

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA



TESIS

“Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANA DENTISTA

AUTORA: Leandro Hidalgo, Estefani Tatiana

ASESOR: Ibazeta Rodríguez, Phaemyn Baudilio

HUÁNUCO – PERÚ

2026



TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de suficiencia profesional ()
- Trabajo de investigación ()
- Trabajo académico ()

LINEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública en odontología

AÑO DE LA LINEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO DE OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Odontología, Cirugía oral, Medicina oral

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del grado/título a recibir: Título Profesional de cirujano dentista

Código del programa: P04

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos concursales ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional De Identidad (DNI): 75560870

DATOS DEL ASESOR:

Documento nacional de identidad (DNI): 44187310

Grado/título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0001-8186-0528

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Rojas Sarco, Ricardo Alberto	Maestro en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	43723691	0000-0001-8333-1347
2	Cornejo Gayoso, Alvaro Antonio	Maestro en ciencias de la salud, con mención en odontoestomatología	22509668	0000-0002-7635-0686
3	Huayta Natividad, Víctor Manuel	Maestro en ciencias de la salud, con mención en odontoestomatología	42137866	0000-0003-1133-0470

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANA DENTISTA

En la Ciudad de Huánuco, siendo las **15:00 horas** del día 29 del mes de mayo del dos mil veintiséis en la Facultad de Ciencia de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

- **MG. CD. Ricardo Alberto Rojas Sarco** **Presidente**
- **MG. CD. Alvaro Antonio Cornejo Gayoso** **Secretario**
- **MG. CD. Victor Manuel Huayta Natividad** **Vocal**

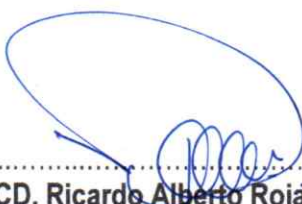
Asesor de tesis MG. CD. Phaemyn Baudilio Ibazeta Rodríguez

Nombrados mediante la Resolución N° 1478-2026-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: **"FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GINGIVITIS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARCOS DURAND MARTEL, HUÁNUCO 2025"**, presentado por la Bachiller en Odontología, por doña **ESTEFANI TATIANA LEANDRO HIDALGO**; para optar el Título Profesional de **CIRUJANA DENTISTA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de BUENO.

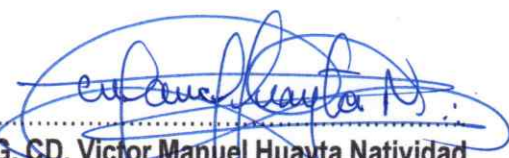
Siendo las **16:00 horas** del día 29 del mes de mayo del año 2026, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



.....
MG. CD. Ricardo Alberto Rojas Sarco
Código ORCID: 0000-0001-8333-1347
DNI: 43723691



.....
MG. CD. Alvaro Antonio Cornejo Gayoso
Código ORCID: 0000-0002-9095-9682
DNI: 22509668



.....
MG. CD. Victor Manuel Huayta Natividad
Código ORCID: 0000-0003-1133-0470
DNI: 42137866



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: **ESTEFANI TATIANA LEANDRO HIDALGO**, de la investigación titulada "**Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025**", con asesor(a): **FHAEMYN BAUDILIO IBAZETA RODRÍGUEZ**, designado(a) mediante documento: **RESOLUCIÓN N° 4553-2025-D-FCS-UDH** del P. A. de ODONTOLOGÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del **19 %** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

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

Huánuco, 14 de mayo de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

Nota: La presente constancia tendrá una **vigencia de cuatro (4) meses**, conforme a lo establecido en la **Directiva del Software de Identificación de Similitud y Originalidad**, aprobada mediante **Resolución N° 532-2024-P-CD-UDH**.

Vencido dicho plazo, el solicitante deberá realizar nuevamente el procedimiento correspondiente para la emisión de una nueva constancia.

Válida hasta el 14 de septiembre de 2026.

42. ESTEFANI TATIANA LEANDRO HIDALGO.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme en mi camino y darme la fortaleza para seguir este camino.

A mis queridos padres por ser mi motor, motivación, quienes me brindaron su apoyo para lograr mi éxito.

A mis familiares quienes me brindaron apoyo emocional para seguir con mis metas y a no rendirme.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, mis padres y familiares por darme su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

Al centro Educativo, por brindarme la oportunidad y el permiso necesario para ejecutar mi proyecto de tesis en sus instalaciones.

A mi asesor... por su orientación y confianza en mis capacidades. Gracias a todos por ser parte de este logro que hoy celebro con profundo orgullo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPITULO I.....	11
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	13
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	13
1.3. OBJETIVO GENERAL.....	14
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	15
1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	16
1.5.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	16
1.5.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL	16
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	17
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18

2.1. ANTECEDENTES	18
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	18
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	19
2.1.3. ANTECEDENTE REGIONAL	21
2.2. BASES TEÓRICAS	21
2.3. BASES CONCEPTUALES	24
2.4. HIPÓTESIS.	28
HI:	28
HO:.....	28
2.4.1. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	28
2.5. VARIABLES.....	30
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	30
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	30
2.5.3. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	30
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	31
CAPÍTULO III.....	33
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.2. ENFOQUE.....	33
3.3. ALCANCE O NIVEL	34
3.4. DISEÑO.....	34
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
3.5.1. POBLACIÓN	34
3.5.2. MUESTRA.....	35
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36

3.6.3. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	37
3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	38
3.8. ASPECTOS ETICOS.....	41
CAPITULO IV.....	43
RESULTADOS.....	43
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	43
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	49
CAPÍTULO V.....	52
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los niños de 6 a 12 años según edad, sexo y nivel de instrucción de los padres (n = 254)	43
Tabla 2. Relación entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años	44
Tabla 3. Relación entre la alimentación y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años	45
Tabla 4. Relación entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años	46
Tabla 5. Relación entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años	47
Tabla 6. Relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años.....	48
Tabla 7. Contrastación de hipótesis entre los factores de riesgo y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años	49

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se llevó a cabo una investigación analítica, observacional, prospectiva y transversal, con un enfoque cuantitativo y un alcance de diseño correlacional. La muestra no fue probabilística sino conveniente. Se utilizó la técnica de comunicación de datos y observación; el instrumento utilizado fue una guía de observación. El tamaño de la muestra fue $n = 254$, con sujetos entre 6 y 12 años. Para el análisis estadístico inferencial se aplicaron pruebas estadísticas X^2 para variables categóricas. **RESULTADOS:** El grupo etario de 6 a 9 años predominó con 55,9%, y el sexo masculino representó el 51,6% de la muestra. Respecto al nivel de instrucción de los padres, el 50,8% contaba con educación secundaria. En cuanto a higiene oral, los niños que se cepillaban más de dos veces al día presentaron mayor ausencia de inflamación gingival (55,1%), mientras que quienes no se cepillaban mostraron mayor proporción de gingivitis moderada y severa (46,7% y 26,6%, respectivamente). Con relación a la alimentación, los niños sin consumo frecuente de azúcar tuvieron menor inflamación gingival, mientras que la presencia de placa bacteriana se asoció directamente con mayor severidad de gingivitis. En cuanto a las visitas al odontólogo, aquellos con controles regulares mostraron menor grado de inflamación, y la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado confirmó una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo evaluados y el grado de inflamación gingival ($\chi^2 = 27,5$; $p = 0,0001$). **CONCLUSIÓN:** La gingivitis leve y moderada predominó en niños con cepillado insuficiente, alta ingesta de azúcar y presencia de placa, mientras que la ausencia de inflamación fue más frecuente en quienes mantenían buena higiene y visitas regulares al odontólogo.

Palabras clave: Factor de riesgo, dieta, inflamación gingival, higiene oral, placa bacteriana, visita odontológica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the relationship between risk factors and the presence of gingivitis in children aged 6 to 12 years at the Marcos Durand Martel Educational Institution, Huánuco, 2025. **MATERIALS AND METHODS:** An analytical, observational, prospective, and cross-sectional study was conducted, with a quantitative approach and a correlational design. The sample was non-probabilistic but convenient. Data communication and observation techniques were used; the instrument used was an observation guide. The sample size was $n = 254$, with subjects between 6 and 12 years of age. For the inferential statistical analysis, χ^2 statistical tests were applied for categorical variables. **RESULTS:** The 6-9 age group predominated with 55.9%, and males represented 51.6% of the sample. Regarding the parents' level of education, 50.8% had secondary education. In terms of oral hygiene, children who brushed more than twice a day had a lower incidence of gingival inflammation (55.1%), while those who did not brush had a higher proportion of moderate and severe gingivitis (46.7% and 26.6%, respectively). In terms of diet, children who did not consume sugar frequently had less gingival inflammation, while the presence of bacterial plaque was directly associated with more severe gingivitis. As for visits to the dentist, those with regular checkups showed a lower degree of inflammation, and the Chi-square test confirmed a statistically significant relationship between the risk factors evaluated and the degree of gingival inflammation ($\chi^2 = 27.5$; $p = 0.0001$). **CONCLUSION:** mild and moderate gingivitis predominated in children with insufficient brushing, high sugar intake, and plaque presence, while the absence of inflammation was more frequent in those who maintained good hygiene and regular visits to the dentist.

Keywords: Risk factor, diet, gum inflammation, oral hygiene, bacterial plaque, dental visit.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal en la población infantil constituye un componente fundamental del bienestar general, debido a su influencia en el desarrollo físico, funcional y social de los niños. Dentro de las principales enfermedades que afectan esta etapa de la vida, las enfermedades gingivales representan un grupo de alta relevancia clínica y preventiva por su frecuencia y por su potencial reversibilidad cuando son detectadas de manera oportuna ⁽¹⁾.

A nivel mundial, las enfermedades orales continúan siendo un problema importante de salud pública, con una alta carga de morbilidad que afecta a millones de personas y evidencia limitaciones en el acceso a servicios preventivos y de atención oportuna ^(2,3). Esta situación es particularmente relevante en poblaciones infantiles, donde la prevención temprana es clave para evitar complicaciones futuras en la salud periodontal.

En este contexto, la salud gingival en escolares ha cobrado importancia dentro de las estrategias de salud pública, debido a su relación con hábitos de higiene oral y con la adopción de conductas saludables desde edades tempranas. Diversos enfoques de promoción y prevención han demostrado contribuir a la mejora de las condiciones de salud bucal en esta población ⁽⁴⁾.

Sin embargo, la presencia de factores individuales, familiares y conductuales puede influir en la aparición de alteraciones gingivales en niños en edad escolar, lo que hace necesario analizar estas condiciones en contextos específicos para comprender mejor su comportamiento y magnitud.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La gingivitis en niños de 6 a 12 años constituye un problema silencioso de salud bucal en muchos entornos escolares, pues, aunque es reversible, su presencia frecuente refleja deficiencias en la prevención y cuidado diario. En una institución educativa como la Marcos Durand Martel, este problema puede estar extendido sin que se le dé la importancia debida, comprometiendo la salud oral infantil y potencialmente sentando las bases para enfermedades periodontales más graves en el futuro.

Las enfermedades orales afectan a miles de millones de personas; según el reporte mundial de salud de la OMS, la carga de enfermedades bucales sigue siendo alta y constituye un obstáculo para alcanzar una cobertura universal de salud ⁽⁵⁾. Además, las enfermedades periodontales son una prioridad para la prevención global, según la estrategia de la OMS ⁽⁶⁾. A nivel mundial, la periodontitis severa es responsable de una parte significativa de la morbilidad oral ⁽⁷⁾. En Latinoamérica y en países en desarrollo, las desigualdades socioeconómicas agravan la prevalencia de condiciones como la gingivitis ⁽⁸⁾.

En el Perú, el Ministerio de Salud informó que entre los menores de 3 a 9 años la prevalencia de gingivitis fue de 46,4% según su perfil epidemiológico de salud bucal ⁽⁹⁾. Otra fuente oficial del MINSA reportó que la gingivitis, junto con la caries, representa una de las enfermedades orales más comunes en menores entre 3 y 15 años ⁽¹⁰⁾.

Estudios más específicos en escolares también evidencian altos porcentajes: por ejemplo, en un colegio de Independencia, Lima, se encontró que el 78,6% de niñas y niños de 10 a 12 años presentaban gingivitis leve ⁽¹¹⁾. En otra investigación en la I.E. 80891 de Trujillo (6-9 años) se registró una prevalencia muy elevada de gingivitis ⁽¹²⁾. Estas

cifras muestran que el problema no es teórico, sino concreto en el contexto escolar peruano.

La acumulación de placa bacteriana, debida a una higiene oral insuficiente, es el factor más directamente relacionado con la gingivitis ⁽¹³⁾. Además, hábitos dietéticos ricos en azúcares pueden aumentar la inflamación gingival, pues favorecen la proliferación bacteriana ⁽¹⁴⁾. El nivel educativo y el conocimiento sobre salud oral en los padres también influyen: estudios escolares han demostrado que la falta de conciencia y manejo inadecuado por parte de la familia se relacionan con una mayor prevalencia de gingivitis. Por otra parte, la posición dental (por ejemplo, maloclusiones) puede agravar la retención de placa y favorecer la inflamación de las encías.

Si la gingivitis en la niñez no es atendida, puede evolucionar o repetirse con el tiempo y aumentar el riesgo de periodontitis en la adolescencia o adultez, lo que conlleva pérdida de inserción periodontal, formación de bolsas y eventualmente pérdida dental. A nivel individual, la inflamación crónica de las encías puede afectar la calidad de vida de los niños: provoca sangrado, dolor, mal aliento y puede reducir la autoestima e interferir con las interacciones sociales. Además, desde una perspectiva de salud pública, mantener programas preventivos para niños con gingivitis no tratada demanda recursos: se requieren intervenciones odontológicas periódicas, limpiezas profesionales y educación continua.

Las evidencias sugieren que los programas escolares de educación en salud oral son efectivos para reducir la gingivitis en niños: un ensayo controlado en India demostró mejoras significativas en la higiene y salud gingival tras una intervención educativa ⁽¹⁵⁾. Adicionalmente, involucrar a las familias con talleres para padres puede fortalecer los hábitos de higiene en el hogar y reducir la placa bacteriana acumulada. La implementación de limpiezas dentales periódicas y revisiones en las escuelas, con apoyo del sistema de salud pública, podría prevenir la progresión de la gingivitis ⁽¹⁶⁾. Finalmente, la adopción de políticas

públicas que integren la salud bucal en los programas escolares, por ejemplo, mediciones regulares del índice gingival y campañas sobre dieta saludable puede ofrecer un abordaje sostenible y preventivo ⁽²⁾.

Por tal motivo, se ha propuesto realizar un estudio observacional y analítico en escolares de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, en Huánuco, con el fin de evaluar la relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en esta población. Esta investigación permitirá identificar si determinados elementos, como los hábitos de higiene oral, la acumulación de placa bacteriana, la alimentación rica en azúcares, el nivel educativo familiar o la presencia de maloclusiones, se asocian con una mayor frecuencia o severidad de la inflamación gingival en los estudiantes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Qué relación existe entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pe 01

¿Cuál es la frecuencia de factores de riesgo según la edad, sexo y el nivel de instrucción de los padres en la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

Pe 02

¿Cuál es la relación entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

Pe 03

¿Cuál es la relación entre la alimentación y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

Pe 04

¿Cuál es la relación entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

Pe 05

¿Cuál es la relación entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oe 01

Analizar la frecuencia de factores de riesgo según la edad, sexo y el nivel de instrucción de los padres en la presencia de gingivitis de los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Oe 02

Determinar la relación entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Oe 03

Determinar la relación entre la alimentación y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Oe 04

Determinar la relación entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Oe 05

Determinar la relación entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La investigación sobre los factores de riesgo relacionados con la gingivitis en escolares de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel permite profundizar en la comprensión de la relación entre los hábitos de higiene oral, la alimentación, la presencia de placa bacteriana y otros determinantes con la salud periodontal en la infancia. Teóricamente, se fundamenta en modelos de odontología pediátrica y salud pública, estableciendo vínculos entre factores conductuales, socioeconómicos y biológicos y la aparición de inflamación gingival. Este estudio contribuye a fortalecer el marco conceptual sobre cómo distintos factores de riesgo influyen en la gingivitis infantil, proporcionando evidencia empírica que podrá incorporarse en futuras investigaciones y programas educativos de prevención.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Desde el enfoque práctico, los resultados de esta investigación brindarán información relevante para la planificación de estrategias preventivas y de intervención en salud bucal dirigidas a escolares. Facilitará que docentes, padres y profesionales de la salud identifiquen de manera temprana factores asociados con la gingivitis, promoviendo hábitos de higiene oral adecuados, una alimentación balanceada y visitas regulares al odontólogo. Además, los hallazgos pueden orientar la implementación de programas educativos y campañas preventivas dentro del ámbito escolar y comunitario, contribuyendo al bienestar físico y a la calidad de vida de los niños.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Metodológicamente, este estudio aporta un modelo de análisis integral que combina la evaluación clínica de la gingivitis con la recopilación de información mediante cuestionarios sobre hábitos de higiene, dieta, antecedentes médicos y factores socioeconómicos. Esta aproximación permite establecer relaciones entre múltiples variables de riesgo y la presencia o severidad de la gingivitis. Asimismo, contribuye a perfeccionar técnicas de recolección y análisis de datos en contextos escolares, validando instrumentos adaptados a la población local. La aplicación de procedimientos sistemáticos asegura la confiabilidad y validez de los resultados, fortaleciendo la base metodológica para futuras investigaciones en salud bucal infantil.

1.5.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

Desde la perspectiva social, este estudio impacta en la comunidad al visibilizar la importancia de la salud periodontal en la infancia para el bienestar físico y la calidad de vida. Fomenta la prevención de enfermedades gingivales y la promoción de hábitos saludables desde edades tempranas, y puede orientar políticas y programas comunitarios que mejoren la educación en salud oral y la atención odontológica preventiva en Huánuco.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio puede verse limitado por la disposición de los niños y la cooperación de sus padres/tutores para someterse a la evaluación clínica bucal y completar los cuestionarios. Factores externos como hábitos de higiene oral no reportados, alimentación no controlada y diferencias socioeconómicas podrían influir en los resultados. La cooperación de docentes será determinante para acceder a información completa, lo que podría generar restricciones en la recolección de datos. Finalmente, la muestra limitada a la población de una institución educativa específica podría afectar la generalización de los hallazgos a otros contextos escolares.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es factible debido al acceso directo a la población de escolares vinculados a la Institución Educativa Marcos Durand Martel y al apoyo de la dirección del centro. Contará con la guía y asesoramiento de un especialista en odontología pediátrica o periodoncia infantil, garantizando la correcta evaluación de la gingivitis. Además, se dispondrá de instrumentos estandarizados y adaptados para evaluar hábitos de higiene, dieta y presencia de gingivitis, asegurando la confiabilidad de los datos. La coordinación con docentes y padres/tutores permitirá una recolección de información organizada y eficiente. Finalmente, los recursos logísticos y el tiempo estimado son adecuados para desarrollar el estudio dentro del cronograma académico establecido.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Marruecos, 2025, Elgasmi et al. ⁽¹⁷⁾. Un estudio titulado “Gingivitis en niños y adolescentes: panorama epidemiológico y factores asociados - Una revisión narrativa”. Revisión narrativa de estudios epidemiológicos, en poblaciones pediátricas (de varios países), analizando prevalencia de gingivitis, factores de riesgo como higiene oral, dieta, nivel educativo de los padres, acceso a atención dental, maloclusiones, entre otros, búsqueda estructurada estudio cualitativo sin metaanálisis de estadística. La gingivitis sigue siendo altamente prevalente (entre 20% y más del 90%) en niños y adolescentes; los factores más comunes relacionados son higiene oral deficiente, dieta rica en azúcares, baja educación parental y limitado acceso a cuidado preventivo. Proporciona un marco teórico amplio y reciente sobre los factores de riesgo globales de la gingivitis en la infancia, justificando la inclusión de tus variables (higiene, alimentación, nivel educativo, visitas al dentista) y respaldando la necesidad de un estudio local para Huánuco, ya que esos factores están bien sustentados en la literatura mundial.

En Georgia, 2024, Bakradze et al. ⁽¹⁸⁾. En un estudio titulado “Análisis de los factores de riesgo de las principales enfermedades dentales en la población estudiantil”. El estudio realizado es de naturaleza observacional, descriptiva y correlacional, enfocado en una muestra de 392 estudiantes de entre 18 y 25 años. Se utilizaron técnicas de examen clínico según la OMS (para caries dental), el método de Sangrado al Sondaje (BOP) (para gingivitis), y el Índice de Higiene Bucal Simplificado (OHI-S) (para higiene bucal), complementado con una encuesta para determinar el impacto de diversos factores (conocimiento, nutricionales). Los datos fueron

procesados para obtener prevalencias y promedios, y la prueba estadística inferencial empleada fue una prueba de correlación ($p < 0,05$). Los resultados principales indicaron una prevalencia de caries extremadamente alta (97,04%) y una prevalencia de gingivitis del 75,4%. Se concluyó que el estado de higiene bucal se correlaciona de manera estadísticamente significativa con ambas patologías ($p < 0,05$), así como con factores como el conocimiento y la nutrición, destacando la necesidad de implementar programas de prevención y educación sanitaria. Este estudio es crucial, ya que provee la definición de variables clave (Caries, Periodontal) y sus indicadores (OHI-S, BOP).

En China, 2023, Liu et al. ⁽¹⁹⁾. Un estudio titulado “Prevalencia de gingivitis y factores de riesgo relacionados en escolares de 6 a 12 años”. Estudio transversal con una muestra de 2 880 niños de 6 a 12 años de Jinzhou, seleccionados mediante muestreo multietapa. Se realizó un examen clínico (Índice Gingival) para detectar sangrado gingival y un cuestionario para recopilar datos sociodemográficos y conductuales (hábitos de salud bucal). Se usaron pruebas chi-cuadrado y regresión logística binaria para identificar factores relacionados con la gingivitis. La prevalencia global de gingivitis fue 28,58%. Se encontró que el cálculo dental, una gran cantidad de placa, malos hábitos de salud oral y baja conciencia de salud oral estaban significativamente asociados con una mayor prevalencia de gingivitis. Muy relevante para el estudio porque es prácticamente en la misma edad (6-12 años) y analiza muchos de los mismos factores de riesgo que tú vas a medir (placa, higiene, visitas, conciencia), lo que te da respaldo para tus dimensiones e indicadores.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Perú (Áncash), 2025, Espilco. ⁽²⁰⁾. En un estudio titulado. “Relación entre gingivitis e higiene oral en escolares de 10 a 12 años de la I.E. N° 88183 Catorce Incas, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, 2023”. estudio

observacional cuantitativo, diseño no experimental transversal correlacional, con 76 alumnos de 10 a 12 años. Se usó observación clínica con el índice gingival de Løe & Silness y el índice de higiene oral simplificado. Para el análisis de datos se hicieron tablas de frecuencia, empleó estadística inferencial (prueba de χ^2), ($P=0,000<0,05$). El 51,3% de los escolares presentaron gingivitis leve; también se encontró relación entre la higiene oral y la gingivitis (más placa, más gingivitis). Muy pertinente para la investigación, porque conecta directamente higiene oral con gingivitis, y te da un referente en un contexto peruano escolar muy similar al tuyo.

En Perú, (Ancash) 2024, Castillo ⁽²¹⁾. Un estudio titulado “Relación entre gingivitis e higiene oral en escolares de la I.E. San Esteban, Trujillo – 2023”. La investigación fue de tipo cuantitativa, observacional, prospectiva y de corte transversal, con 139 estudiantes de 9 a 12 años. Para la recolección de datos se utilizó la observación clínica, aplicando el índice modificado de Miller y Damm para gingivitis y el índice de higiene oral de Silness y Løe. El análisis estadístico se realizó mediante prueba Chi-cuadrado, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre la gingivitis y la higiene oral ($p = 0,000$). Se concluyó que los escolares con mayor acumulación de placa bacteriana presentaron mayores grados de gingivitis, evidenciando la influencia de la higiene oral en la salud gingival de los estudiantes

En Perú, (Áncash) 2024, López. ⁽²²⁾. Un estudio titulado “Relación de la gingivitis con el estado nutricional en escolares del 3er y 4to grado de primaria de la I.E. N.º 88152 San Marcos Llapo, distrito de Llapo, provincia de Pallasca, Áncash, 2022”. La investigación fue cuantitativa, observacional, prospectiva y de corte transversal, de nivel relacional y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 42 escolares, a quienes se evaluó mediante observación clínica y ficha de recolección de datos. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba Chi-cuadrado ($p = 0,021$). Los resultados mostraron que existe relación estadísticamente

significativa entre la gingivitis y el estado nutricional, observándose que 59,52% de los escolares presentaron gingivitis leve y 47,62% tenían estado nutricional normal. Este antecedente es relevante porque demuestra que el estado nutricional puede actuar como factor asociado al desarrollo de gingivitis en escolares, aportando evidencia para el análisis de factores de riesgo en salud bucal infantil.

2.1.3. ANTECEDENTE REGIONAL

En Perú, (Huánuco) 2023. Carbajal. ⁽²³⁾. Un estudio titulado “Eficacia de tres técnicas de cepillado dental para tratar la gingivitis en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Hermilio Valdizán Huánuco, 2023”. Estudio cuantitativo, explicativo, con diseño causal comparativo. Participaron 72 adolescentes de secundaria con gingivitis. Compararon tres técnicas de cepillado dental e hicieron observaciones clínicas con fichas para evaluar el estado gingival antes y después. Para el análisis, usaron pruebas estadísticas para comparar eficacia entre grupos (valor $p = 0,013$). La técnica de Bass modificado fue la más efectiva: 83% de los casos con gingivitis mejoraron y la mayoría quedaron con encía leve después de la intervención. Relevante para tu tema porque demuestra empíricamente cómo cambiar un hábito (técnica de cepillado) puede influir en la gingivitis, lo cual refuerza la importancia de la higiene oral como factor de riesgo.

2.2. BASES TEÓRICAS

• Teoría de la Promoción de la Salud – Pender (Health Promotion Model, 1996)

Conjunto de proposiciones que explican cómo los factores individuales, cognitivos, conductuales y del entorno influyen en la adopción de conductas de salud, basándose en la interacción entre características personales, experiencias previas y percepciones sobre los beneficios de la conducta saludable ⁽²⁴⁾.

Esta teoría sostiene que la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que es el resultado dinámico de conductas aprendidas y mantenidas por el individuo a lo largo del tiempo, las cuales están determinadas por factores psicológicos, sociales y ambientales. Dentro de este modelo, elementos como la motivación personal, la autoeficacia percibida, las creencias sobre la importancia de la salud y el apoyo social influyen directamente en la decisión de adoptar o mantener conductas saludables ⁽²⁴⁾.

Asimismo, el modelo plantea que las conductas de promoción de la salud son el resultado de una evaluación consciente de los beneficios y barreras percibidas, lo que implica que el individuo puede modificar sus hábitos si reconoce la importancia de prevenir enfermedades y cuenta con el apoyo adecuado del entorno ⁽²⁴⁾.

En el contexto de la salud bucal infantil, el modelo de Pender permite comprender cómo los hábitos de higiene oral, la alimentación, el acceso a servicios odontológicos y la supervisión familiar o escolar influyen en la adopción de conductas saludables. El entorno escolar y familiar desempeña un papel fundamental en la formación de rutinas de cepillado, control del consumo de azúcares y asistencia a controles odontológicos preventivos ⁽²⁴⁾.

Esta teoría sustenta la identificación de factores de riesgo asociados a la gingivitis en niños, tales como la higiene oral deficiente, la ingesta elevada de azúcares, la presencia de placa bacteriana y la limitada asistencia a controles odontológicos. Además, orienta el diseño de estrategias de intervención educativa y preventiva dirigidas a modificar conductas no saludables, reforzar el autocuidado y promover estilos de vida saludables desde la infancia ⁽²⁴⁾.

- **Teoría de la Placa Bacteriana y la Patogénesis de la Gingivitis – Løe y Silness (1963).**

Conjunto de proposiciones interrelacionadas que explican la relación causal entre la acumulación de placa bacteriana sobre las

superficies dentales y el desarrollo de procesos inflamatorios en el tejido gingival, sustentadas en evidencia clínica, microbiológica y experimental ⁽²⁵⁾.

Esta teoría establece que la placa bacteriana o biofilm dental constituye el principal factor etiológico de la gingivitis. El biofilm está formado por comunidades bacterianas organizadas que se adhieren a la superficie dental y que, al no ser eliminadas adecuadamente mediante la higiene oral, generan una respuesta inflamatoria progresiva en el tejido gingival ⁽²⁵⁾.

La inflamación gingival se produce como consecuencia de la interacción entre los microorganismos presentes en la placa y la respuesta inmunológica del huésped. Este proceso inicia con signos clínicos leves como enrojecimiento y sangrado gingival, y puede progresar en severidad dependiendo de la cantidad de placa acumulada, el tiempo de exposición y la respuesta individual del sistema inmunológico ⁽²⁵⁾.

Adicionalmente, factores locales como el apiñamiento dental, las maloclusiones, las restauraciones defectuosas o la anatomía dental compleja pueden favorecer la retención de placa bacteriana, dificultando su remoción durante el cepillado. A esto se suman factores conductuales como la técnica de cepillado inadecuada o la baja frecuencia de higiene oral, así como factores dietéticos como el consumo elevado de carbohidratos fermentables ⁽²⁵⁾.

Esta teoría proporciona el sustento biológico fundamental para la presente investigación, ya que permite comprender la etiología directa de la gingivitis y su relación con los factores de riesgo evaluados. Además, el índice de Løe y Silness permite la medición objetiva de la inflamación gingival, facilitando la operacionalización de la variable dependiente y garantizando la reproducibilidad y validez de la evaluación clínica en estudios epidemiológicos ⁽²⁵⁾.

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. GINGIVITIS

2.3.1.1. CONCEPTO

La gingivitis es una enfermedad inflamatoria reversible de los tejidos gingivales, caracterizada por la inflamación del margen gingival sin pérdida de inserción periodontal, es decir, sin afectación del ligamento periodontal ni del hueso alveolar. Se manifiesta clínicamente por enrojecimiento, aumento de volumen (edema), cambios en la textura y sangrado al sondaje, lo cual indica la presencia de una respuesta inflamatoria activa frente a la acumulación de biofilm dental (26).

En la población infantil, especialmente entre los 6 y 12 años, la gingivitis presenta alta prevalencia debido a factores como la erupción dentaria, la dificultad en el control mecánico de la placa bacteriana y la instauración de hábitos de higiene bucal aún inadecuados. Aunque es reversible, su persistencia en el tiempo puede favorecer la progresión hacia enfermedades periodontales más complejas (27).

2.3.1.2. ÍNDICE CLÍNICO DE EVALUACIÓN

Para evaluar la presencia y severidad de la gingivitis se utilizará el Índice de Gingivitis de Löe & Silness (1963), el cual permite valorar los cambios inflamatorios en la encía mediante una escala ordinal de 0 a 3, considerando color, consistencia y sangrado al sondaje (28, 25):

- **0: Encía normal (ausente):** No presenta signos de inflamación, color rosado coral, textura firme y ausencia de sangrado al sondaje.
- **1: Inflamación leve:** Ligero cambio de coloración (eritema discreto) y leve edema, sin sangrado al sondaje.

- **2: Inflamación moderada:** Presencia de enrojecimiento evidente, edema y sangrado al sondaje.
- **3: Inflamación severa:** Marcado enrojecimiento, edema significativo, posible ulceración y tendencia al sangrado espontáneo ⁽²⁸⁾.

Este índice permite identificar la presencia de gingivitis y establecer su grado de severidad, facilitando su análisis clínico y epidemiológico (28).

2.3.1.3. TIPOS DE GINGIVITIS SEGÚN SEVERIDAD

De acuerdo con los hallazgos clínicos, la gingivitis puede clasificarse en:

- **Gingivitis ausente:** encías sanas, sin signos inflamatorios.
- **Gingivitis leve:** inflamación inicial limitada al margen gingival, sin sangrado al sondaje.
- **Gingivitis moderada:** inflamación con sangrado al sondaje, indicando mayor respuesta inflamatoria.
- **Gingivitis severa:** inflamación intensa con edema, enrojecimiento marcado y sangrado espontáneo ⁽²⁹⁾.

Esta clasificación permite establecer el grado de compromiso gingival y su relación con la acumulación de placa bacteriana (29).

2.3.1.4. EVOLUCIÓN Y POSIBLES COMPLICACIONES

Si la gingivitis no es tratada oportunamente, la inflamación persistente puede favorecer la progresión hacia una periodontitis, enfermedad irreversible caracterizada por la destrucción del ligamento periodontal y la pérdida de hueso alveolar (30).

Entre los factores que contribuyen a esta progresión se encuentran:

- Acumulación crónica de placa bacteriana
- Higiene oral deficiente
- Factores sistémicos o inmunológicos
- Cambios hormonales

La transición de gingivitis a periodontitis implica la formación de bolsas periodontales, pérdida de inserción clínica y, en casos avanzados, movilidad dentaria (31). En niños, aunque la periodontitis es menos frecuente, la presencia de gingivitis persistente constituye un factor de riesgo importante para su desarrollo en etapas posteriores (32).

2.3.1.5. BASE DE LA ETIOLOGÍA

Según la teoría clásica de Løe y Silness, la gingivitis es consecuencia directa de la acumulación de placa bacteriana en el margen gingival. Esta acumulación depende estrechamente de los hábitos de higiene oral, la dieta, el conocimiento en salud bucal y factores del entorno (25). La respuesta inflamatoria es un mecanismo del organismo frente a los metabolitos bacterianos presentes en el biofilm (33).

La acumulación de placa bacteriana es el principal factor etiológico de la gingivitis. El biofilm supragingival, si no es eliminado por una higiene adecuada, activa la respuesta inflamatoria de los tejidos gingivales, lo cual se manifiesta clínicamente como sangrado, hinchazón y cambio de color. Además, estudios recientes han señalado que factores como la ingesta de azúcares, el bajo nivel educativo de los padres y la falta de acceso a servicios preventivos aumentan la prevalencia y severidad de la gingivitis (34).

2.3.2. FACTORES DE RIESGO EN RELACIÓN A LA GINGIVITIS EN NIÑOS

2.3.2.1. DEFINICIÓN

Los factores de riesgo que influyen en la aparición de gingivitis en niños de 6 a 12 años pueden agruparse en conductuales, biológicos y ambientales. En tu investigación se abordarán principalmente los factores conductuales y de acceso ⁽³⁵⁾.

- **Higiene oral:** Se refiere a las prácticas que realiza el niño para mantener limpios sus dientes y encías, especialmente el cepillado dental. La frecuencia, duración y técnica del cepillado determinan la eficacia en la remoción de placa ⁽³⁶⁾.

a) Será evaluada mediante una pregunta de encuesta sobre frecuencia de cepillado diario.

b) Desde la perspectiva del modelo de conducta en salud, la higiene oral depende de factores personales (conocimientos, creencias, motivación, autoeficacia) y del contexto familiar, que es crucial en niños de edad escolar.

c) Una higiene deficiente favorece el acúmulo de placa, lo que según la teoría de Løe & Silness desencadena el proceso inflamatorio gingival (36, 25).

- **Alimentación:** Este factor se refiere al consumo de alimentos y bebidas azucaradas, cuya ingesta frecuente promueve la acumulación de placa bacteriana debido a la disponibilidad constante de sustratos para las bacterias orales ⁽³⁷⁾.

a) Se medirá mediante pregunta de encuesta sobre frecuencia de ingesta de alimentos azucarados.

b) La dieta es considerada un factor de riesgo conductual que actúa indirectamente, facilitando el desarrollo del biofilm.

c) El consumo excesivo de azúcares, especialmente entre comidas, está asociado con mayor inflamación gingival en niños ⁽³⁷⁾.

- **Placa bacteriana:** La placa bacteriana o biofilm es una comunidad organizada de bacterias que se adhiere firmemente a la superficie dental y al margen gingival. Es el factor etiológico primario y directo de la gingivitis ⁽³⁸⁾.

- a) Será evaluada mediante el Índice de Placa de Silness & Løe (1964), que clasifica la presencia de placa del 0 al 3 según su cantidad y localización.

- b) A mayor acumulación de placa, mayor probabilidad de desencadenar una respuesta inflamatoria gingival ⁽³⁸⁾.

- **Visitas al odontólogo:** La frecuencia con la que el niño acude a controles odontológicos influye directamente en la detección temprana de problemas, la enseñanza de técnicas de higiene, la motivación para el autocuidado y la remoción profesional de la placa ⁽³⁹⁾.

- a) Se evaluará mediante pregunta de encuesta sobre número de consultas odontológicas al año.

- b) Según los modelos de promoción de la salud, el acceso a servicios odontológicos constituye un determinante externo del comportamiento preventivo.

- c) Una mayor frecuencia de visitas favorece la adquisición de hábitos saludables y disminuye el riesgo de gingivitis ⁽³⁹⁾.

2.4. HIPÓTESIS.

HI: Existe relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

HO: No existe entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

2.4.1. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi.2: Existe relación significativa entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Ho.2: No existe relación significativa entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Hi.3: Existe relación significativa entre la alimentación y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Ho.3: No existe relación significativa entre la alimentación y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

H₁.4: Existe relación significativa entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Ho.4: No existe relación significativa entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

H₁.5: Existe relación significativa entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Ho.5: No existe relación significativa entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Gingivitis.

2.5.3. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

- Edad
- Sexo
- Nivel de instrucción de los padres

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
Variable independiente						
	Higiene oral	Frecuencia de cepillado al día	0= No se cepilla, 1= 1 vez, 2= 2 veces, 3= Más de 2 veces	Categórica	Ordinal	
	Alimentación	Frecuencia que ingiere alimentos o bebidas azucaradas al día	0= 0, 1= 1-2, 2= 3-4, 3= Más de 4	Categórica	Ordinal	
Factores de riesgo	Placa bacteriana	Índice de placa, Silness & Løe (1964)	0= Sin placa, 1= Placa ligera, 2= Placa moderada, 3= Placa abundante	Categórica	Ordinal	Comunicación de datos Ficha de encuesta/ cuestionario
	Visitas al odontólogo	Número de consultas odontológicas al año	0= 0, 1= 1 vez, 2= 2 veces, 3= Más de 2 veces	Categórica	Ordinal	

Variable dependiente						
Gingivitis	Grado de inflamación gingival	Índice de Gingivitis = Løe & Silness (1963)	0= Ausente 1= Leve 2= Moderada 3= Severa	Categórica	Ordinal	Observación de datos Ficha de observación
Variables de caracterización						
Edad	Cronológica	Autorreporte	6 a 9 10 a12	Numérica	Ordinal	Comunicación de datos Ficha de encuesta/ cuestionario
Sexo	Género	Autorreporte	Masculino Femenino	Categórica	Nominal	
Nivel de instrucción de padres	Única	Autoreporte	Primaria Secundaria Superior	Cualitativo	Ordinal	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

a. Según la intervención del investigador

Observacional: los datos reflejan cómo se presentaron las manifestaciones bucales de manera natural en las gestantes, sin que el investigador realice ninguna intervención intencionada sobre las variables ⁽⁴⁰⁾.

b. Según la planificación de la toma de datos

Prospectivo: la información se obtuvo mediante instrumentos estandarizados, permitiendo recolectar datos actuales y relevantes, y brindando un mayor control sobre posibles sesgos en la medición ⁽⁴⁰⁾.

c. Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio

Transversal: las variables se evaluaron en un único momento. Por lo tanto, cualquier comparación entre grupos se realizó sobre muestras independientes ⁽⁴⁰⁾.

d. Según el número de variables de interés

Analítica: dado que se buscó explorar la relación entre las variables principales, considerando su tipo, nivel de medida y categorías de clasificación ⁽⁴⁰⁾.

3.2. ENFOQUE

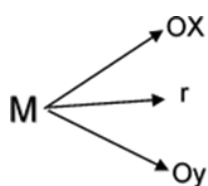
Cuantitativo, que buscará medir y analizar de forma numérica las variables de estudio con el propósito de determinar la relación entre los factores de riesgos y la gingivitis en niños. Este enfoque permitirá aplicar procedimientos estadísticos para identificar asociaciones significativas y facilitar la interpretación objetiva de los resultados ⁽⁴¹⁾.

3.3. ALCANCE O NIVEL

Correlacional, ya que se buscó determinar la relación entre las variables investigativas del centro educacional. No se realizará modificación de las variables, sino que se analizarán tal como se presentan de forma natural en las participantes ⁽⁴¹⁾.

3.4. DISEÑO

Diseño no experimental, dado que no se manipuló la variable (gingivitis), sino que se observó tal como se presentan en los niños. Asimismo, se trata de un estudio transversal correlacional, ya que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, mediante una evaluación clínica bucal y recopilación de información sociodemográfica, con el objetivo de analizar la relación de las variables de investigación ⁽⁴¹⁾.



Donde:

M: Muestra de estudio

Ox, Oy: Variables investigativas.

r: Relación de las variables investigativas

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

La población del estudio estará conformada por todos los alumnos del nivel primario de la Institución Educativa Marcos Durand Martel de Amarilis - Huánuco durante el periodo de recolección de datos. Se estima que la población aproximada sea de 750 alumnos que asisten con regularidad ⁽⁴²⁾.

3.5.2. MUESTRA

De muestreo no probabilístico, por conveniencia, e incluirá los niños alumnos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Se estima que la muestra final esté compuesta por aproximadamente 254 alumnos, quienes estarán disponibles para participar voluntariamente juntos a sus padres en la evaluación clínica bucal y en la recopilación de datos sociodemográficos ⁽⁴²⁾.

$$n = \frac{N * Z^2 \alpha * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 \alpha * p * q}$$
$$n = \frac{750 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05^2(750 - 1)) + ((1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5)}$$
$$n = \frac{750 \times 3.8416 \times 0.25}{(0.0025 \times 749) + (3.8416 \times 0.25)}$$
$$n = \frac{720.3}{(1.8725) + (0.9604)} = \frac{720.3}{2.8329} = 254.3$$

Los siguientes criterios fueron tomados:

Criterios inclusión:

- Niños matriculados y con asistencia regular.
- Niños y padres con señales de participación voluntaria.
- Niños que sientan alguna molestia a nivel gingival.
- Niños, cuyos padres hayan firmado el consentimiento y asentimiento informado.
- Niños con asistencia en las fechas programadas.

Criterios exclusión:

- Niños que presentes lesiones de mayor gravedad a la gingivitis.
- Niños que no se sientes motivados para colaborar con la evaluación.
- Niños con lesiones bucales severas o dolor intenso que impidan la correcta evaluación clínica de la cavidad oral.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. TÉCNICAS

Observación de datos: Para evaluar el grado de inflamación gingival que presentan los niños del centro educativo.

Comunicación de datos: Para determinar los factores de riesgo que conlleva al problema gingival.

3.6.2. INSTRUMENTO

Ficha de observación: será utilizada para registrar las manifestaciones bucales de las gestantes.

Encuesta: recopilará información sobre los factores riesgo tanto de los niños y de padres.

Ficha técnica del instrumento N° 1 Ficha de observación de datos	
0. Técnica	Observación de datos
1. Nombre	Ficha de observación
2. Autor	Índice de Gingivitis = Löe & Silness (1963)
3. Objetivo	Evaluar el grado de inflamación gingival de los niños
4. Estructura	GRADO DE INFLAMACIÓN GINGIVAL. Se medirán: 0= Ausente 1= Leve 2= Moderada 3= Severa
5. Momento de la aplicación del instrumento	Durante el receso de la hora escolar del centro educativo.
6. Tiempo promedio de aplicación	Aproximadamente 10 minutos por niño.

Ficha técnica del instrumento N° 2 Ficha de comunicación de datos	
0. Técnica	Comunicación de datos
1. Nombre	Encuesta
2. Autor	Encuesta (OMS, 2013) Índice de Placa = Silness & Løe (1964)
3. Objetivo	Registrar los factores de riesgo causantes de gingivitis en los niños.
4. Estructura	HIGIENE ORAL, ALIMENTACIÓN, PLACA BACTERIANA Y VISITAS AL ODONTÓLO. <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de cepillado al día. • Frecuencia que ingiere alimentos o bebidas azucaradas al día • Índice de placa (Silness & Løe) • Número de consultas odontológicas al año
5. Momento de la aplicación	Durante el receso de la hora escolar del centro educativo.
6. Tiempo promedio de aplicación	Aproximadamente 10 minutos por niño

3.6.3. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Validez racional

Validez racional del instrumento N° 1 Ficha de observación			
N°	Dimensión	Autor	Definición operacional
1	Gingivitis	Índice de Gingivitis = Løe & Silness (1963)	Cambios en la zona gingival, registro periodontal.

Validez racional del instrumento N° 2 Encuesta			
N°	Dimensión	Autor	Definición operacional
1	Higiene oral	Encuesta (OMS, 2013) Índice de Placa = Silness & Løe (1964)	Frecuencia diaria de cepillado reportada por el niño/padre, categorizada según recomendaciones de la OMS.
2	Alimentación		Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas azucaradas al día, reportada por el menor o padre.
3	Placa bacteriana		Hábito o percepción reportada sobre presencia de placa; la medición real se realiza clínicamente con el índice.
4	Visitas al odontólogo		Número de consultas odontológicas en el último año, declarado por los padres/tutores.

Validez por juicio de expertos: Los instrumentos planteados serán revisados y validados por un grupo de expertos en odontología, salud materna y enfermería obstétrica, quienes asegurarán que los ítems reflejen adecuadamente las dimensiones e indicadores de las variables estudiadas y sean pertinentes para la población en estudio

Validez por juicio de expertos				
N°	Datos del experto	Instrumento N° 1	Instrumento N° 2	Aplicable / No aplicable
1	Huayta Natividad, Víctor Manuel	✓	✓	Aplicable
2	Zevallos López, Zamed Eli	✓	✓	Aplicable
3	Cuadros Quinto, Lourdes Jesús	✓	✓	Aplicable

3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.7.1. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos del estudio “Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025”.

Se realizará previa autorización del director de la institución educativa y con el consentimiento informado de los padres o apoderados de los niños participantes.

Una vez obtenida la autorización escrita, se coordinará con el personal directivo y docente para establecer fechas y horarios adecuados que no interfieran con las actividades académicas.

Se realizará una reunión informativa con los docentes responsables de los grados involucrados, a fin de explicar el propósito de la investigación, el procedimiento de evaluación clínica y la aplicación de encuestas. Asimismo, se brindará información sobre la importancia del estudio en la prevención de la gingivitis infantil:

1. Control de Datos:

- La recolección de datos clínicos se efectuó dentro de la institución educativa, en un ambiente previamente acondicionado, con adecuada iluminación, ventilación y privacidad.
- Antes de cada evaluación clínica, el investigador cumplió estrictamente con las normas de bioseguridad, que incluyen lavado de manos clínico y uso de equipo de protección personal (mascarilla, guantes descartables, gorro y mandil). El instrumental odontológico utilizado (espejo bucal y explorador) será estéril o descartable, y las superficies de trabajo serán desinfectadas antes y después de cada evaluación.
- El procedimiento clínico consistió en la observación intraoral directa, de carácter no invasivo, realizada en posición adecuada del niño y utilizando luz natural o artificial. Durante la evaluación se registró
- La presencia de placa bacteriana mediante el Índice de Silness y Løe.
- El grado de gingivitis mediante el Índice de Løe y Silness.
- Los hallazgos clínicos fueron registrados inmediatamente en la ficha de observación clínica correspondiente. Al finalizar cada jornada, las fichas clínicas y encuestas fueron revisadas para verificar su integridad, legibilidad y coherencia interna. Solo los datos completos y confiables serán incorporados en la base final de análisis.

2. Codificación de Datos:

- Las variables del estudio fueron codificadas según la tabla de operacionalización, asignando valores numéricos a cada categoría con el fin de facilitar el análisis estadístico. Las principales variables se codificarán de la siguiente manera:
- Higiene oral: 0–3
- Alimentación: 0–3
- Placa bacteriana (Silness & Løe): 0–3
- Gingivitis (Løe & Silness): 0–3

- Sexo: 1=Masculino, 2=Femenino
- Nivel de instrucción: 1=Primaria, 2=Secundaria, 3=Superior
- Esta codificación permitió un manejo uniforme, ordenado y adecuado para el procesamiento estadístico posterior.

3. Procesamiento de Datos:

- Los datos codificados fueron ingresados en una base digital utilizando Microsoft Excel 2021, donde se realizó la depuración inicial, control de identificadores y verificación de duplicidades.
- Posteriormente, la base fue exportada al software IBM SPSS Statistics versión 26, donde se ejecutó el análisis estadístico correspondiente. Se aplicarán los siguientes procedimientos:
- Estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes, promedios y medidas de dispersión según el tipo de variable.
- Estadística inferencial:
- Prueba Chi cuadrado de independencia para determinar la relación entre los factores de riesgo (higiene oral, alimentación, placa bacteriana y visitas al odontólogo) y la presencia o grado de gingivitis.
- El procesamiento se realizó bajo un nivel de significancia de $p < 0,05$.

4. Presentación de Datos:

- Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias, gráficos de barras y diagramas circulares, según la naturaleza de cada variable.
- Para los análisis inferenciales se emplearon tablas cruzadas, valores de Chi-cuadrado y niveles de significancia, permitiendo interpretar la fuerza y

dirección de la relación entre los factores de riesgo y la gingivitis.

3.7.2. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

• Plan de Tabulación:

Para la tabulación de los datos se utilizó un ordenador Intel Inside Core i7, donde se recopiló la información mediante el programa estadístico Excel.

• Plan de Análisis:

Ritual de significancia estadística	
Planteamiento de hipótesis	Hi: Hipótesis de investigación Ho: Hipótesis nula
Nivel de significancia	Alfa =5%= 0.05
Prueba estadística	No paramétrico, Chi cuadrado de Pearson
Cálculo de p - valor	P – valor: magnitud del error tipo 1
Tomar una decisión	P – valor \leq 0,05, se rechaza la hipótesis nula

3.8. ASPECTOS ETICOS

La investigación titulada: “Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025” se desarrollará bajo los lineamientos éticos de la Declaración de Helsinki, garantizando el respeto por la dignidad, integridad y bienestar de los participantes. Dado que se trabajará con menores de edad, se asegurará que su participación sea voluntaria, brindando información clara a los padres y a los niños sobre los objetivos y procedimientos del estudio. Previo a la evaluación, se obtendrá el consentimiento informado firmado por los padres o tutores legales, así como el asentimiento informado del menor, respetando su autonomía y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su educación ni su atención en la institución educativa.

En concordancia con los principios de beneficencia y no maleficencia, el examen clínico intraoral para determinar la presencia de gingivitis y los factores de riesgo asociados será realizado por el investigador siguiendo estrictos protocolos de bioseguridad. Se asegura

que los procedimientos son no invasivos y no generarán daño físico ni emocional. En caso de identificar casos de gingivitis severa o patologías bucales que requieran tratamiento especializado durante la evaluación, se informará de inmediato al tutor legal para que pueda gestionar la atención dental o preventiva correspondiente en un establecimiento de salud.

El estudio garantizará justicia y equidad, evitando cualquier forma de discriminación en la selección de los niños de 6 a 12 años. Los datos clínicos recolectados serán tratados con estricta confidencialidad, asignando códigos numéricos a cada ficha para impedir la identificación de los menores. Toda la información será manejada exclusivamente por el investigador y almacenada en archivos protegidos, cumpliendo con la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, asegurando que los resultados se presenten de manera colectiva y anónima.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

En este capítulo, mediante el análisis y la tabulación de información se presentó los siguientes resultados, con el principal objetivo de: Determinar la relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los niños de 6 a 12 años según edad, sexo y nivel de instrucción de los padres (n = 254)

	Categoría	F (n)	%
Edad	6 – 9 años	142	55.9%
	10 – 12 años	112	44.1%
Sexo	Masculino	131	51.6%
	Femenino	123	48.4%
Nivel de instrucción de los padres	Primaria	78	30.7%
	Secundaria	129	50.8%
	Superior	47	18.5%
	Total	254	100%

Interpretación: En relación con la edad, el grupo más frecuente fue el de 6 a 9 años, presente en 55,9% de los casos (142 niños). En segundo lugar, se encontró el grupo de 10 a 12 años, con 44,1% (112 niños). Respecto al sexo, predominó el sexo masculino con 51,6% (131 niños), seguido del sexo femenino con 48,4% (123 niños). En cuanto al nivel de instrucción de los padres, el más frecuente fue el nivel secundario, presente en 50,8% (129 casos). En segundo lugar, se encontró el nivel primario con 30,7% (78 casos), mientras que el nivel superior fue el menos frecuente con 18,5% (47 casos) (Tabla 1).

Tabla 2. Relación entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años

Higiene oral (Frecuencia de cepillado)	Grado de inflamación gingival								Total	
	Ausente		Leve		Moderada		Severa			
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No se cepilla	3	10.0%	5	16.7%	14	46.7%	8	26.6%	30	11.8%
1 vez al día	8	12.7%	20	31.7%	25	39.7%	10	15.9%	63	24.8%
2 veces al día	35	38.0%	42	45.7%	12	13.0%	3	3.3%	92	36.2%
Más de 2 veces	38	55.1%	24	34.8%	6	8.7%	1	1.4%	69	27.2%
Total	84	33.1%	91	35.8%	57	22.4%	22	8.7%	254	100%

Interpretación: Entre los niños que no se cepillan, que representan 30 niños (11,8%) de la muestra, la mayoría presentó gingivitis moderada (14 niños, 46,7%), seguida de gingivitis severa (8 niños, 26,6%); únicamente 3 niños (10,0%) no presentaron inflamación gingival. En los niños que se cepillan una vez al día, correspondientes a 63 niños (24,8%), predominó la gingivitis moderada (25 niños, 39,7%), seguida de leve (20 niños, 31,7%), mientras que 8 niños (12,7%) no presentaron gingivitis. En los que se cepillan dos veces al día, que constituyen 92 niños (36,2%) de la muestra, la categoría más frecuente fue gingivitis leve (42 niños, 45,7%), seguida de ausente (35 niños, 38,0%). Finalmente, en los niños que se cepillan más de dos veces al día, correspondientes a 69 niños (27,2%), la ausencia de gingivitis fue la más frecuente con 38 niños (55,1%), seguida de leve (24 niños, 34,8%) (Tabla 2).

Tabla 3. Relación entre la alimentación y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años

Alimentación (veces al día)	Grado de inflamación gingival								Total	
	Ausente		Leve		Moderada		Severa			
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
0 veces	40	15.7%	35	13.8%	30	11.8%	10	3.9%	115	45.3%
1–2 veces	25	9.8%	30	11.8%	15	5.9%	5	2.0%	75	29.5%
3–4 veces	15	5.9%	15	5.9%	10	3.9%	5	2.0%	45	17.7%
Más de 4 veces	4	1.6%	11	4.3%	2	0.8%	2	0.8%	19	7.5%
Total	84	33.1%	91	35.8%	57	22.4%	22	8.7%	254	100%

Interpretación: Entre los niños que no consumen alimentos o bebidas azucaradas (0 veces al día), la mayoría no presentó gingivitis (40 niños, 15,7%), seguida de leve (35 niños, 13,8%), moderada (30 niños, 11,8%) y severa (10 niños, 3,9%), mostrando que la ausencia de azúcar se asocia con menor inflamación gingival. En los niños que consumen azúcar 1–2 veces al día, predominó la gingivitis leve (30 niños, 11,8%), seguida de ausente (25 niños, 9,8%), moderada (15 niños, 5,9%) y severa (5 niños, 2,0%), indicando un aumento ligero en la severidad de la gingivitis en comparación con los que no consumen azúcar. Entre los que consumen azúcar 3–4 veces al día, la categoría más frecuente fue ausente y leve por igual (15 niños, 5,9%), seguida de moderada (10 niños, 3,9%) y severa (5 niños, 2,0%), evidenciando que un consumo mayor se asocia con un riesgo creciente de gingivitis moderada y severa. Finalmente, en los niños que consumen azúcar más de 4 veces al día, predominó la gingivitis leve (11 niños, 4,3%), seguida de ausente (4 niños, 1,6%), moderada (2 niños, 0,8%) y severa (2 niños, 0,8%), mostrando que la alta frecuencia de consumo de azúcar mantiene la inflamación gingival más presente, aunque el número absoluto de niños en esta categoría es menor (Tabla 3).

Tabla 4. Relación entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años

Placa bacteriana	Grado de inflamación gingival								Total	
	Ausente		Leve		Moderada		Severa			
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Sin placa	40	15.7%	35	13.8%	10	3.9%	0	0%	85	33.5%
Placa ligera	25	9.8%	30	11.8%	10	3.9%	5	2.0%	70	27.6%
Placa moderada	15	5.9%	20	7.9%	25	9.8%	10	3.9%	70	27.6%
Placa abundante	4	1.6%	6	2.4%	12	4.7%	7	2.8%	29	11.4%
Total	84	33.1%	91	35.8%	57	22.4%	22	8.7%	254	100%

Interpretación: Entre los niños que no presentan placa bacteriana, la mayoría no presentó gingivitis (40 niños, 15,7%), seguida de leve (35 niños, 13,8%) y moderada (10 niños, 3,9%), sin casos severos. Esto indica que la ausencia de placa se asocia con menor inflamación gingival. En los niños con placa ligera, predominó la gingivitis leve (30 niños, 11,8%), seguida de ausente (25 niños, 9,8%), moderada (10 niños, 3,9%) y severa (5 niños, 2,0%), mostrando un ligero aumento en la severidad de la gingivitis con presencia de placa. Entre los que presentaron placa moderada, se observó un aumento de la gingivitis moderada (25 niños, 9,8%) y severa (10 niños, 3,9%), mientras que los casos ausentes y leves disminuyeron, evidenciando que una mayor cantidad de placa bacteriana se relaciona con un mayor riesgo de inflamación gingival. Finalmente, los niños con placa abundante presentaron mayor proporción de moderada (12 niños, 4,7%) y severa (7 niños, 2,8%), mientras que los casos de ausente y leve disminuyeron notablemente, confirmando que la presencia elevada de placa bacteriana se asocia directamente con un mayor grado de inflamación gingival (Tabla 4).

Tabla 5. Relación entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años

Relación entre las visitas odontológicas y el grado de inflamación gingival n = 254										
visitas al odontólogo	Grado de inflamación gingival								Total	
	Ausente		Leve		Moderada		Severa			
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
0 veces	50	19.7%	40	15.8%	20	7.9%	10	3.9%	120	47.2%
1 vez	20	7.9%	25	9.8%	15	5.9%	5	2.0%	65	25.6%
2 veces	10	3.9%	15	5.9%	12	4.7%	4	1.6%	41	16.1%
Más de 2 veces	4	1.6%	11	4.3%	10	3.9%	3	1.2%	28	11.0%
Total	84	33.1%	91	35.8%	57	22.4%	22	8.7%	254	100%

Interpretación: Entre los niños que no realizaron visitas al odontólogo, predominó la ausencia de gingivitis (50 niños, 19,7%), seguida de leve (40 niños, 15,8%). Sin embargo, también se observaron casos moderados y severos, lo que sugiere que la falta de control odontológico puede favorecer la aparición de inflamación gingival en algunos niños. En los niños que realizaron una visita al año, la categoría más frecuente fue leve (25 niños, 9,8%), seguida de ausente (20 niños, 7,9%), moderada (15 niños, 5,9%) y severa (5 niños, 2,0%), evidenciando una ligera mejora en comparación con quienes no visitaron al odontólogo. Entre los que realizaron dos visitas al año, se observó mayor proporción de leve (15 niños, 5,9%) y ausente (10 niños, 3,9%), mientras que los casos de moderada y severa disminuyeron (12 niños, 4,7% y 4 niños, 1,6% respectivamente), indicando que la frecuencia de visitas contribuye a reducir la inflamación gingival. Finalmente, los niños que realizaron más de dos visitas al año presentaron la mayor proporción de ausente (4 niños, 1,6%) y leve (11 niños, 4,3%), y los casos de moderada y severa fueron mínimos (10 niños, 3,9% y 3 niños, 1,2%), demostrando que las visitas regulares al odontólogo están directamente relacionadas con una menor severidad de la gingivitis (Tabla 5).

Tabla 6. Relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años

Factor de riesgo	Categoría	Grado de inflamación gingival								Total	
		Ausente		Leve		Moderada		Severa			
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Frecuencia de cepillado	Presenta	11	4.3%	25	9.8%	39	15.4%	18	7.1%	93	36.6%
	No presenta	73	28.7%	66	26.0%	18	7.1%	4	1.6%	161	63.4%
Alimentación (dieta de azúcar)	Presenta	19	7.5%	26	10.2%	12	4.7%	7	2.8%	64	25.2%
	No presenta	65	25.6%	65	25.6%	45	17.7%	15	5.9%	190	74.8%
Placa bacteriana	Presenta	19	7.5%	26	10.2%	37	14.6%	17	6.7%	99	39.0%
	No presenta	65	25.6%	65	25.6%	20	7.9%	5	2.0%	155	61.0%
Visitas al odontólogo	Presenta	70	27.6%	65	25.6%	35	13.8%	15	5.9%	185	72.8%
	No presenta	14	5.5%	26	10.2%	22	8.7%	7	2.8%	69	27.2%
	Total									254	100%

Interpretación: En relación con la frecuencia de cepillado, se observó que los niños que presentan el factor de riesgo mostraron mayor proporción de gingivitis moderada con 15,4% (39 niños), seguida de gingivitis leve con 9,8% (25 niños) y gingivitis severa con 7,1% (18 niños). En contraste, en los niños que no presentan este factor predominó la ausencia de inflamación gingival con 28,7% (73 niños), seguida de gingivitis leve con 26,0% (66 niños). Respecto a la alimentación, los niños que presentan el factor de riesgo mostraron mayor proporción de gingivitis leve con 10,2% (26 niños), seguida de ausencia de gingivitis con 7,5% (19 niños). Por otro lado, en los niños que no presentan este factor predominó la ausencia de gingivitis y gingivitis leve, ambas con 25,6% (65 niños cada una). En cuanto a la placa bacteriana, los niños que presentan este factor mostraron mayor frecuencia de gingivitis moderada con 14,6% (37 niños), seguida de gingivitis leve con 10,2% (26 niños). En cambio, en aquellos que no presentan placa bacteriana predominó la ausencia de gingivitis y la gingivitis leve, ambas con

25,6% (65 niños). Finalmente, en relación con las visitas al odontólogo, los niños que presentan el factor de riesgo mostraron mayor proporción de ausencia de gingivitis con 27,6% (70 niños), seguida de gingivitis leve con 25,6% (65 niños). En los niños que no presentan este factor se observó mayor frecuencia de gingivitis leve con 10,2% (26 niños), seguida de gingivitis moderada con 8,7% (22 niños) (Tabla 6).

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 7. Contrastación de hipótesis entre los factores de riesgo y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años

Factor de riesgo	Categoría	Ausente	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	P valor		
Frecuencia de cepillado	Presenta	11	25	39	18	93	27,5	0,0001		
	No presenta	73	66	18	4	161				
Alimentación (consumo de azúcar)	Presenta	19	26	12	7	64				
	No presenta	65	65	45	15	190				
Placa bacteriana	Presenta	19	26	37	17	99				
	No presenta	65	65	20	5	155				
Visitas al odontólogo	Presenta	70	65	35	15	185				
	No presenta	14	26	22	7	69				
Total		84	91	57	22	254				

Interpretación: Al analizar la relación entre los factores de riesgo y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años, se observó que la mayor proporción de casos con inflamación leve y moderada se presentó en aquellos niños que presentaban factores de riesgo, tales como cepillado insuficiente, consumo frecuente de azúcar, presencia de placa bacteriana y menor número de visitas al odontólogo. Por el contrario, entre los niños que no presentaban dichos factores de riesgo, predominó la ausencia de inflamación gingival. Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado, se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo evaluados y el grado de inflamación gingival ($X^2 = 27,5$; $gl = 3$; $p = 0,0001$) (Tabla 7).

Hipótesis específica 2.

El análisis de la relación entre la frecuencia de cepillado y el grado de inflamación gingival mediante χ^2 resultó $\chi^2 = 18,2$ con valor $p = 0,001$.

Interpretación:

El valor de $p < 0,05$ indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho.2), confirmando que la frecuencia de cepillado influye directamente en el grado de inflamación gingival de la población estudiada (Tabla 2).

Hipótesis específica 3.

El análisis de la relación entre el consumo de azúcar y el grado de inflamación gingival mediante χ^2 resultó $\chi^2 = 9,5$ con $p = 0,023$.

Interpretación:

El valor de $p < 0,05$ indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la alimentación (consumo de azúcar) y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho.3), confirmando que el consumo de alimentos azucarados influye en la aparición y severidad de la gingivitis (Tabla 3).

Hipótesis específica 4.

El análisis de la relación entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival mediante χ^2 resultó $\chi^2 = 22,7$ con $p < 0,001$.

Interpretación:

El valor de $p < 0,05$ indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho.4),

confirmando que una mayor cantidad de placa se asocia con mayor inflamación gingival (Tabla 4).

Hipótesis específica 5.

El análisis de la relación entre la frecuencia de visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival mediante χ^2 resultó $\chi^2 = 6,8$ con $p = 0,034$.

Interpretación:

El valor de $p < 0,05$ indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula ($H_0.5$), confirmando que la regularidad de las visitas odontológicas influye en la severidad de la gingivitis (Tabla 5).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio tuvo como propósito determinar la relación entre los factores de riesgo frecuencia de cepillado, consumo de azúcar, presencia de placa bacteriana y visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en niños de 6 a 12 años. Los resultados evidencian un patrón consistente: los niños expuestos a factores de riesgo presentan mayor prevalencia de gingivitis leve y moderada, mientras que aquellos sin dichos factores tienden a presentar ausencia de inflamación gingival. Este comportamiento se refuerza estadísticamente mediante la prueba de Chi-cuadrado, que confirmó una relación significativa entre las variables analizadas ($X^2 = 27,5$; $gl = 3$; $p = 0,0001$), lo que respalda la hipótesis general del estudio.

Un hallazgo relevante es que la frecuencia de cepillado muestra un gradiente claro de efecto: a menor frecuencia, mayor severidad de la inflamación gingival. Los niños que no se cepillan o lo hacen una sola vez al día concentran los mayores porcentajes de gingivitis moderada y severa, mientras que aquellos que realizan el cepillado dos o más veces al día presentan mayor proporción de encías sanas o con inflamación leve. Este patrón no solo confirma una asociación estadística, sino que sugiere una relación dosis respuesta entre la higiene oral y el estado gingival, lo que refuerza el rol protector del cepillado frecuente como medida preventiva primaria. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Castillo ⁽¹⁷⁾.

En cuanto a la alimentación, se observó que el consumo frecuente de azúcar se asocia con un incremento progresivo de la inflamación gingival, especialmente en las categorías leve y moderada. Este hallazgo sugiere que la dieta no solo influye en la presencia de caries dental, sino también en la respuesta inflamatoria gingival, probablemente debido a la modificación del ecosistema bacteriano oral y al aumento del biofilm cariogénico. En este sentido, los resultados refuerzan la importancia de considerar la dieta como un determinante modificable en

la salud periodontal infantil. Reportando resultados similares en escolares, López ⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, la presencia de placa bacteriana mostró ser el factor con asociación más marcada respecto al grado de inflamación gingival. A medida que aumenta la cantidad de placa, se incrementa la proporción de gingivitis moderada y severa, lo que evidencia un patrón biológico coherente con la etiopatogenia de la enfermedad. Este resultado no solo confirma una asociación estadística, sino que también refuerza el fundamento clínico de la gingivitis como enfermedad inflamatoria inducida por biofilm. Este hallazgo coincide con Bakradze et al. ⁽¹⁴⁾ y Espilco ⁽¹⁶⁾.

En relación con las visitas al odontólogo, se observó que la asistencia regular a controles odontológicos se asocia con menor severidad de gingivitis, particularmente en la reducción de casos moderados y severos. Este hallazgo sugiere que el control odontológico no solo tiene un rol curativo, sino también preventivo, al permitir la detección temprana de inflamación gingival y la orientación en hábitos de higiene oral. Estos resultados son consistentes con lo planteado por Elgasmi et al. ⁽¹³⁾.

De manera global, la comparación con estudios previos evidencia una alta consistencia en los patrones observados, independientemente de las diferencias metodológicas como el uso de índices clínicos, encuestas o evaluaciones mixtas. Esto refuerza la validez externa de los hallazgos y sugiere que los factores de riesgo analizados tienen un comportamiento estable en distintas poblaciones pediátricas.

Desde una perspectiva interpretativa, los resultados sugieren que la gingivitis en niños no depende de un único factor, sino de la interacción entre conductas de higiene, dieta, presencia de biofilm y acceso a servicios odontológicos. Este carácter multifactorial implica que las intervenciones preventivas deben ser integrales, combinando educación en salud oral, control dietético, refuerzo del cepillado y promoción de controles odontológicos periódicos.

Finalmente, la significancia estadística obtenida en el análisis global refuerza la relevancia clínica y epidemiológica de los factores evaluados, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias preventivas basadas en evidencia en el ámbito escolar. En conjunto, los hallazgos confirman que la modificación de hábitos de higiene oral y estilos de vida puede tener un impacto directo en la reducción de la gingivitis infantil.

En conclusión, los resultados del presente estudio son coherentes con la evidencia nacional e internacional, demostrando que los factores de riesgo evaluados se asocian significativamente con la inflamación gingival. La consistencia entre estudios refuerza la validez de los hallazgos y sustenta la implementación de intervenciones educativas y preventivas orientadas a mejorar la salud bucal en la población infantil.

CONCLUSIONES

1. Los niños de 6 a 12 años presentaron predominancia de sexo masculino y edades entre 6 y 9 años. La mayoría de los padres tienen educación secundaria, lo que puede influir en los hábitos de salud bucal de sus hijos.
2. Se evidenció que una mayor frecuencia de cepillado se asocia con menor inflamación gingival. La higiene insuficiente se identifica como un factor relevante en la aparición de gingivitis.
3. El consumo frecuente de alimentos azucarados está relacionado con un mayor grado de inflamación gingival. Dietas más equilibradas contribuyen a una mejor salud periodontal en la infancia.
4. La presencia y cantidad de placa se correlaciona directamente con la severidad de la gingivitis. La reducción de placa mediante hábitos adecuados es esencial para prevenir la enfermedad.
5. Los niños que asisten regularmente a controles odontológicos presentan menor inflamación gingival. La atención preventiva refuerza la salud bucal y disminuye riesgos de complicaciones.
6. Los factores de riesgo como cepillado insuficiente, dieta azucarada, placa y pocas visitas al odontólogo influyen de manera conjunta en la aparición y severidad de la gingivitis.
7. Se confirma la relación significativa entre los factores de riesgo evaluados y el grado de inflamación gingival. Los hallazgos apoyan la necesidad de intervenciones preventivas dirigidas a mejorar hábitos y controles odontológicos.

RECOMENDACIONES

A. Se recomienda fomentar programas educativos para padres y cuidadores sobre la higiene bucal infantil, enfatizando la importancia del cepillado regular y supervisado, así como la reducción del consumo de alimentos azucarados, para disminuir la prevalencia de inflamación gingival.

B. Es necesario implementar campañas escolares que promuevan hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, acompañadas de charlas y demostraciones prácticas sobre técnicas de higiene oral efectivas.

C. Se propone que las instituciones educativas incorporen estrategias de control nutricional, orientadas a reducir la frecuencia de consumo de azúcares, fomentando alternativas saludables que contribuyan a la prevención de la gingivitis en los escolares.

D. Resulta pertinente capacitar al personal de salud y odontólogos escolares en la detección temprana de placa bacteriana y signos de inflamación gingival, garantizando una intervención preventiva oportuna.

E. Se recomienda establecer un programa regular de visitas odontológicas escolares, promoviendo controles semestrales o anuales, con el fin de mantener un monitoreo continuo del estado gingival y prevenir complicaciones.

F. Es necesario desarrollar materiales educativos y actividades prácticas que sensibilicen a los niños sobre la relación entre placa bacteriana, hábitos de higiene y salud gingival, fomentando la autogestión de la higiene oral desde edades tempranas.

G. Se propone la creación de políticas institucionales que integren educación, nutrición y control odontológico como un enfoque integral de promoción de la salud bucal, involucrando familias, escuelas y profesionales para reducir los factores de riesgo de gingivitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chapple I, Mealey B, Van Dyke T, Bartold P, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: consensus report. *J Clin Periodontol*. [Internet] 2018 [Consultado 21 Feb 2026]; 45(Suppl 20): S68–S77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926944/>
2. World Health Organization. Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/364538>
3. Peres M, Macpherson L, Weyant R, Daly B, Venturelli R, Mathur M, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. [Internet] 2019 [Consultado 21 Feb 2026]; 394(10194): 249–60. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
4. Liu X, Xu J, Li S, Wang X, Liu J, Li X. The prevalence of gingivitis and related risk factors in schoolchildren aged 6–12 years old. *BMC Oral Health*. [Internet] 2022 [Consultado 21 Feb 2026]; 22(1): 623. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36544102/>
5. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030: regional and global estimates. Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240099159>
6. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 2025 Ene 17]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
7. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res*. 2014; 93(11): 1045–1053. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4293771/>
8. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, Murray CJL. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013; 92(7): 592–597. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23720570/>

9. Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, Murray CJL, Marcenes W; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015: a systematic analysis. *J Dent Res.* 2017;96(4):380–387. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5912207/>
10. GBD 2017 Oral Disorders Collaborators; Bernabé E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, et al. Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res.* 2020; 99(4): 362–373. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32122215/>
11. Ministerio de Salud del Perú. Minsa: caries dental, gingivitis y periodontitis son enfermedades bucales con mayor prevalencia en menores entre 3 y 15 años [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/>
12. Ministerio de Salud del Perú. Gingivitis y periodontitis: enfermedades bucales que pueden provocar la pérdida de dientes [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2025. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
13. Parihar A S, Kalpana M S, Dwivedi P, Jain M, Swain P, Nasyam F A. Effectiveness of a comprehensive school-based oral health intervention program on periodontal disease outcomes: a randomized controlled trial. *J Pharm Bioallied Sci.* 2024; 16(Suppl 4): S3962–S3965. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39926799/>
14. Subedi K, Shrestha A, Bhagat T, Baral D. Effectiveness of oral health education intervention among 12-15-year-old school children in Dharan, Nepal: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health.* 2021; 21(1): 525. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34649553/>

15. Pandya SR, Hegde V. Effectiveness of reinforced oral health education on the oral hygiene status of 9–12-year-old primary schoolchildren: a follow-up study [Internet]. *Journal of Primary Care Dentistry and Oral Health*. 2024; 5(1): 24–28. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jpcdoh.jpcdoh_7_24
16. World Health Organization. WHO global oral health status report: EB152/6. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_6-en.pdf
17. Elgasmi FE, Maghous K, Badre B. Gingivitis in children and adolescents: epidemiological overview and associated factors-A narrative review. *Front Oral Health*. 2025; 6: 1675033. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12549658/?utm_source=chatgpt.com
18. Bakradze M, Japaridze F, Gogotishvili M, Japaridze L, Gvarishvili S. Analysis of risk factors for major dental diseases in the student population. *Georgian Med News*. 2022; (333): 42-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36780621/>
19. Liu, X., Xu, J., Li, S. et al. Prevalencia de gingivitis y factores de riesgo asociados en escolares de 6 a 12 años. *BMC Oral Health* 22, 623 (2022). Disponible en: https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-022-02670-9?utm_source=chatgpt.com#citeas
20. Espilco A. Relación entre gingivitis e higiene oral en escolares de 10 a 12 años de la I.E. N° 88183 Catorce Incas, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, 2023. [Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2025. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/39118>
21. Castillo L. Relación entre gingivitis e higiene oral en escolares de la I.E. San Esteban, Trujillo – 2023. [Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2024. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/38068>

22. López Z. Relación de la gingivitis con el estado nutricional en escolares del 3er y 4to grado de primaria de la I.E. N.º 88152 San Marcos Llapo, distrito de Llapo, provincia de Pallasca, Áncash, 2022. [Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/37426>
23. Carbajal C. Eficacia de tres técnicas de cepillado dental para tratar la gingivitis en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Hermilio Valdizán Huánuco, 2023. [Tesis para optar Título Profesional de Cirujana Dentista]. Huánuco: Universidad de Huánuco, 2023. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/4719>
24. Pender NJ. Health Promotion Model. In: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA, editors. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford (CT): Appleton & Lange; 1996.
25. Løe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand.* 1963; 21: 533. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00016356309011240>
26. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Newman and Carranza's clinical periodontology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/newman-and-carranzas-clinical-periodontology/newman/978-0-323-52300-4>
27. Guo L, He S, et al. The prevalence of gingivitis and related risk factors in schoolchildren aged 6–12 years old. *BMC Oral Health.* 2022; 22. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-022-02670-9>
28. Maghous K, Badre B. Gingivitis en niños y adolescentes: panorama epidemiológico y factores asociados - Una revisión narrativa. [Internet] 2025 [consultado 23 Feb 2026]; 6: 1675033. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41140336/>

29. Davidovich E, Grender J, Zini A. Factors Associated with Dental Plaque, Gingivitis, and Caries in a Pediatric Population: A Records-Based Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(22): 8595. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33228082/>
30. Huang S, Li R, Xu J, Chao H, Chang A, Bo C, et al. Predictive modeling of gingivitis severity and susceptibility via oral microbiota. *ISME J*. 2014; 8(9): 1768-1780. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24646694/>
31. Murakami S, Mealey B, Mariotti A, Chapple I. Afecciones gingivales inducidas por la placa dental. *J Periodontol*. 2018; 89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926958/>
32. Peres M, Macpherson L, Weyant R, Daly B, Venturelli R, Mathur M, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019; 394(10194): 249–260. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
33. Hajishengallis G. Interplay between innate immunity and periodontal disease. *J Periodontol*. 2022; 93(1): 1–8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9018499/>
34. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Gingivitis inducida por placa bacteriana: definición de caso y consideraciones diagnósticas. *J Periodontol*. 2018; 89(Suppl 1): S46–S73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926492/>
35. Petersen PE. 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*. 2003; 31 Suppl1: 3-24. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_WHO.pdf
36. Sanz M, Beighton D, Curtis MA, et al. Role of microbial biofilms in the maintenance of oral health and in the development of dental caries and periodontal diseases. Consensus report of group 1 of the Joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 2017; 44 Suppl 18: S5-S11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28266109/>

37. Motoc G, Juncar R, Moca A, et al. Relación entre hábitos alimentarios y patógenos periodontales en una muestra de niños y adolescentes rumanos: un estudio transversal. *Children (Basel)*. 2023; 10(11): 1779. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10670252/>
38. Löe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol*. 1965; 36: 177–187. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2912680>
39. Torres J, Newball E. Factores asociados al uso de servicios de salud bucal en niños peruanos menores de 12 años. *Clin Exp Dent Res*. 2023; 9(1): 230-239. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36305044/>
40. José Supo. Cómo empezar una Tesis. 2015. Disponible en: <https://asesoresenturismoperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/03/107-josc3a9-supoc3b3mo-empezar-una-tesis.pdf>
41. Hernández, Fernández, Baptista M. Metodología de la investigación científica. [Internet]; [Consultado 30 marzo del 2025] 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
42. López P. Población muestra y muestreo. *Punto Cero*. [Internet] 2014 [Consultado 30 marzo del 2025]; v.09(n.08). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1815-027620040001

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Leandro E. Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025 [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026. [Consultado] Disponible en: <https://>

ANEXOS

ANEXO 1

RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

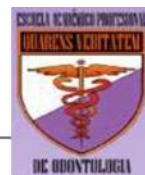


UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCION N° 0185-2026 -D-FCS-UDH

Huánuco, 13 de febrero del 2026



VISTO, la solicitud con ID: 000004215, presentado por don(ña) **ESTEFANI TATIANA LEANDRO HIDALGO**, alumno del Programa Académico de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, quien solicita, aprobación del Proyecto de Investigación titulado (Título): **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GINGIVITIS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARCOS DURAND MARTEL, HUÁNUCO 2025”**; y,

CONSIDERANDO:

Que, el (la) recurrente ha cumplido con presentar la documentación exigida por la Comisión de Grados y Títulos del Programa Académico de Odontología, Facultad de Ciencias de Salud, para ejecutar el Trabajo de Investigación conducente al Título Profesional;

Que, con Resolución N° 4830-2025-D-FCS-UDH de fecha 01/DIC/25, se designan como Jurados revisores a DRA. CD. MARÍA LUZ PRECIADO LARA, MG. CD. RICARDO ALBERTO ROJAS SARCO, MG. CD. ALVARO ANTONIO CORNEJO GAYOSO y MG. CD. FHAEMYN BAUDILIO IBAZETA RODRÍGUEZ (ASESOR), encargados para la Revisión del Trabajo de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico de Odontología de la Universidad de Huánuco;

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas por el Art. 45° del Estatuto de la Universidad de Huánuco y la Resolución N° 595-2020-R-CU-UDH del 03/AGO/20;

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - **APROBAR** el Trabajo de Investigación intitulado: **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GINGIVITIS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARCOS DURAND MARTEL, HUÁNUCO 2025”**; presentado por don(ña) **ESTEFANI TATIANA LEANDRO HIDALGO**, alumno(a) del Programa Académico de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, quien ejecutará el mencionado Trabajo de Investigación.

Artículo Segundo. - Disponer que la Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, registre el Informe del Trabajo de Investigación arriba indicado en el Libro correspondiente.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



Distribución: Exp. Grad./Interesado/PA.Odont/Archivo/JPZ /pgg



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RESOLUCION N° 4553-2025-D-FCS-UDH

Huánuco, 18 de noviembre del 2025



VISTO, el expediente con ID: 000003921 presentado por don(ña): **ESTEFANI TATIANA LEANDRO HIDALGO**; estudiante del Programa Académico de Odontología, Facultad Ciencias de la Salud, quien solicita designación de Asesor del Trabajo de Investigación (Título) intitulado “**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GINGIVITIS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARCOS DURAND MARTEL, HUÁNUCO 2025**”; y,

CONSIDERANDO:

Que, según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, en su Capítulo II, del Proyecto de Investigación o Tesis, Art 36° estipula que el interesado deberá solicitar asesor para obtener el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA;

Que, según OFICIO N° 368-2025-CGT-Odont/UDH, de fecha 14/NOV/25, la Coordinadora del Programa Académico de Odontología, acepta lo solicitado por el(la) recurrente, y propone como asesor al (la) **MG. CD. FHAEMYN BAUDILIO IBAZETA RODRÍGUEZ**, y;

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas en el Art. 45° del Estatuto de la Universidad de Huánuco y la Resolución N° 595-20-R-CU-UDH del 03/AGO/20;

SE RESUELVE:

Artículo Único: DESIGNAR como ASESOR al(la) **MG. CD. FHAEMYN BAUDILIO IBAZETA RODRÍGUEZ**, en el contenido del Trabajo de Investigación (Título) intitulado: “**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GINGIVITIS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARCOS DURAND MARTEL, HUÁNUCO 2025**”; presentado por don(ña): **ESTEFANI TATIANA LEANDRO HIDALGO**, alumno del Programa Académico de Odontología para obtener el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA.

Tanto la Docente Asesor y alumno (a), se sobre entiende que se ajustarán a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos del Programa Académico de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



Distribución: P.A.Odont/Exp. Grad./ Interesado/Asesor/Archivo/JPZ/pgg.

ANEXO 3 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Qué relación existe entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?</p> <p>Pe 01: ¿Cuál es la frecuencia de los factores de riesgo según la edad, sexo y el nivel de instrucción de los padres en la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?</p> <p>Pe 02. ¿Cuál es la relación entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?</p> <p>Pe 03: ¿Qué relación existe entre la alimentación y el grado de inflamación gingival</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>Oe 01: Analizar la frecuencia de factores de riesgo según la edad, sexo y el nivel de instrucción de los padres en la presencia de gingivitis de los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>Oe. 02. Determinar la relación entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>Oe 03: Determinar la relación que existe entre la alimentación y el grado de</p>	<p>Hi: Existe relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>No: No existe relación entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>Hi.2: Existe relación significativa entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>Ho.2: No existe relación significativa entre la higiene oral y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>Hi.3: Existe relación significativa entre la alimentación y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>Ho.3: No existe relación significativa entre la alimentación y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p> <p>H₁.4: Existe relación significativa entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.</p>	<p>V. Independiente Factores de riesgo</p> <p>V. dependiente Gingivitis</p> <p>V. de caracterización</p> <p>Características sociodemográficas</p>	<p>Tipo de investigación Observacional, prospectivo, transversal, Analítica.</p> <p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Nivel Correlacional</p> <p>Diseño No experimental, correlacional y transversal.</p> <p>Población Se estimó 750 alumnos</p> <p>Muestra Muestreo no probabilístico, constó de 254</p>

en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

Pe. 04.

¿Qué relación existirá entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

Pe 05.

¿Qué relación existirá entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025?

inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Oe 04.

Determinar la relación que existirá entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Oe 05.

Determinar la relación existirá entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños e de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Ho.4: No existe relación significativa entre la placa bacteriana y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

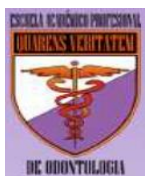
H₁.5: Existe relación significativa entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Ho.5: No existe relación significativa entre las visitas al odontólogo y el grado de inflamación gingival en los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

alumnos
seleccionados

$$n = \frac{N * Z^2 * \alpha * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * \alpha * p * q}$$

n = 254 alumnos



ANEXO 4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



GUÍA DE OBSERVACIÓN

Fecha: / /

Nombre del paciente:

Nº de paciente:Edad:Sexo:Nivel de instrucción del padre y/o apoderado:

I. Marque "X" según corresponda:

FRECUENCIA DE CEPILLADO AL DÍA	0= no se cepilla	
	1= 1 vez	
	2= 2 veces	
	3 = más de 2 veces	
FRECUENCIA QUE INGIERE ALIMENTOS O BEBIDAS AZUCARADAS AL DÍA	0= 0	
	1= 1- 2	
	2= 3 - 4	
	3 = más de 4 veces	
PLACA BACTERIANA ÍNDICE DE PLACA (Silness & Løe)	0= sin placa	
	1= placa ligera	
	2= placa moderada	
	3 = placa abundante	
NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS AL AÑO	0= ninguno	
	1= 1 vez	
	2= 2 veces	
	3 = más de 2 veces	
GRADO DE INFLAMACIÓN GINGIVAL	0= ausente	
	1= leve	
	2= moderado	
	3 = severo	

ANEXO 5

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Título de investigación: "Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025"

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres : HUAYTA NATIVIDAD VICTOR MANUEL
 Cargo o Institución donde labora : ODONTÓLOGO - C.S LAS MORAS
 Nombre del Instrumento de Evaluación : FICHA DE ENCUESTA Y OBSERVACIÓN
 Teléfono : 987837599
 Lugar y fecha : 18-10-2025
 Autor del Instrumento : LOE & SILNESS (1963), ENCUESTA (OMS, 2013) Y SILNESS & LOE (1964)

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		Si	No
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado	X	

III. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

EL INSTRUMENTO CORRESPONDE A LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

IV. RECOMENDACIONES

Huánuco, 18 de Octubre del 2025

Mg. Victor Manuel Huayta Natividad
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 26725
 DNI 42137866

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Título de investigación: "Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025"

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres : Zevallos López Zamed Eli
 Cargo o Institución donde labora : Odontólogo - Cirujano Dentista
 Nombre del Instrumento de Evaluación : Ficha de encuesta y observación
 Teléfono : 920014733
 Lugar y fecha : 16-10-2025
 Autor del Instrumento : Loe & Silness (1963), Encuesta (0ns, 2013) y Silness & Loe (1964)

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

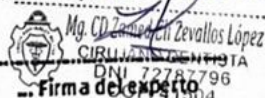
Indicadores	Criterios	Valoración	
		Sí	No
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado	X	

III. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

El instrumento si corresponde con la recolección de información

IV. RECOMENDACIONES

Huánuco, 16 de Octubre del 2025


 Mg. CD Zamed Eli Zevallos López
 CIRUJANO DENTISTA
 DNI 72787796

Firma del experto

DNI

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Título de investigación: “Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025”

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres : Cuadros Quinto, Lourdes Jesús
Cargo o Institución donde labora : Cirujano dentista
Nombre del Instrumento de Evaluación : Ficha de encuesta y observación
Teléfono : 996955246
Lugar y Fecha : Huánuco 12 de diciembre de 2025
Autor del Instrumento : Löe & Silness (1963), Encuesta (OMS, 2013)
y Silness & Löe (1964)

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		Si	No
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad.	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias.	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos.	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable.	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación.	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado.	X	

III. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

El instrumento corresponde a la recolección de información de las variables de estudio.

IV. RECOMENDACIONES




Huánuco, 12 de diciembre del 2025

DNI: 72647305



ANEXO 5



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por LEANDRO HIDALGO, ESTEFANI TATIANA, egresado(a) de la Universidad de Huánuco. La finalidad del estudio es: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Si usted accede a que su menor hijo(a) participe en este estudio, se le realizará una evaluación clínica intraoral breve y no invasiva para observar la forma de sus arcos dentarios y su mordida. Esto tomará aproximadamente 20 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. Los hallazgos clínicos serán codificados usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por: LEANDRO HIDALGO, ESTEFANI TATIANA.

He sido informado (a) de que la finalidad de este estudio es: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.

Me han indicado también que mi hijo(a) tendrá que pasar por una evaluación dental clínica, lo cual tomará aproximadamente 15 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 y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona o mi hijo(a).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Fecha: de de 202..

.....

Firma del padre o apoderado

ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GINGIVITIS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARCOS DURAND MARTEL, HUÁNUCO, 2025.**

Mi nombre LEANDRO HIDALGO, ESTEFANI TATIANA y soy egresado(a) de la Universidad de Huánuco; actualmente se está realizando un estudio que tiene por finalidad: **Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la presencia de gingivitis en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco, 2025.** Para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en: **facilitar la evaluación clínica intraoral.**

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papás hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres que se te realice alguna observación en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus resultados (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre:

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento

.....

Fecha: de de 202...

ANEXO 6

SOLICITUD DE PERMISO DE INVESTIGACIÓN



LIDH

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
P.A. DE ODONTOLOGÍA



SOLICITUD DE PROYECTO Y/O PRUEBA PILOTO

Director (a)/ encargado de

Fidel Alvarado Echevarría

Yo Estefani Tatiana Leandro Hidalgo, alumna del P.A. de Odontología de la Universidad de Huánuco solicito realizar el Proyecto de Investigación y/o Prueba

Piloto titulado

" Factores de riesgo relacionados a la gingivitis en niñas de 6 a 12 años de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco 2025 "

que se llevará durante 15 días.



Huánuco, 05 de Marzo del 2026


Phaemyn B. Ibazeta Rodriguez
CIRUJANO DENTISTA
COP 34293

Firma, sello y DNI del Asesor



75560870

Firma y DNI de la alumna



ANEXO 7

IMÁGENES DE RECOLECCION DE DATOS



