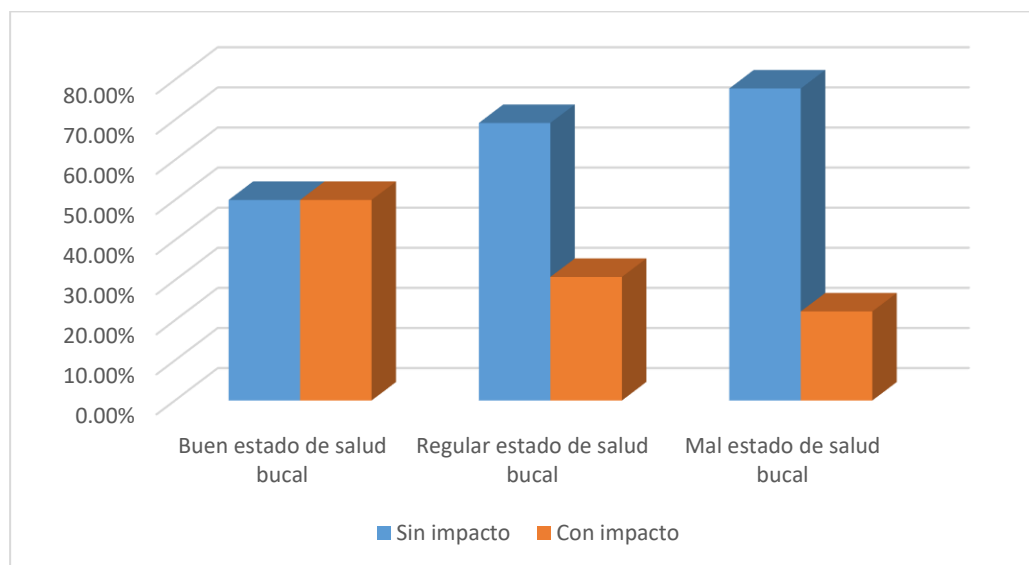


Figura 18. Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión limitación funcional del personal policial

Para hallar la relación entre estas variables según el género y la edad, también se aplicó la prueba Chi Cuadrado, no hallándose diferencias significativas en ninguna de estas variables de control.

4.1.3.2 Resultados de la relación entre los niveles del estado de la salud bucal y la dimensión dolor físico.

La relación entre los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida respecto a la salud bucal hallada mediante el Coeficiente Rho Spearman, nos muestra que no existe relación significativa entre ellos (Rho=-0.147, p=0.056: p>0.05), por tanto, se rechaza la hipótesis específica 2. Esto significa que el personal policial no percibe que el estado de salud bucal (dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados), le ocasione alguna sensación de molestia, aflicción o desagrado, que pueda influir en su bienestar.

Tabla 26

Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida del personal policial

			I-CPOD	Dolor físico
Rho de Spearman	I-CPOD	Coeficiente de correlación	1,000	,147
		Sig. (bilateral)	.	,056
		N	169	169
	Dolor físico	Coeficiente de correlación	,147	1,000
		Sig. (bilateral)	,056	.
		N	169	169

Nota: Elaboración propia. Coeficiente de Spearman, Rho=-0.147, p=0.056: p>0.05)

Asimismo, se halló la relación entre cada uno de los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida mediante la prueba Chi Cuadrado, hallándose que no existe relación significativa entre ambos ($X^2= 0.860$, p=0.650, p>0.05). Hallándose que, independientemente de los niveles del estado de salud bucal del personal policial, la mayoría percibe tener un impacto en la dimensión “dolor físico”,

es decir perciben alguna sensación de molestia, aflicción o desagrado originada por un problema dental que influye en su bienestar.

Tabla 27

Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida del personal policial

		Estado de salud bucal					
		Bueno		Regular		Malo	
		N	%	N	%	N	%
Dolor físico	Sin impacto	1	12,5%	7	26,9%	37	27,4%
	Con impacto	7	87,5%	19	73,1%	98	72,6%
Total		8	100,0%	26	100,0%	135	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi Cuadrado, $X^2= 0.860$, $p=0.650$, $p>0.05$.

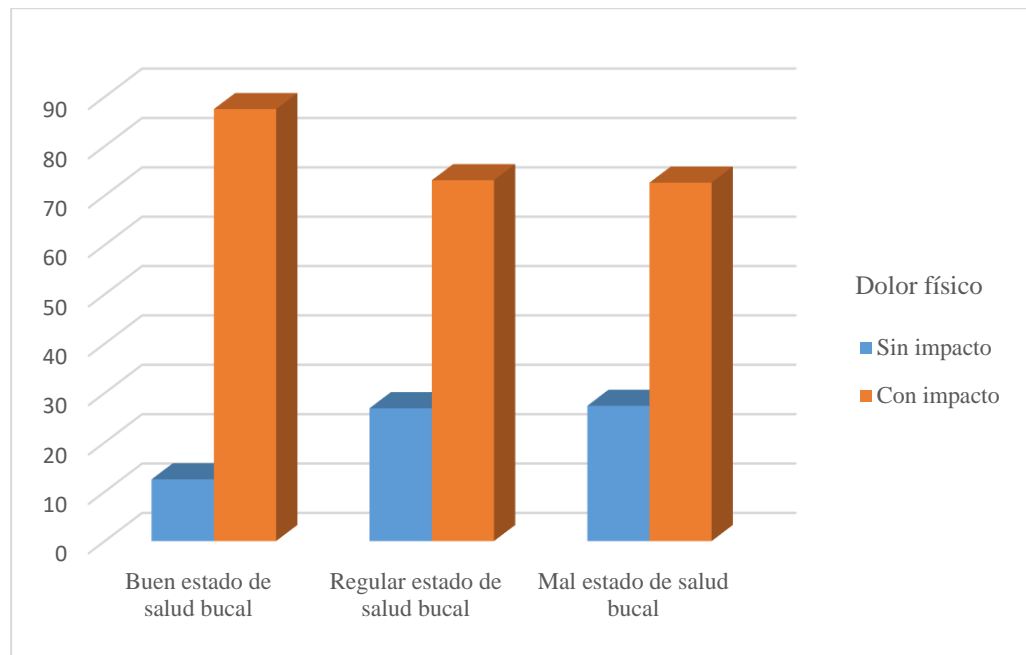


Figura 19. Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida del personal policial

Para hallar la relación entre estas variables según el género y la edad, también se aplicó la prueba Chi Cuadrado, no hallándose diferencias significativas entre ninguna de estas variables de control.

4.1.3.3 Resultados de la relación entre el estado de la salud bucal y la dimensión malestar psicológico

Al analizar la relación entre las variables estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida, mediante el Coeficiente Rho Spearman, nos muestra que no existe relación significativa entre ellos ($Rho=0.049$, $p=0.524$: $p>0.05$), por tanto, se rechaza la hipótesis específica 3. lo cual indica que el personal policial no percibe que el estado de salud bucal lo afecte psicológicamente.

Tabla 28

Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida del personal policial

			I-CPOD	Malestar psicológico
Rho de Spearman	I-CPOD	Coeficiente de correlación	1,000	,049
		Sig. (bilateral)	.	,524
		N	169	169
Malestar psicológico	Malestar psicológico	Coeficiente de correlación	,049	1,000
		Sig. (bilateral)	,524	.
		N	169	169

Nota: Elaboración propia. Coeficiente de Spearman, $Rho=0.049$, $p=0.524$: $p>0.05$

Luego, se halló la relación entre cada uno de los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida, mediante la prueba Chi Cuadrado, hallándose que no existe relación significativa entre ambos ($X^2= 0.269$, $p=0.874$, $p>0.05$). Hallándose que, independientemente de los niveles del estado de salud bucal del personal policial, la mayoría percibe tener un impacto en la dimensión “malestar psicológico”, es decir perciben que su estado de salud bucal los perturba psicológicamente.

Tabla 29

Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida del personal policial

		Estado de salud bucal					
		Bueno		Regular		Malo	
		N	%	N	%	N	%
Malestar psicológico	Sin impacto	1	12,5%	3	11,5%	12	8,9%
	Con impacto	7	87,5%	23	88,5%	123	91,1%
Total		8	100,0%	26	100,0%	135	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi Cuadrado, $X^2=0.269$, $p=0.874$, $p>0.05$.

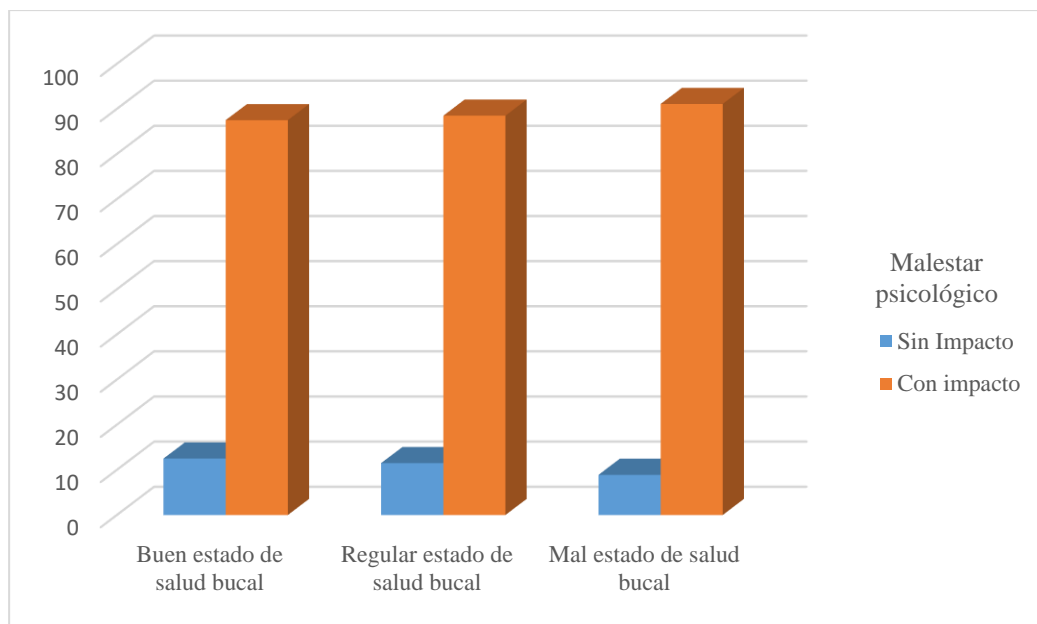


Figura 20. Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida del personal policial

Para hallar la relación entre estas variables según el género y la edad, también se aplicó la prueba Chi Cuadrado, no hallándose diferencias significativas entre ninguna de estas variables de control.

4.1.3.4 Resultados de la relación entre el estado de la salud bucal y la dimensión Incapacidad física

Al analizar la relación entre las variables estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida respecto a la salud bucal, mediante el Coeficiente Rho Spearman, el resultado nos muestra que no existe relación significativa entre ellos (Rho=0.060, p=0.439: p>0.05), por tanto, se rechaza la hipótesis específica 4. Esto significa que el personal policial no percibe que su estado de salud bucal (dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados), afecte la pérdida parcial o total de su capacidad física.

Tabla 30

Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida respecto a la salud bucal del personal policial

			I-CPOD	Incapacidad Física
Rho de Spearman	I-CPOD	Coeficiente de correlación	1,000	,060
		Sig. (bilateral)	.	,439
		N	169	169
Incapacidad Física	Incapacidad Física	Coeficiente de correlación	,060	1,000
		Sig. (bilateral)	,439	.
		N	169	169

Nota: Elaboración propia. Coeficiente de Spearman, Rho=0.060, p=0.439: p>0.05

Luego, se halló la relación entre cada uno de los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida, mediante la prueba Chi Cuadrado, hallándose que no existe relación significativa entre ambos ($X^2= 0.337$, p=0.845, p>0.05). Hallándose que, independientemente de los niveles del estado de salud bucal del personal policial, la mayoría percibe no tener un impacto en la dimensión “incapacidad física”, es decir no perciben que su estado de salud bucal origine la pérdida parcial o total de su capacidad física.

Tabla 31

Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida del personal policial

		Estado de salud bucal					
		Bueno		Regular		Malo	
		N	%	N	%	N	%
Incapacidad Física	Sin impacto	4	50,0%	16	61,5%	79	58,5%
	Con impacto	4	50,0%	10	38,5%	56	41,5%
Total		8	100,0%	26	100,0%	135	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi Cuadrado, $X^2=0.337$, $p=0.845$, $p>0.05$.

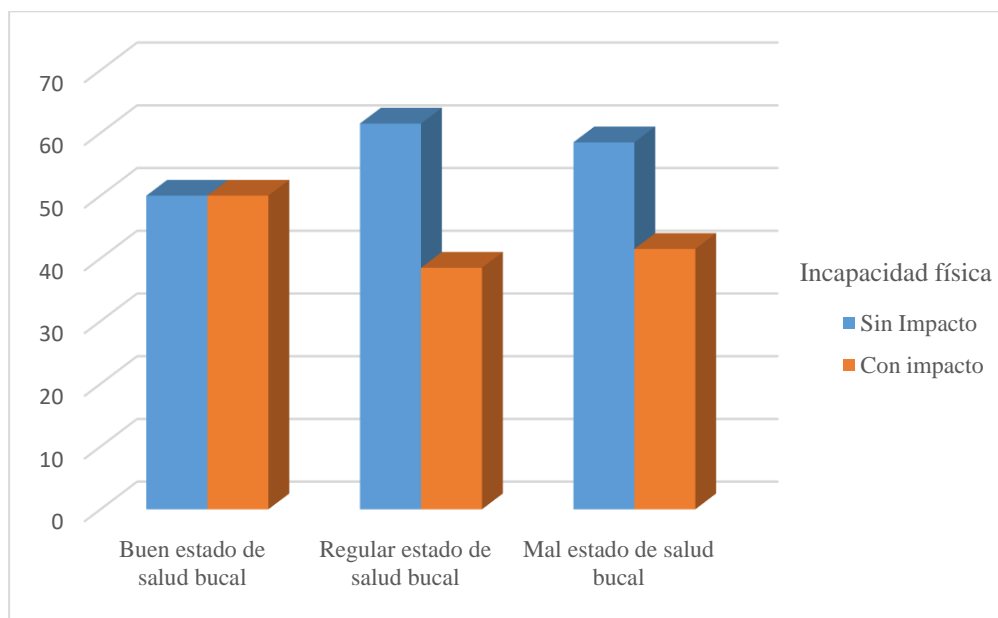


Figura 21. Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida del personal policial

Para hallar la relación entre estas variables según el género y la edad, también se aplicó la prueba Chi Cuadrado, no hallándose diferencias significativas en ninguna de estas variables de control.

4.1.3.5 Resultados de la relación entre el estado de la salud bucal y la dimensión Incapacidad Psicológica

La relación entre las variables estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica” de calidad de vida respecto a la salud bucal hallada mediante el Coeficiente Rho Spearman, nos muestra que no existe relación significativa entre ellas (Rho=0.113, p=0.143: p>0.05), por tanto, se rechaza la hipótesis específica 5. Esto significa que el personal policial no percibe que su estado de salud bucal (dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados), lo perturbe psicológicamente y afecte su diario vivir.

Tabla 32

Relación entre las medias del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica” de calidad de vida del personal policial

			I-CPOD	Incapacidad Psicológica
Rho de Spearman	I-CPOD	Coefficiente de correlación	1,000	,113
		Sig. (bilateral)	.	,143
		N	169	169
	Incapacidad Psicológica	Coefficiente de correlación	,113	1,000
		Sig. (bilateral)	,143	.
		N	169	169

Nota: Elaboración propia. Coeficiente de Spearman, Rho=0.113, p=0.143: p>0.05)

Luego, se halló la relación entre cada uno de los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica” de calidad de vida, mediante la prueba Chi Cuadrado, hallándose que no existe relación significativa entre ambos ($X^2= 2.847$, p=0.241, p>0.05). Sin embargo, se halló que el 55.6% del personal policial que posee un mal estado de salud bucal no percibe un impacto en la dimensión “incapacidad psicológica”, es decir, una perturbación psicológica debido a problemas dentales que afectan su diario vivir.

Tabla 33

Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica” de calidad de vida del personal policial

		Estado de salud bucal					
		Bueno		Regular		Malo	
		N	%	N	%	N	%
Incapacidad psicológica	Sin impacto	3	37,5%	16	61,5%	60	44,4%
	Con impacto	5	62,5%	10	38,5%	75	55,6%
Total		8	100,0%	26	100,0%	135	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi Cuadrado, $X^2=2.847$, $p=0.241$, $p>0.05$.

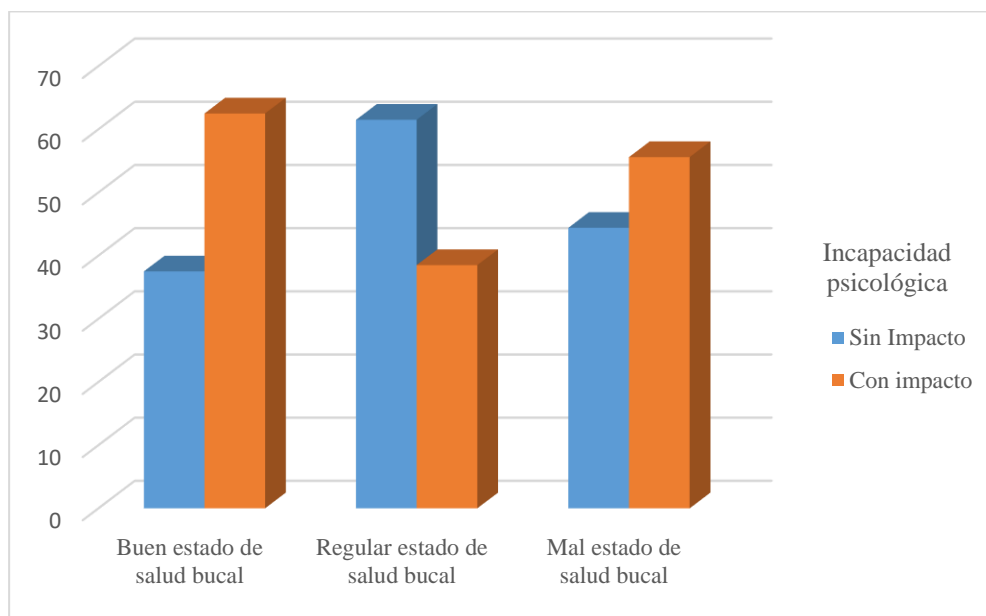


Figura 22. Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica”

Para hallar la relación entre estas variables según el género y la edad, también se aplicó la prueba Chi Cuadrado, no hallándose diferencias significativas entre ninguna de estas variables de control.

4.1.3.6 Resultados de la relación entre el estado de la salud bucal y la dimensión Incapacidad social

Al analizar entre las variables estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida, mediante el Coeficiente Rho Spearman, nos muestra que no existe relación significativa entre ellas (Rho=0.060, p=0.435: p>0.05), por tanto, se rechaza la hipótesis específica 6. Esto indica que, el personal policial no percibe que el estado de salud bucal (dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados) ocasione alguna alteración a nivel de la cavidad oral que le impida el completo desarrollo social y su contingencia ante la sociedad.

Tabla 34

Relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida respecto a su salud bucal del personal policial

			I-CPOD	Incapacidad Social
Rho de Spearman	I-CPOD	Coefficiente de correlación	1,000	,060
		Sig. (bilateral)	.	,435
		N	169	169
	Incapacidad Social	Coefficiente de correlación	,060	1,000
		Sig. (bilateral)	,435	.
		N	169	169

Nota: Elaboración propia. Coeficiente de Spearman, Rho=0.060, p=0.435: p>0.05

Asimismo, se halló la relación entre cada uno de los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida, mediante la prueba Chi Cuadrado, hallándose que no existe relación significativa entre ambos ($X^2= 0.720$, p=0.698, p>0.05). Lo que se evidencia, al no hallar diferencias marcadas entre los valores obtenidos para cada nivel, observándose que independientemente del estado de salud bucal, el personal policial en su mayoría no percibe un impacto en la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida relacionada a la salud bucal.

Tabla 35

Relación entre los niveles del Estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida del personal policial

		Estado de salud bucal					
		Bueno		Regular		Malo	
		N	%	N	%	N	%
Incapacidad social	Sin impacto	4	50,0%	16	61,5%	87	64,4%
	Con impacto	4	50,0%	10	38,5%	48	35,6%
Total		8	100,0%	26	100,0%	135	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi Cuadrado, $X^2=0.720$, $p=0.698$, $p>0.05$.

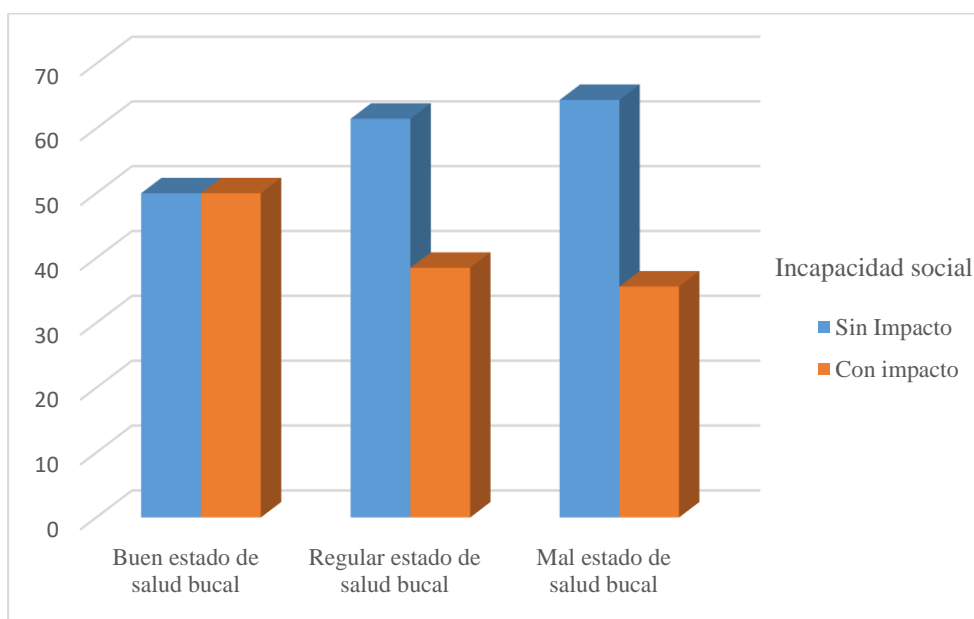


Figura 23. Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida del personal policial

Al analizar, la relación según género y edad de la dimensión “incapacidad social” se encontró que, respecto a la edad no existen diferencias significativas, mientras que, respecto al género del personal policial si se encontraron diferencias significativas ($X^2=4.592$, $p=0.033$: $p<0.05$), evidenciando una diferencia entre lo percibido por ambos géneros, donde el personal femenino percibe mayor afectación en la dimensión

“incapacidad social” de su calidad de vida relacionada a la salud bucal, que el personal masculino.

Tabla 36

Relación entre la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida del personal policial y el género

		Incapacidad social				Total	
		Sin impacto		Con impacto		N	%
Género		N	%	N	%		
Femenino		15	14,0%	17	27,4%	32	18,9%
	Masculino	92	86,0%	45	72,6%		
Total		107	100,0%	62	100,0%	169	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi Cuadrado, $X^2=4.592$, $p=0.032$, $p<0.05$.

4.1.3.7 Resultados de la relación entre el estado de la salud bucal y la dimensión Minusvalía

La relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “minusvalía” de calidad de vida respecto a la salud bucal, hallada mediante el Coeficiente Rho Spearman, nos muestra que, si existe una relación positiva estadísticamente significativa, muy débil y directamente proporcional entre ellas ($Rho=0.176$, $p= 0,022$, $p<0.05$), por tanto, se acepta la hipótesis específica 7. Esto significa que a mayor experiencia de caries (equivalente a un mal estado de estado de salud bucal), mayor es la percepción en la dimensión “minusvalía” de la calidad de vida, es decir, el personal policial que tienen un mal estado de salud bucal, percibe que su condición bucal le imposibilita llevar a cabo una vida completamente normal.

Tabla 37

Relación entre las medias del estado de salud bucal y la dimensión “Minusvalía” de calidad de vida del personal policial

			I-CPOD	Minusvalía
Rho de Spearman	I-CPOD	Coefficiente de correlación	1,000	,176*
		Sig. (bilateral)	.	,022
		N	169	169
Minusvalía	Minusvalía	Coefficiente de correlación	,176*	1,000
		Sig. (bilateral)	,022	.
		N	169	169

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

Asimismo, se halló la relación entre cada uno de los niveles del estado de salud bucal y la dimensión “minusvalía” de calidad de vida, mediante la prueba Chi Cuadrado, hallándose que no existe relación significativa entre ambos ($X^2= 0.025$, $p=0.988$, $p>0.05$). Lo que se evidencia, al no hallar diferencias marcadas entre los valores obtenidos para cada nivel, observándose que independientemente del nivel de estado de salud bucal, el personal policial en su mayoría no percibe un impacto en la dimensión “minusvalía” de calidad de vida relacionada a la salud bucal, por tanto, no perciben situaciones dentales que le imposibilitan llevar a cabo una vida con plena normalidad

Tabla 38

Relación entre el Estado de salud bucal y la dimensión “minusvalía” de calidad de vida del personal policial

		Estado de salud bucal					
		Bueno		Regular		Malo	
		N	%	N	%	N	%
Minusvalía	Sin impacto	6	75,0%	20	76,9%	102	75,6%
	Con impacto	2	25,0%	6	23,1%	33	24,4%
p= 0.988							
Total		8	100,0%	26	100,0%	135	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi Cuadrado, $X^2=0.025$, $p=0.988$, $p>0.05$.

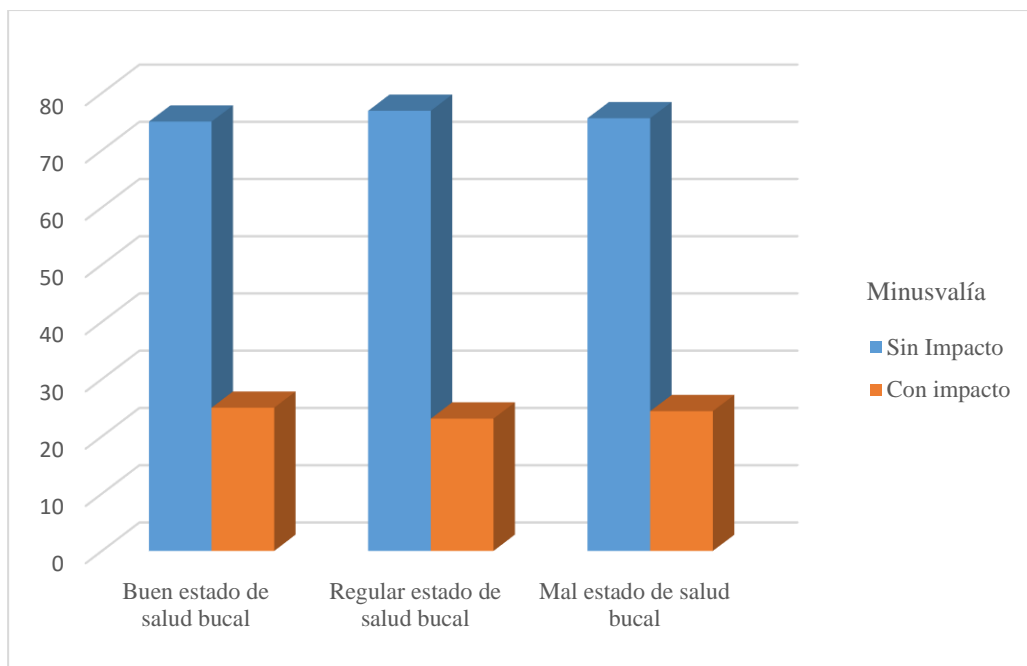


Figura 24. Relación entre niveles del estado de salud bucal y la dimensión “minusvalía” de calidad de vida del personal policial

Al analizar la relación según género y edad mediante el coeficiente Chi Cuadrado, se halló que respecto al primero no existen diferencias entre el personal masculino y femenino, mientras que, respecto a la edad, se hallaron que sí existen diferencias significativas ($X^2= 6,041$. $p= 0,049$, $p<0.05$). Como podemos observar, en el grupo etario de mayor edad (51 a 60 años), el 48,8% percibe un mayor impacto en la dimensión “Minusvalía” de su calidad de vida, es decir, que su estado de salud bucal le impiden llevar una vida normal, todo lo contrario, a lo que se observa en el grupo de menor edad (20 a 32 años), es decir, existe un mayor impacto en la percepción de la dimensión “minusvalía” conforme aumenta la edad.

Tabla 39

Relación entre la dimensión “minusvalía” de calidad de vida del personal policial y la edad

		Minusvalía				Total	
		Sin impacto		Con impacto		N	%
		N	%	N	%		
Edad	20 a 32 años	48	37,5%	9	22,0%	57	33,7%
	33 a 50 años	43	33,6%	12	29,3%	55	32,5%
	51 a 60 años	37	28,9%	20	48,8%	57	33,7%
Total		128	100,0%	41	100,0%	169	100,0%

Nota: Elaboración propia. Prueba Chi Cuadrado, $X^2= 6.041$, $p= 0,049$, $p<0.05$.

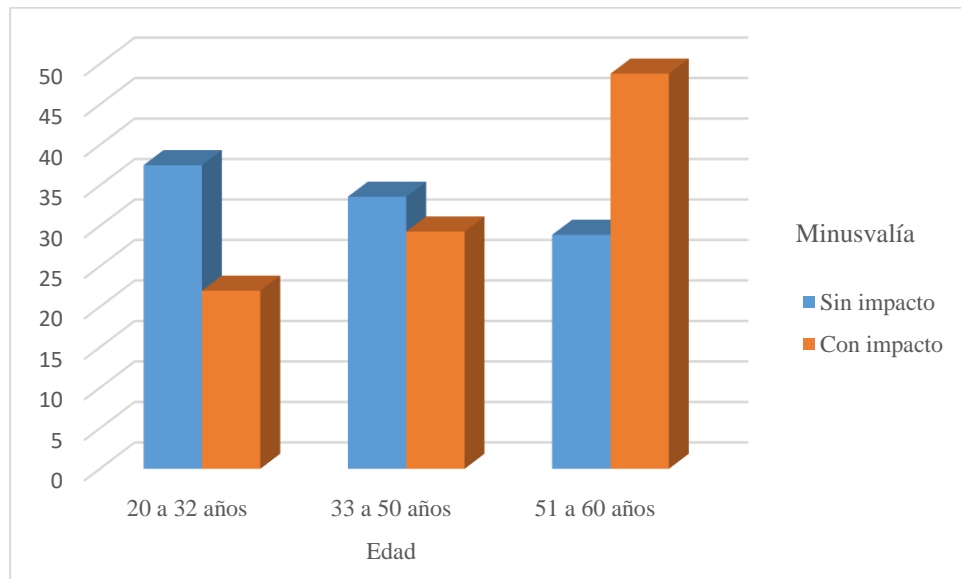


Figura 25. Relación entre la dimensión “minusvalía” de calidad de vida del personal policial y la edad

4.2 Análisis de resultados o discusión de resultados

El presente estudio evaluó la relación entre el “estado de salud bucal” y la “calidad de vida” del personal policial usuario de un centro odontológico de la Red de Salud de la Policía Nacional del Perú en el año 2020, mediante el uso del índice CPOD y el índice OHIP-14SP, en 168 efectivos policiales.

Los resultados generales del estado de salud bucal de la población policial estudiada muestran que el “Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (I-CPOD)” tiene un promedio de 16.93, nivel ALTO de experiencia de caries con referencia a los criterios de severidad de la OMS considerados para población adulta (WHO, 2013). Este resultado fue similar a lo encontrado por Medina (2009), un I-CPOD de 14.05, en pacientes adultos de 20 a 64 años en Lima-Perú, así como a lo encontrado por Alves (2008), un índice de 17.74, en adultos de 35 a 44 años de Brasil. A diferencia de lo encontrado por Aquino (2020), un I-CPOD de 12.8 en personal policial de 18 a 24 años (nivel MODERADO de experiencia de caries) relacionado con la edad de la población estudiada, y particularmente, diferente a lo encontrado por Torres (2016), un índice de 7.56 en pacientes adultos de 20 a 60 años chacchadores de hojas de coca de una provincia de Cajamarca (Nivel BAJO de experiencia de caries), este valor relacionado a la predominancia de los componentes dientes cariados y perdidos, siendo el componente obturado casi inexistente, por tanto la diferencia encontrada, se debería a la limitación en el acceso a servicios de salud bucal de tipo restaurativo en zonas rurales.

Al analizar, la tendencia del Índice-CPOD respecto al género y edad de la población estudiada, se encontró una tendencia ascendente del I-CPOD ($p < 0.05$) respecto a la edad del personal policial, aumentando su valor, y por tanto disminuyendo el estado de salud bucal, conforme aumenta la edad de la población, en concordancia a lo encontrado por Díaz (2019), Sohi (2014) y Kamberi (2016), lo que evidencia la poca ejecución de programas preventivo-promocionales en poblaciones adultas jóvenes con el fin de evitar el aumento de estas cifras. En relación con las tendencias del Índice CPOD y sus componentes respecto al género, no se encontraron diferencias significativas o desigualdades según género, sin embargo, al analizar el Índice CPOD por niveles (bajo, moderado, alto) si se encontraron diferencias significativas, donde el

género masculino tuvo mayor nivel de experiencia de caries que el género femenino, por tanto el personal masculino demuestra un peor estado de salud bucal que el personal femenino, lo que puede ser explicado por las diferencias que hay entre ambos sexos, en cuanto a la naturaleza, gravedad y regularidad de los problemas de salud, en la forma de percibir los síntomas, así como en el uso y acceso de los servicios de salud. (Borrell, 2008)

Analizando las tendencias de los componentes del I-CPOD, dientes cariados, perdidos y obturados de acuerdo con la edad (DC=5.70, DP= 3.52, DO= 7.99), el componente dientes perdidos tiene una tendencia ascendente, aumentando con la edad (U. Mann-Whitney, $p < 0.05$), similar a lo encontrado por Medina (2009), DC=6.77, DP=2.83, Torres (2016) DC=3.82, DP=3.27 en el Perú, y a lo encontrado por Álvarez-Arenal (1996) en España, Díaz (2019) en Paraguay, Ramírez-Puerta (2012) en Colombia, lo que confirmaría la alta prevalencia de caries encontrada en la población peruana y el acceso a servicios de salud bucal poco preventivos o de poca capacidad resolutive, donde primaría las atenciones de tipo invasivo (exodoncias) frente a actividades preventivas o restauradoras. En cuanto al componente obturados, se tiene un valor mayor al encontrado en otras investigaciones como Medina (2009), DO=4.45, y Torres (2016), DO=0.48, este último de nivel bajo, posiblemente relacionado al pobre acceso de servicios de salud bucal en zonas rurales de nuestro país. Esta diferencia con otras investigaciones estaría influenciada por el mejor acceso del personal policial a servicios de salud bucal en la ciudad de Lima, especialmente del tipo restaurativo.

Por otro lado, la población estudiada muestra una alta prevalencia de caries (98%), similar a lo encontrado por Torres (2016), 98%, y Medina (2009), 95.5%, en población adulta peruana, lo que concuerda con la prevalencia de 90.4% identificada por el MINSA (2005), y mucho mayor a lo encontrado por Aquino-Canchari (2020) 63.76% en población de 18 a 24 años en el Perú, a lo encontrado por Abhishek (2014), 78% en población de 20 a 65 años del sur de India, o por Sohi (2014) de 54.3% en población de 18 a 58 años del Norte de India, estos últimos estudios realizados en población policial. Este resultado podría estar relacionado a las largas jornadas laborales del personal policial que conllevan a una mayor exposición a azúcares y dieta cariogénica, a la poca

disponibilidad de tiempo y esfuerzo para asistir a la consulta odontológica, originado por el distanciamiento emocional y pérdida de energía mental y física (Zuazo, 2018), y que a largo plazo generarían descuidos en la salud de la población policial, influyendo también en sus funciones (ausentismo laboral).

Respecto a los resultados de la variable calidad de vida, obtenidos mediante el “Perfil de impacto de salud oral (OHIP-14SP)”, que permite precisar la autopercepción de “calidad de vida relacionada a la salud oral” de la población policial, se encontró que la media del OHIP resultó ser de 11.3 ± 8.52 , similar a lo reportado en adultos paraguayos de 18 a 59 años con 11.06 ± 10.32 (Díaz, 2019), así como en adultos brasileños de 24 a 60 años con 10.21 ± 11.60 (Batista, 2018) y en adultos costarricenses de 18 a 81 años con 11.4 (Utsman-Abarca, 2016). Estos resultados evidencian que, en general, la percepción del personal policial es de una mala “calidad de vida relacionada a la salud oral”, según las categorías señaladas por Batista (2014).

Los resultados observados en este estudio respecto al género y su relación con la percepción de “calidad de vida relacionada a la salud oral” indican que ambos géneros perciben un similares resultados, lo que concuerda con Abhishek (2014) y Rajogapalachari (2015) que también realizaron estudios en personal policial de India, y que, a su vez, contrasta a lo encontrado por Ingle (2010) y Batista (2014) que encontraron que las mujeres tienen un más grande impacto en la “calidad de vida relacionada a la salud oral” que los hombres, esta diferencia puede estar relacionada a que estos últimos estudios fueron realizados en adultos no pertenecientes al personal policial y a que el total de personal femenino participante fue mucho menor al personal masculino, por tanto las diferencias pueden no ser encontradas. En cuanto a la relación entre edad y la percepción de calidad de vida relacionada a la salud oral, se encontró que no existe relación significativa ($p=0.49$, $p>0.05$), lo que guarda relación a lo encontrado por Abhishek (2014) y por Díaz (2019), a pesar de las diferencias transculturales en las poblaciones estudiadas.

Al analizar la relación entre el “estado de salud bucal” (I-CPOD) y la “calidad de vida” (OHIP-14SP), no se encontró asociación estadísticamente significativa, lo que concuerda con lo encontrado por Abhishek (2018), en contraste a lo encontrado por

Rajagopalachari (2015) que encontró correlación entre ambas variables. Esta falta de asociación entre ambas variables de estudio puede estar relacionada a que, pese a que el personal policial presenta una alta prevalencia de caries, su extensión y gravedad no fue valorada, por tanto, cabe la posibilidad que los dientes afectados encontrados no hayan sido de gran extensión o gravedad, y, en consecuencia, su impacto en la calidad de vida fue menos severo. Además, cabe señalar la poca cultura en el cuidado de salud bucal de la población peruana en general, que condiciona que no le den la real importancia a su conservación. Por lo expuesto, más estudios deben ser llevados a cabo para un mejor entendimiento del impacto del estado de salud bucal, obtenido a través del nivel de experiencia de caries, en la calidad de vida.

Al analizar independientemente el impacto de las dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud bucal, se observó que las dimensiones “malestar psicológico” y “dolor físico” presentan mayor impacto en el personal policial, resultados consistentes con lo encontrado en adultos ecuatorianos (Domínguez, 2016), adultos paraguayos (Díaz, 2019) y en personal policial de la India (Rajagopalachari, 2015), lo que indica que los trastornos relacionados al estado de salud bucal, comprometen el funcionamiento físico y psicológico de las personas, originando una percepción negativa de salud y por tanto, de la calidad de vida.

A diferencia de lo encontrado por Díaz (2019), donde los factores sociodemográficos no tuvieron relación en la afectación de calidad de vida en adultos paraguayos, se encontró relación significativa según género con la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida, observando que el género femenino presenta mayor impacto en dichas dimensiones, lo que denota el efecto del género, donde el género femenino presenta necesidades específicas de salud oral que deben ser consideradas por los servicios de salud. Asimismo, se encontraron diferencias significativas con la dimensión “minusvalía” según la edad, posiblemente relacionada al propio proceso de envejecimiento y al aumento del Índice CPOD en los grupos de mayor edad.

Finalmente, al analizar la relación significativa del estado de salud bucal con cada una de las dimensiones de calidad de vida, se encontró una relación lineal

estadísticamente significativa, muy débil y directamente proporcional, entre el estado de salud bucal y la dimensión “minusvalía”, dimensión que pese a tener el menor impacto en la calidad de vida, está significativamente relacionada con la influencia del estado de salud bucal, posiblemente relacionada a que el personal policial de mayor edad (51 a 60 años) son los de mayor afectación, por tanto consideran disminuidas sus capacidades funcionales que lo incapacitan a llevar una vida completamente normal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- No se encontró relación entre el estado de salud bucal (I-CPOD) y la calidad de vida respecto a la salud bucal (OHIP-14SP) en el personal policial que acudió a un Centro odontológico PNP en Lima en el año 2020. Esto se corrobora con el resultado de haber encontrado que aun a pesar de que la mayoría del personal policial presenta un mal estado de salud bucal, más de la mitad de ellos no perciben que esto afecte su calidad de vida.
- No se encontró relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “limitación funcional” calidad de vida respecto a la salud bucal, según género y edad. Esto significa que, a pesar de que la mayoría del personal policial presentan un mal estado de salud bucal, ellos no perciben que este lo restringe en la función que cumple todo su sistema bucal
- No se encontró relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “dolor físico” de calidad de vida respecto a la salud bucal, según género y edad. Esto indica que, a pesar de que la mayoría del personal policial presenta un mal estado de salud bucal, ellos no perciben que este le ocasione alguna sensación de molestia, aflicción o desagrado que pueda influir en su bienestar.
- No se encontró relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “malestar psicológico” de calidad de vida respecto a la salud bucal, según género y edad. Esto indica que, a pesar de que la mayoría del personal policial presenta un mal estado de salud bucal, ellos no perciben que este lo perturbe psicológicamente.
- No se encontró relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad física” de calidad de vida respecto a la salud bucal, según género y edad. Esto indica que, a pesar de que la mayoría del personal policial presenta un mal estado de salud

bucal, ellos no perciben que este afecte la pérdida parcial o total de su capacidad física a causa de problemas dentales.

- No se encontró relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad psicológica” de calidad de vida respecto a la salud bucal, según género y edad. Esto indica que, a pesar de que la mayoría del personal policial presenta un mal estado de salud bucal, ellos no perciben que este le ocasione alguna perturbación psicológica que afecte su diario vivir.

- No se encontró relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “incapacidad social” de calidad de vida respecto a la salud bucal. Esto significa que, a pesar de que la mayoría del personal policial presentan un mal estado de salud bucal, este no percibe que le impida un completo desarrollo social. Sin embargo, sólo en el análisis por género, el personal femenino señala una mayor afectación que el personal masculino.

- Se encontró relación entre el estado de salud bucal y la dimensión “minusvalía” de calidad de vida respecto a la salud bucal, según edad, lo que significa que, el estado de salud bucal afecta la percepción del personal policial en cuanto a que situaciones dentales le imposibilitan llevar a cabo una vida con plena normalidad, siendo el grupo de mayor edad el que muestra mayor afectación.

Recomendaciones

A nivel de la investigación, al ser este estudio el primero en un grupo poblacional de características especiales, como es el personal policial, se recomienda continuar con la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud bucal en mayores grupos, de forma que sea más representativa la muestra, asimismo, se sugiere realizar la evaluación en diferentes regiones, o en diferentes unidades tanto operativas como administrativas, para de esta manera identificar las variaciones del impacto entre subgrupos de esta población, y poder realizar una mejor planificación de las estrategias de salud bucal.

Al encontrarse expuesto el personal policial a condiciones adversas que limitan su calidad de vida, es primordial que a nivel institucional se asuman políticas de salud que promuevan la mejora de sus condiciones de vida, no sólo limitándose a la adquisición de equipamiento y mejoras de la infraestructura de los servicios de salud, sino, además, orientando las estrategias a la prevención y a la promoción de la educación en salud oral de todo el personal policial. Asimismo, es importante que el personal policial a nivel nacional tenga un mayor acceso a los servicios de salud oral, con la finalidad de disminuir la prevalencia de caries, mejorando de esta manera su calidad de vida relacionada a la salud oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abhishek KN, Shamarao S, Jain J, Haridas R, Ajagannanavar SL, Khanapure SC. (2014) Impact of caries prevalence on oral health-related quality of life among police personnel in Virajpet, South India. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry* 4(3):188-92
- Álvarez-Arenal A, Álvarez-Riesgo JA, Petia López JM, Fernández Vázquez, IP, Villa Vigil MA (1996) DMFT and treatment needs in adult population of Oviedo. Spain, *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 24: 17-20.
- Alves R, Martins R, Soares D, De Almeida C, De Magalhaes J, Aranha L. Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil, 2005/2006. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24(10):2347-2353.
- Aquino-Canchari, R., Huamán-Castillón, K. (2020). Salud bucal en una escuela de formación profesional policial peruana. *Revista Cubana de Estomatología*, 57(1), e2063. Epub 20 de mayo de 2020. Recuperado en 08 de febrero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072020000100007&lng=es&tlng=pt.
- Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.
- Batista M, Perianes L, Hilgert J, Hugo F, Sousa M. (2014) The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz Oral Res*; 28(1):1-6
- Batista, M., Lawrence, H., De Sousa, M. (2018) Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, 18: 60.
- Bennadi D, Reddy C. (2013) Oral health related quality of life. *J Int Soc Prevent Communit Dent*; 3:1-6.
- Bhoopathi P, Patil P, Kamath B., Gopal D., Kumar, S., Kulkarni, G. (2017). Caries detection with ICDAS and the WHO criteria: A comparative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 11(12). DOI: 10.7860/JCDR/2017/29017.10929.
- Blanco-Aguilera A, Blanco-Hungría A, Biedma-Velázquez L, Serrano-del Rosal R, González-López L, Blanco-Aguilera E, Segura-Saint-Gerons R. (2014) Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with

orofacial pain and temporomandibular disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 19 (2),127-35.

<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v19i2/medoralv19i2p127.pdf>

Borrell, Carme, & Artazcoz, Lucía. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249. Recuperado en 10 de febrero de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=es&tlng=es.

Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in america*. McGraw-Hill, New York.

Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. (2010) Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Pública.*; 27(5):321–9.

Cerrón RF. (2018) *Satisfacción y calidad de vida de la salud bucal del programa odontólogo por Colegio en las provincias de Huancayo y Chupaca*. [Tesis para optar el Grado académico de Maestría en Administración Pública y Gobierno- Mención: Gerencia municipal y regional, Universidad Nacional del Centro del Perú] Repositorio Institucional-UNCP.

Da Silva FC, Soleman HSS, Gonçalves E, da Silva CTL, Valdivia ABA, da Silva R. (2014) Calidad de vida de policías: una revisión sistemática de estudios observacionales. *Rev Cub Med Mil*. 43(3):341-351.

De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecatl-Aguilar A. (2010) Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol*. 29(63): 83-92.

Díaz R., Clarisse V. (2019). Propiedades psicométricas del perfil de impacto de salud oral (OHIP-14) en adultos paraguayos. [Tesis para optar al grado académico de Doctora, Universitat Autònoma de Barcelona] Repositorio institucional.

Díaz-Cárdenas, S.; Meisser-Vidal, M. A.; Tirado-Amador, L. R.; Fortich-Mesa N.; Tapias-Torrado, L., González-Martínez, F. (2017) Impacto de salud oral sobre calidad de vida en adultos jóvenes de clínicas odontológicas universitarias. *Int. J. Odontostomat.*, 11(1):5-11.



- Díaz-Reissner, C. V.; Casas-García, I.; Roldán-Merino, J. (2017) Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores sociodemográficos. Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat.*, 11(1):31-39.
- DL N°1175. (2013). Ley del Régimen de salud de la Policía Nacional del Perú. 07 de diciembre del 2013.
- DL N°1267. (2016) Ley de la Policía Nacional del Perú de fecha 18DIC2016, título preliminar, Artículo III.
- Domínguez C. (2016) *Evaluación de los Determinantes Sociales sobre la calidad de vida en relación a la salud bucal en personal del Municipio de Azogues 2015*. [Tesis para optar el Grado de maestro en estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio institucional UPCH.
- Espinoza D. (2017) *Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de San Isidro*. [Tesis para optar el grado de Maestro en estomatología, Universidad peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional UPCH.
- Estupiñan-Day S, Sosa M. (23 al 25 abril del 2009) *Taller de Salud oral para las Américas: Memorias*. Organización Panamericana de la Salud.
- Federación Dental Internacional-FDI (2015). *El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global*. Atlas de Salud Bucodental. 2ª ed. Ginebra.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16-1, 51-74.
- Gutiérrez Q. (2018) *Salud bucodental y calidad de vida de los escolares de doce años de la institución educativa Inca Manco Cápac 109, San Juan de Lurigancho, Lima 2018*. [Tesis para optar el Grado académico de maestra en gestión de Servicios de Salud, Universidad César Vallejo] Repositorio Institucional-UCV.
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc. Grawn Hill.
- Hinostroza ND. (2016). *Calidad de vida relacionada a salud oral usando el índice de salud oral general en gestantes que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Distrito de San Martín De Porres, provincia de Lima, durante el segundo trimestre*

- del 2016*. [Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista, Universidad Peruana Cayetano Heredia]
- Ingle NA, Chaly PE, Zohara CK. Oral health related quality of life in adult population attending the outpatient department of a hospital in Chennai, India. *J Int Oral Health* 2010; 2: 45-55.
- Inglehart MR, Bagramian RA. Inglehart MR, Bagramian RA. (2002) Oral Health Related Quality of Life. *Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc.*
- Juño AC. (2018) *Perfil de salud bucal del personal de la Policía Nacional del Perú, escuadrón de emergencia de la provincia de Huancayo, Región Junín, año 2018*. [Tesis para optar el título de cirujano dentista, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote].
- Kamberi, B., Kocani, F., Begzati, A., Kelmendi, J., Illajazi, D., Berisha, N., Kqiku, L. (2016). Prevalence of dental caries in Kosovar adult population. *International Journal of Dentistry*, 2016, 1-6.
- Kassebaum, N. J., Smith, A., Bernabé, E., Fleming, T. D., Reynolds, A. E., Vos, T., Murray, C., Marcenes, W., & GBD 2015 Oral Health Collaborators (2017). Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: A systematic analysis for the Global burden of diseases, injuries, and risk factors. *Journal of Dental research*, 96(4):380-387. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>
- Locker D, Miller Y. (1994) Evaluation of subjective oral health status indicators. *Journal Public Health Dentistry*, 54:167-76
- Márquez H., J. (2018) *Relación de la calidad de vida y salud oral en deportistas de alto rendimiento de las selecciones de fútbol y básquet en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)*. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)]. Repositorio Académico UPC. Doi: <http://doi.org/10.19083/tesis/624998>
- McGrath C, Broder H, Wilson Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: Implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:81-5.



- Medina JF. (2009) Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en pacientes adultos con demanda de atención diagnóstica. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Repositorio COP Perú
- Meeberg, G. A. (1993), Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 32-38. <https://doi.org/10.1046/j.1365-648.1993.18010032.x>
- Ministerio de Salud del Perú (2018) Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. *Centro nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades*. 1ª ed. Lima-Perú
- Ministerio de salud Perú (2005). Prevalencia Nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú, 2001-2002. Oficina general de epidemiología. Recuperado de https://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf
- Misrachi C, Espinoza I. (2005). Utilidad de las Mediciones de la Calidad de vida relacionada a la salud. *Revista Dental de Chile*, 96(2), 28-35
- Monteiro BM, Bazoni SJ, Awad BL. (2012) Dor dentária como motivo de absentismo em uma população de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (5):1357-1363.
- Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Universitas Odontológica*. 2011 Ene-Jun; 30(64): 101-108
- Montero MJ. (2006). *Calidad de Vida oral en población general*. [Tesis para optar el título de Doctor, Universidad de Granada] Repositorio académico Facultad de Odontología
- Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo- Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. (2009) Validation of the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.;14(1)44-50.
- OMS (1996). *Evaluación de la Calidad de Vida. 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?* Grupo WHOQOL. Foro Mundial de la Salud. Ginebra
- ONU (2019). Declaración política de la reunión de Alto nivel sobre Cobertura universal de salud “Cobertura universal de Salud: moviéndonos juntos para construir un mundo mejor” 23 setiembre 2019.

- Petersen P. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31(Suppl.1), 3-24.
- Rajagopalachari U, Puranik P, Sonde L. (2015) Oral health impact on Quality of life among police personnel in Bengaluru City, India: A cross-sectional survey. *Journal of Indian Association Of Public Health Dentistry*, 13(01).
- Ramírez-Puerta, B., Agudelo-Suárez, A., Morales-Flórez, J., Sarrazola-Moncada, A. (2012). Dientes presentes en población de 25, 35, 45, 55 y 65 años, Antioquia (Colombia) 2011. *CES Odontología*, 25(2), 12-23.
- Rodríguez-Barahona L. (2016) Uso de la versión en español del perfil de impacto en la Salud Oral-14 para evaluar el impacto del tratamiento dental en la calidad de vida relacionada a la salud oral entre costarricenses. *Rev Cien Odontológica* [Internet]. 2016;12(2):24-29. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/324250005004>
- Sampieri R.H., Collado CF., Baptista Ma. P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta edición. Ed. Mc GRAW-HILL. México DF
- Silva AER, Menezes AMB, Assunção MCF, Gonçalves H, Demarco FF, Vargas-Ferreira F, Peres M. (2014) Validation of Self-Reported Information on Dental Caries in a Birth Cohort at 18 Years of Age. *PLOS ONE* 9(9): e106382. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106382>
- Slade GD, Spencer AJ. (1994) Development and evaluation of the Oral health Impact Profile. *Community Dent Health*, 11(1); 3-11.
- Slade GD. (1997) Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.*; 25:284-90.
- Sohi RK, Gambhir RS, Sogi GM, Veerasha KL, Randhawa A. (2014) Dental health status and treatment needs of police personnel of a North Indian State: A cross-sectional study. *Annals of Medical and Health Sciences Research* 4(4):567-71.
- Sousa, P. C.; Mendes, F. M.; Imparato, J. C. & Ardenghi, T. M. (2009) Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview. *Braz. Oral Res.*, 23(4):358-64.
- Tamayo y Tamayo (2004) *El proceso de la Investigación Científica*. Limusa, México: 42-49.

- Tolentino VR. (2017) *Salud bucal y calidad de vida en gestantes del Centro de Salud cooperativa universal febrero-julio 2016*. [Tesis para optar el Grado académico de Maestra en Salud Pública y Gestión en Sistemas de Salud, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio institucional.
- Torres, C., Cisneros, M. (2016) Prevalencia de caries dental según el índice CPOD en pacientes adultos chacchadores de hojas de coca. *Revista científica Alas peruanas* 03(02).
- Utsman-Abarca, R., Padilla-Guevara, M., Rodríguez-Barahona, L. (2016) Uso de la versión en español del perfil de impacto en la Salud Oral-14 para evaluar el impacto del tratamiento dental en la calidad de vida relacionada a la salud oral entre costarricenses. *Revista Científica Odontológica*, 12(2), 24-29.
- Valdez P, Erosa R, Zarza Y, Cortés M, Ramírez G, Juárez M. (2018) Confiabilidad en la medición de caries dental. UNAM, FES Zaragoza, enero 2018.
- Valdivia SS. (2017). *Calidad de vida y salud bucodental de los pacientes de un Centro de Salud de Lima-Norte, Lima 2016*. [Tesis para optar el grado académico de Magister en gestión de los servicios de la salud, Universidad César Vallejo] Repositorio Institucional-UCV.
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. (2002) Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*; 44:349-361.
- WHO (1993). Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality-of-life assessment instrument (WHOQOL). *Quality Life Research*, 2,153-9.
- WHO (2013) Oral health surveys: basic methods-5th ed. *WHO Library Cataloguing-in-Publication data*. France.
- WHO (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390(10100):1211-1259.
- Zuazo Uribe, A. L. (2018). *Burnout y calidad de vida profesional en policías de Lima Metropolitana*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en psicología, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú]. Repositorio académico UPC. <https://doi.org/10.19083/tesis/625148>

	Universidad Ricardo Palma	Escuela de Posgrado
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO		
DECLARACIÓN DEL GRADUANDO		
Por el presente, el graduando: <i>(Apellidos y nombres)</i>		
CARRILLO ESPICHAN, CYNTHIA OLGA		
en condición de egresado del Programa de Posgrado:		
Maestría en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria		
deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:		
Salud bucal y calidad de vida del personal policial usuario de una IPRESS PNP, 2020		
<p>Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.</p> <p>Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.</p> <p>Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.</p> <p>En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.</p>		
		22 Feb. 2020
Firma del graduando		Fecha

Anexo 02: Autorización de consentimiento para realizar la investigación

 Universidad Ricardo Palma		Escuela de Posgrado	
AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN			
DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN			
Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:			
Salud bucal y calidad de vida del personal policial usuario de una IPRESS PNP, 2020			
el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):			
CARRILLO ESPICHAN, CYNTHIA OLGA			
, en condición de estudiante - investigador del Programa de:			
Maestría en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria			
Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.			
En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:			
Nombre de la empresa: CLINICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLOGICA S2 PNP "MSG"		Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	SI NO
Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área: PORTAL BUSTAMANTE, NEME		Cargo del Jefe/Responsable del área: JEFE DE LA CLINICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLOGICA S2	
Teléfono fijo (incluyendo anexo) v/o celular: 999975762		Correo electrónico de la empresa: dirsapol.cliodo.angamos@policia.gob.pe	
 NEME PORTAL BUSTAMANTE JEFE DE LA CLINICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLOGICA S2 PNP "MSG"		24 MAR 2020 Fecha	

Anexo 03: Matriz de Consistencia

Tabla 02:
Matriz de Consistencia

Problemas Principal	Objetivos General	Hipótesis General	Variables Independiente	Indicador V.I.	Variables Dependiente	Indicador V.D.
¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020?	Establecer la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, 2020	Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, 2020	<i>Estado de Salud Bucal</i>	<i>Numero de dientes cariados, perdidos y obturados</i>	<i>Calidad de Vida</i>	<i>Perfil de Impacto de Salud oral en la calidad de vida</i>
Problemas Especifico	Objetivos Especificos	Hipótesis Especificas				
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión limitación funcional del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión limitación funcional del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión limitación funcional del personal policial usuario de una un Centro Odontológico PNP según género y edad, 2020 	<i>Estado de Salud Bucal</i>	<i>Numero de dientes cariados, perdidos y obturados</i>	<i>Limitación funcional</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dificultad para pronunciar palabras</i> - <i>Percepción del sabor de los alimentos</i>
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión dolor físico del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión dolor físico del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión dolor físico del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP según género y edad, 2020 	<i>Estado de Salud Bucal</i>	<i>Numero de dientes cariados, perdidos y obturados</i>	<i>Dolor físico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dolor en la boca</i> - <i>Molestia al comer</i>

<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión malestar psicológico del personal policial usuario de Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el estado de salud y la dimensión malestar psicológico del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa entre el estado de salud y la dimensión malestar psicológico del personal policial usuario de Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<p><i>Estado de Salud Bucal</i></p>	<p><i>Numero de dientes cariados, perdidos y obturados</i></p>	<p><i>Molestia psicológica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación por problemas con la boca - Sensación de estrés
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad física del personal policial usuario de Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad física del personal policial usuario de Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad física del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<p><i>Estado de Salud Bucal</i></p>	<p><i>Numero de dientes cariados, perdidos y obturados</i></p>	<p><i>Incapacidad física</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de alimentación - Interrupción de alimentación
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad psicológica del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad psicológica del personal policial usuario de Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad psicológica del personal policial usuario de Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<p><i>Estado de Salud Bucal</i></p>	<p><i>Numero de dientes cariados, perdidos y obturados</i></p>	<p><i>Incapacidad psicológica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para descansar - Vergüenza por problemas con la boca
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad social del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad social del personal policial usuario de Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión incapacidad social del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<p><i>Estado de Salud Bucal</i></p>	<p><i>Numero de dientes cariados, perdidos y obturados</i></p>	<p><i>Incapacidad social</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad debido a problemas con la boca - Dificultades para realizar actividades diarias
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión minusvalía del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la dimensión minusvalía del personal policial usuario de Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa entre el estado de salud bucal y la dimensión minusvalía del personal policial usuario de un Centro Odontológico PNP, según género y edad, 2020 	<p><i>Estado de Salud Bucal</i></p>	<p><i>Numero de dientes cariados, perdidos y obturados</i></p>	<p><i>Minusvalía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación que la vida en general es menos agradable - Incapacidad total de realizar actividades diarias

Elaboración propia

Anexo 04: Matriz de Operacionalización

Tabla 03:
Matriz de Operacionalización

Variable Independiente	Indicador	Definición Conceptual	Definición Operacional
Salud bucal	Índice CPOD	Estado de bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de los dientes, así como su vinculación con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal	Condición de salud bucodental propias del individuo o población evaluada en un momento y tiempo determinado

Variable Dependiente	Dimensión	Indicador	Definición Conceptual	Definición Operacional
Calidad de vida relacionada a la Salud			La percepción del individuo en cuanto a su bienestar de la situación en la que vive pone en contexto diferentes conceptos salud, enfermedad cultura valores y expectativas que tiene para su vida	Variable multidimensional denotada por Locker con la finalidad de capturar y jerarquizar los impactos orales mediante la medición de siete indicadores como son la limitación funcional, el dolor físico, incapacidad física, malestar psicológico, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía
	Limitación funcional	- Dificultad para pronunciar palabras - Percepción del sabor de los alimentos		Restricción en funcionalidad de componentes del sistema estomatognático afectando su calidad de vida.
	Dolor físico	- Dolor en la boca - Molestia al comer		Sensación molesta, aflictiva y desagradable originada por problema dental y repercute en el bienestar del individuo
	Molestia psicológica	- Preocupación por problemas con la boca - Sensación de estrés		Condición de salud oral que perturba psicológicamente al individuo

<i>Incapacidad física</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cambio de alimentación</i> - <i>Interrupción de alimentación</i> 	Pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, reflejado por problemas dentales
<i>Incapacidad psicológica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dificultad para descansar</i> - <i>Vergüenza por problemas con la boca</i> 	Perturbación psicológica debido a problemas dentales que afectan su diario vivir
<i>Incapacidad social</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Irritabilidad debido a problemas con la boca</i> - <i>Dificultades para realizar actividades diarias</i> 	Alteraciones a nivel de la cavidad oral que le impiden el completo desarrollo social y su contingente ante la sociedad
<i>Minusvalía</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sensación que la vida en general es menos agradable</i> - <i>Incapacidad total de realizar actividades diarias</i> 	Situaciones dentales que imposibilitan llevar a cabo una vida con plena normalidad

Fuente: Elaboración propia

Anexo 05: Protocolos o Instrumentos utilizados (opcional)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ficha N° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por la Cirujano Dentista Cynthia Carrillo Espichán, egresada de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Ricardo Palma. El objetivo de este estudio es identificar la relación entre salud oral y la calidad de vida de los usuarios de la Clínica Policial Especializada Odontológica S2PNP MSG

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y se realizará una evaluación intraoral. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento. Agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Cirujano Dentista Cynthia Carrillo Espichán, egresada de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Ricardo Palma. La meta de este estudio es identificar la relación entre salud oral y la calidad de vida de los usuarios de la Clínica Policial Especializada Odontológica S2PNP MSG

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Nombre del Participante:

Firma o huella del Participante

Fecha

Anexo 06: Formato de instrumentos o protocolos utilizados

(a) FICHA DE REGISTRO

Índice CPOD-cpod

Fecha de recolección: _____

Ficha N°: _____

Nombre del individuo: _____

DNI: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Grado: _____ Teléfono: _____

ODONTOGRAMA

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	36	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

CÁLCULO

C	P	O	Σ CPO	D

c	p	o	Σ cpo	d

Σ CPOD- cpod

OBSERVACIONES

Anexo 07: Formato de instrumentos o protocolos utilizados

PERFIL DE IMPACTO DE SALUD ORAL (OHIP-14 SP)

Ficha N°...

Indicaciones: El siguiente cuestionario no es una evaluación o examen, siéntase en la libertad de brindar sus opiniones, y colaborará con la investigación que se viene realizando con la finalidad de comprender y brindar un mejor abordaje de los problemas de salud oral de la población policial. La encuesta es anónima y sólo con fines de investigación.

Nº	Pregunta/ Dimensión	Nunca (0)	Casi nunca (1)	A veces (2)	Frecuent emente (3)	Siemp re (4)
1	¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?					
2	¿El sabor o el gusto de sus alimentos ha empeorado?					
3	¿Ha sentido dolor en sus dientes o boca en el último año?					
4	¿Ha presentado molestias para comer alguna comida?					
5	¿Le preocupan los problemas con su boca?					
6	¿Se ha sentido nervioso o estresado a causa de un problema en sus dientes o en la boca?					
7	¿Ha tenido que cambiar sus alimentos por dificultades relacionadas a sus dientes o boca?					
8	¿Ha tenido que interrumpir su alimentación por problemas con sus dientes o boca?					
9	¿Ha encontrado dificultad para descansar o dormir bien a causa de un problema en sus dientes o en la boca?					
10	¿Se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes o en su boca?					
11	¿Ha estado irritable debido a problemas con sus dientes o con su boca?					
12	¿Ha tenido dificultad para realizar actividades diarias debido a problemas con sus dientes o con su boca?					
13	¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable debido a problemas con sus dientes o con su boca?					
14	¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias debido a problemas con sus dientes o con su boca?					