

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE  
SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA  
VICERRECTORADO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**



**EFFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL SOBRE LA HIGIENE ORAL Y LA  
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PERSONAS  
INTERNADAS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA  
ALCOHOLICOS (PRADOS) DE LA CIUDAD DE SUCRE DURANTE EL TERCER  
TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2025**

**Maestrante: Jhonny Gorena Medrano**

**TRABAJO EN OPCION AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PUBLICA**

**Sucre - 2025**

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE  
SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA  
VICERRECTORADO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**



**EFFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL SOBRE LA HIGIENE ORAL Y LA  
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PERSONAS  
INTERNADAS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA  
ALCOHOLICOS (PRADOS) DE LA CIUDAD DE SUCRE DURANTE EL TERCER  
TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2025**

**Maestrante: Jhonny Gorena Medrano**

**Tutor: Ph.D. Grover Alfredo Linares Padilla**

**TRABAJO EN OPCION AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PUBLICA**

**Sucre - 2025**

## **CESIÓN DE DERECHOS**

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del Grado Académico de Magister en Salud Pública, de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, autorizo al Centro de Postgrado e Investigación o a la Biblioteca de la Universidad para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las normas de la Universidad.

Así mismo manifiesto mi acuerdo en que se utilice como material productivo, dentro del reglamento de Ciencia y Tecnología, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica, ni potencial.

También cedo a la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca los derechos de publicación de esta tesis, o de partes de ella, manteniendo mis derechos de autor, hasta por un periodo de 30 meses después de su aprobación.

**Jhonny Gorena Medrano**

Sucre, agosto de 2025

## **DEDICATORIA**

*A Dios por estar presente en los pasos decisivos de mi vida y por brindarme fortaleza.*

*A mis Padres, seres muy queridos quiénes con su forma de ver la vida, siempre siendo perseverantes ante cualquier circunstancia me inspiraron hacia la superación teniendo de la mano la humildad, ante todo.*

*A mi esposa e hijos, quiénes me acompañaron en todo momento con su paciencia y aliento cuando más lo necesite, amorosa e incondicional permitiéndome cumplir un sueño más que se cristaliza.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Doy infinitas gracias a Dios Nuestro Señor, por ser mi guía permanente, por llenarme de lucidez e inteligencia para lograr los objetivos propuestos, dándome en todo momento la fortaleza y disciplina necesaria para construir este proyecto y llevarlo a feliz término, además por permitirme cumplir uno de mis grandes sueños.*

*De igual manera agradezco a mi familia, especialmente a mis padres, quienes hacen parte de mi vida y siempre han sido mi apoyo para seguir luchando y superar todos los obstáculos, ya que con su comprensión y sacrificio contribuyeron a que lograra mis metas profesionales.*

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
INTRODUCCIÓN .....	1
1. Antecedentes .....	1
2. Situación Problémica.....	3
3. Formulación del problema.....	4
4. Justificación .....	4
5. Hipótesis .....	5
5.1 Conceptualización y Operacionalización de Variables .....	6
6. Objetivos.....	8
6.1. Objetivo General .....	8
6.2. Objetivos Específicos .....	8
CAPÍTULO I.....	9
MARCO TEÓRICO.....	9
1.1. Estado de arte .....	9
1.2. Marco Conceptual .....	12
1.2.1. Concepto de Alcohol .....	12
1.2.2. Alcoholismo .....	14
1.2.3. Farmacocinética del alcohol.....	16
1.2.4. Metabolismo del etanol .....	17
1.2.5. Trastorno asociado al consumo problemático de alcohol.....	18
1.2.6. Manifestaciones inmediatas del consumo excesivo de alcohol.....	19
1.2.7. Salud bucodental y su relevancia en la salud integral .....	20
1.2.8. Cuidado e Higiene Oral .....	21

1.2.9. Prácticas de Higiene Bucal Complementaria.....	22
1.2.10. Evaluación de la higiene Oral: índice Simplificado .....	24
1.2.11. Enfermedades Bucodentales relacionadas con el consumo de Alcohol ....	25
1.2.12. Estrategias de Prevención de Enfermedades Bucodentales.....	29
1.3 MARCO CONTEXTUAL.....	30
1.3.1. Contexto geográfico y demográfico .....	30
1.3.2. Relevancia para la investigación .....	31
1.3.3. Infraestructura Física .....	33
1.3.4. Servicios Ofrecidos .....	33
1.3.5. Capacidad y Perfil de Internos .....	34
1.3.6. Perfil Demográfico y Estadísticas de Rehabilitación .....	34
1.3.7. Actividades y Terapias Ocupacionales .....	35
CAPÍTULO II.....	36
MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	36
2.1 Enfoque y Tipo de investigación .....	36
2.1.1 Enfoque de la investigación .....	36
2.1.2 Tipo y diseño de la investigación .....	36
2.2 Métodos y procedimientos de investigación .....	36
2.2.1. Métodos teóricos.....	37
2.2.2. Métodos empíricos.....	38
2.2.3. Procedimientos éticos y análisis de datos .....	39
2.3 Técnicas e Instrumentos .....	39
2.4. Instrumentos.....	40
2.6 Criterios de selección .....	42
2.7 Muestra.....	42

CAPÍTULO III.....	43
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	43
3.1. Sistematización de la entrevista aplicada al responsable del programa y Personal de Salud (PRADOS) .....	43
3.2. Descripción y análisis de la encuesta aplicada a personas internadas que forman parte del programa de rehabilitación para alcohólicos PRADOS de la ciudad de Sucre. ....	45
3.3. Resultados del examen clínico odontológico, de los pacientes internados que forman parte del programa de rehabilitación para alcohólicos PRADOS de la ciudad de Sucre. ....	59
3.4. Resultados del componente analítico, con medidas de asociación .....	63
3.5. Discusión .....	64
CAPÍTULO IV .....	67
PROPUESTA .....	67
4.1. Fundamentos de la Propuesta (argumentación del aporte científico y contextual) .....	67
4.1.1. Justificación .....	69
4.2. Diseño de la Propuesta .....	69
4.2.1. Objetivo general de la Propuesta .....	70
4.2.2. Objetivos específicos .....	70
CONCLUSIONES .....	77
RECOMENDACIONES .....	79
Referencias bibliográficas .....	80
Anexos	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de la Variable Independiente .....	6
Tabla 2: Operacionalización de la Variable Dependiente .....	7
Tabla 3. Distribución de la población de estudio según edad .....	45
Tabla 4. Distribución de la población de estudio según sexo.....	46
Tabla 5. Distribución de la población de estudio según tiempo de rehabilitación ..	47
Tabla 6. Distribución de la población de estudio según tiempo de consumo de alcohol .....	48
Tabla 7. Distribución de la población de estudio según frecuencia de consumo de alcohol, antes de ingresar al programa.....	49
Tabla 8. Distribución de la población de estudio según hábitos de riesgo asociados al consumo de alcohol.....	50
Tabla 9. Distribución de la población de estudio según frecuencia de cepillado de los dientes al día .....	51
Tabla 10. Distribución de la población de estudio según uso de otro método de higiene oral (hilo dental, enjuague bucal) .....	52
Tabla 11. Distribución de la población de estudio según percepción de calidad de hábitos de higiene oral .....	53
Tabla 12. Distribución de la población de estudio según percepción de problemas bucodentales presentados con mayor frecuencia .....	54
Tabla 13. Distribución de la población de estudio según si recibió atención odontológica en los últimos 12 meses .....	55
Tabla 14. Distribución de la población de estudio según influencia de consumo de alcohol en el deterioro de la salud bucal.....	56
Tabla 15. Distribución de la población de estudio según percepción del consumo de alcohol en la afectación de la salud bucal .....	57
Tabla 16. Distribución de la población de estudio según percepción de necesidades para mejorar la atención odontológica .....	58

Tabla 17. Distribución de la población de estudio, según Índice CPO – D de acuerdo a edad - PRADOS, julio - septiembre de 2025 .....	59
Tabla 18. Distribución de la población de estudio, según Índice CPO – D de acuerdo a sexo - PRADOS, julio - septiembre de 2025.....	60
Tabla 19. Distribución de la población de estudio, según Índice CPO – D de acuerdo a tiempo de rehabilitación - PRADOS, julio - septiembre de 2025.....	61
Tabla 20. Distribución de la población de estudio, según Índice CPO – D de acuerdo a tiempo de consumo de alcohol - PRADOS, julio - septiembre de 2025 .....	62
Tabla 21. Asociación entre variables tiempo de consumo de alcohol y caries dental .....	63
Tabla 22. Asociación entre variables tiempo de consumo de alcohol y dientes perdidos.....	64

## RESUMEN

La presente investigación se centra en analizar los efectos del consumo prolongado de alcohol sobre la higiene oral y su relación con la prevalencia de enfermedades bucodentales en las personas internadas en el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de la ciudad de Sucre durante el tercer trimestre de la gestión 2025. El estudio se justifica por la necesidad de abordar la problemática de la salud bucodental en pacientes en proceso de rehabilitación, identificando cómo el alcohol influye en la aparición de caries, enfermedad periodontal y otras patologías orales, afectando tanto la salud física como la calidad de vida de los individuos.

La metodología aplicada fue de carácter cuantitativo, descriptivo y correlacional, empleando técnicas como encuestas estructuradas para evaluar el consumo de alcohol y hábitos de higiene oral, exámenes clínicos bucodentales para determinar la presencia y gravedad de enfermedades, entrevistas semi-estructuradas para explorar percepciones y conocimientos, y revisión documental de expedientes clínicos. La población de estudio estuvo compuesta por 50 internos del PRADOS y 2 profesionales responsables del programa.

Los resultados permitirán establecer la relación entre el consumo prolongado de alcohol y la higiene oral, así como identificar los factores de riesgo asociados a la prevalencia de enfermedades bucodentales. Asimismo, el estudio propone estrategias de intervención orientadas a mejorar la higiene oral y reducir la incidencia de patologías bucales en los pacientes, contribuyendo a fortalecer la atención integral y preventiva dentro del programa de rehabilitación.

**Palabras clave:** Consumo de alcohol, Higiene oral, Enfermedades bucodentales, Rehabilitación alcohólica

## **ABSTRACT**

This research focuses on analyzing the effects of prolonged alcohol consumption on oral hygiene and its relationship with the prevalence of oral diseases among individuals admitted to the Alcohol Rehabilitation Program (PRADOS) in the city of Sucre during the first quarter of 2025. The study is justified by the need to address the issue of oral health in patients undergoing rehabilitation, identifying how alcohol influences the development of caries, periodontal disease, and other oral pathologies, affecting both physical health and the quality of life of individuals.

The applied methodology was quantitative, descriptive, and correlational, using techniques such as structured surveys to assess alcohol consumption and oral hygiene habits, clinical oral examinations to determine the presence and severity of diseases, semi-structured interviews to explore perceptions and knowledge, and documentary review of clinical records. The study population consisted of 50 PRADOS inpatients and 2 program professionals.

The results will allow establishing the relationship between prolonged alcohol consumption and oral hygiene, as well as identifying the risk factors associated with the prevalence of oral diseases. Additionally, the study proposes intervention strategies aimed at improving oral hygiene and reducing the incidence of oral pathologies in patients, contributing to strengthening comprehensive and preventive care within the rehabilitation program.

**Keywords:** Alcohol consumption, Oral hygiene, Oral diseases, Alcohol rehabilitation

# INTRODUCCIÓN

## 1. Antecedentes

Diversas investigaciones han demostrado que el consumo de alcohol constituye un factor de riesgo relevante para el deterioro de la salud bucal, debido a sus efectos directos en los tejidos orales y a la disminución de los hábitos de higiene en personas con dependencia alcohólica.

El consumo de alcohol representa uno de los principales factores de riesgo modificables para diversas enfermedades, incluyendo aquellas relacionadas con la salud bucodental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que estima que las afecciones orales afectan a cerca de 3.500 millones de personas en el mundo, con un mayor impacto en grupos de bajos recursos socioeconómicos. (1) El consumo de alcohol representa un problema de salud pública a nivel mundial, con repercusiones sociales, físicas y psicológicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) reporta que Bolivia presenta un consumo promedio de 8,9 litros de alcohol por persona al año, cifra que supera el promedio de América Latina y el Caribe (8,4 litros per cápita). Este nivel de ingesta ubica al país en el tercer puesto de la región, por debajo de Chile (9,6 litros) y Argentina (9,3 litros), lo que evidencia la magnitud del problema en comparación con otros países de la región.

En este contexto, se destaca el estudio realizado por Mora Morón, Juan Luis Alejandro (2024), titulado “Consumo de alcohol y su influencia en la salud bucal en alcohólicos crónicos del Centro de Rehabilitación Alcohólicos Anónimos del Cercado - Arequipa, 2023”. Esta investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el consumo de alcohol y la salud bucal en una población de 36 internos de un centro de rehabilitación. Se trató de un estudio comunicacional-observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, de nivel relacional.

El consumo de alcohol se evaluó mediante la aplicación de la encuesta AUDIT, mientras que la salud bucal se analizó a través de la observación clínica intraoral utilizando índices estandarizados como el Índice de Higiene Oral Simplificado, el Índice de Russell y el CPOD, que permiten medir la higiene oral, la enfermedad periodontal y la caries dental, respectivamente. Los resultados mostraron que el 61.11% de los participantes presentaba probable adicción al alcohol, lo cual se asoció significativamente con un índice de higiene oral deficiente (55.35%), destrucción periodontal avanzada (47.22%) y un índice alto de caries dental (52.78%). El análisis estadístico mediante la prueba de independencia Chi cuadrado ( $X^2$ ) confirmó la existencia de una relación significativa entre el riesgo de consumo de alcohol y la salud bucal ( $p < 0.05$ ). En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis planteada por el investigador, demostrando que el consumo excesivo de alcohol incide negativamente en la salud bucodental. (2)

En Bolivia, el alcoholismo ha mostrado una tendencia a la baja en las últimas décadas, con una prevalencia de consumo que disminuyó del 76,4% en 2007 al 58,1% en 2023, según el IV Estudio Nacional en Hogares Bolivianos del Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Drogas (OBSCD). Sin embargo, el consumo per cápita de alcohol puro se mantiene en alrededor de 4,1 litros anuales, uno de los más bajos en Sudamérica, aunque persisten disparidades regionales: Tarija lidera con un 74% de prevalencia vitalicia, seguido por Cochabamba y Oruro. (3) Entre adolescentes de 15-19 años, el 28% de los varones y el 5% de las mujeres consumen alcohol, lo que resalta la necesidad de intervenciones tempranas. (4)

El alcoholismo afecta directamente la salud oral mediante mecanismos como la deshidratación, que reduce la producción de saliva (xerostomía), favoreciendo la proliferación de bacterias patógenas como *Streptococcus mutans* y aumentando el riesgo de caries dentales, erosión del esmalte y mal aliento. (5)

Estudios científicos indican que el consumo excesivo de alcohol eleva la prevalencia de enfermedades periodontales, como gingivitis y periodontitis, al debilitar el sistema inmune y promover la inflamación de las encías. (6) Además, el alcohol

actúa como un carcinógeno, incrementando el riesgo de cáncer oral, especialmente cuando se combina con tabaco, debido a la acumulación de acetaldehído en la cavidad bucal. (7) En poblaciones alcohólicas, la higiene oral suele ser deficiente, con una mayor incidencia de caries (índice CPOD promedio de 5,0) y candidiasis, como se observa en estudios de centros de rehabilitación.

En el contexto boliviano, programas como PRADOS en Sucre juegan un rol crucial en la rehabilitación, atendiendo a personas con adicciones severas y facilitando su reinserción social. (8) No obstante, la literatura resalta que los pacientes alcohólicos en rehabilitación presentan una mayor susceptibilidad a patologías bucodentales debido al descuido histórico de la higiene y los efectos acumulativos del alcohol, lo que justifica investigaciones locales para informar políticas de salud pública integrales. (9) Este estudio contribuye a llenar vacíos en datos específicos sobre Sucre, donde el alcoholismo afecta desproporcionadamente a sectores vulnerables, y subraya la intersección entre adicciones y salud oral en el marco de la gestión 2025.

## **2. Situación Problemática**

El consumo habitual de alcohol provoca una disminución en la autovaloración y el cuidado personal, lo que se traduce en hábitos deficientes de higiene oral y en la omisión de controles odontológicos preventivos. En el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de Sucre, se ha observado que numerosos pacientes presentan problemas de salud bucodental, los cuales podrían estar relacionados con su historial de consumo de alcohol y la falta de atención a la higiene oral durante el periodo de adicción.

Entre las consecuencias más frecuentes se encuentra la caries dental, cuya prevalencia en esta población es considerable. El alcohol provoca xerostomía o sequedad bucal, disminuyendo la producción de saliva, un componente esencial para mantener la cavidad oral limpia y neutralizar los ácidos producidos por bacterias. Además, el metabolismo del alcohol genera azúcares que favorecen la proliferación bacteriana y, por ende, el deterioro del esmalte dental. (10)

Esta situación no solo aumenta la vulnerabilidad a enfermedades bucodentales como la periodontitis y el desgaste dental, sino que también puede afectar negativamente el proceso de recuperación de los pacientes, incrementando la morbilidad asociada y comprometiendo su bienestar general. Por tanto, resulta necesario analizar la relación entre el consumo de alcohol y la salud bucodental en esta población, con el objetivo de establecer estrategias preventivas y mejorar la atención integral durante la rehabilitación.

### **3. Formulación del problema.**

¿Cuáles son los efectos del consumo de alcohol sobre la higiene oral y su relación con la prevalencia de enfermedades bucodentales en las personas internadas en el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de la ciudad de Sucre – julio a septiembre 2025?

### **4. Justificación**

- **Novedad**

La presente investigación aporta un enfoque innovador al abordar la relación entre el consumo de alcohol y la higiene oral en un contexto específico de rehabilitación. Aunque existen estudios que analizan los efectos del alcohol en la salud general, son limitados aquellos que exploran su impacto directo en la salud bucodental de pacientes internados en programas de tratamiento para la dependencia alcohólica. Este trabajo busca llenar ese vacío, proporcionando evidencias actualizadas que permitan comprender mejor cómo los hábitos relacionados con la adicción repercuten en la prevalencia de enfermedades bucodentales.

- **Pertinencia**

El estudio es pertinente porque responde a una problemática observable en la realidad local: la falta de atención odontológica preventiva en programas de rehabilitación para alcohólicos. Analizar la relación entre el consumo de alcohol y la higiene oral permitirá identificar factores de riesgo que no han sido suficientemente atendidos y que afectan directamente la salud integral de los pacientes. Además, los resultados servirán de base para fortalecer las estrategias de intervención en

salud pública, integrando la dimensión odontológica a los procesos de rehabilitación en la ciudad de Sucre.

- **Relevancia social**

Este estudio tiene relevancia social al evidenciar una problemática que afecta la calidad de vida de los pacientes en rehabilitación. Los trastornos bucodentales, como la caries y la enfermedad periodontal, no solo generan dolor y limitaciones funcionales, sino que también pueden afectar la autoestima y el proceso de reinserción social de las personas en tratamiento. En este sentido, los resultados de la investigación pueden contribuir a sensibilizar a las instituciones de salud, a los programas de rehabilitación y a la sociedad en general sobre la importancia de incluir la salud oral como parte del abordaje integral del alcoholismo.

- **Aporte teórico**

Desde el ámbito teórico, la investigación contribuirá a ampliar el conocimiento sobre la relación entre el consumo de alcohol y la higiene oral, destacando cómo este hábito puede incidir en la aparición y progresión de enfermedades bucodentales. Este aporte será relevante para futuras investigaciones en odontología preventiva y salud pública. En el plano práctico, los hallazgos permitirán a los profesionales de la salud y a los responsables de programas de rehabilitación diseñar estrategias integrales que incorporen la promoción del cuidado bucodental en pacientes en proceso de recuperación. De esta forma, se favorecerá no solo la salud física, sino también la autoestima y calidad de vida de los participantes del programa.

## **5. Hipótesis**

El consumo prolongado de alcohol influye negativamente en la higiene oral de las personas internadas en el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de la ciudad de Sucre, lo que incrementa la prevalencia de enfermedades bucodentales durante el tercer trimestre de la gestión 2025.

**Variable independiente:** Consumo prolongado de alcohol.

**Variable Dependiente:** Enfermedades bucodentales.

## 5.1 Conceptualización y Operacionalización de Variables

**Tabla 1: Operacionalización de la Variable Independiente**

Variable Independiente	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumentos de medición	Escala de medición
Consumo prolongado de alcohol	<b>Frecuencia de consumo</b>	Se refiere al número de ocasiones en que una persona ingiere bebidas alcohólicas en un periodo determinado.	Se medirá el número de días en que el individuo consumió alcohol durante el último mes.	Cuestionario estructurado AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Entrevistas semiestructuradas con los internos de PRADOS	Ordinal: Bajo / Moderado / Alto
	<b>Cantidad de consumo</b>	Cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas en cada ocasión de consumo.	Se evaluará el promedio de unidades estándar de alcohol consumidas por día de ingesta.	Cuestionario AUDIT Registro auto reportado	Ordinal: Bajo / Moderado / Alto
	<b>Duración del consumo</b>	Tiempo prolongado durante el cual una persona ha mantenido un patrón de consumo de alcohol.	Se medirá en base al autor reporte de los años de consumo habitual de alcohol.	Cuestionario estructurado AUDIT. Registro de consumo en entrevistas semiestructurada	Intervalar (años de consumo)
	<b>Tipo de bebida alcohólica</b>	Clasificación de las bebidas alcohólicas consumidas (cerveza, vino, licores, entre otras) que puede influir en el	Se registrará el tipo de bebida predominante consumida por el paciente durante el último mes.	Cuestionario estructurado AUDIT. Registro de consumo en entrevistas semiestructurada	Nominal (tipo de bebida: cerveza, vino, licor, etc.).

		patrón de consumo y riesgo asociado.			
--	--	--------------------------------------	--	--	--

**Tabla 2: Operacionalización de la Variable Dependiente**

Variable	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumentos de medición	Escala de medición
<b>Enfermedades bucodentales</b>	<b>Prevalencia de enfermedades</b>	Proporción de individuos que presentan al menos una patología bucodental (caries, enfermedad periodontal, lesiones orales) en un tiempo determinado.	Se registrará la presencia o ausencia de patologías bucales diagnosticadas en los pacientes internados.	Examen clínico Índice CPOD Índice Periodontal	Nominal: Presente / Ausente
	<b>Gravedad de la enfermedad</b>	Nivel de severidad de las patologías orales, desde lesiones leves (caries inicial) hasta complicaciones graves (periodontitis avanzada, lesiones malignas).	Se evaluará el grado de afectación bucodental mediante índices clínicos estandarizados y exploración clínica.	Examen clínico Índice CPOD Índice Periodontal	Ordinal: Leve / Moderada / Severa
	<b>Tipo de patología bucodental</b>	Clasificación de las principales enfermedades orales: caries, enfermedad periodontal, lesiones de mucosa oral y desgaste dental.	Se registrará el tipo específico de enfermedad bucodental diagnosticada en cada paciente.	Examen clínico Ficha odontológica	Nominal: Caries / Periodontal / Lesiones / Otras
	<b>Impacto funcional y estético</b>	Alteraciones en la función masticatoria, fonética o estética dental derivadas de la enfermedad bucodental.	Se evaluará la presencia de dificultades en la masticación, el habla o alteraciones estéticas visibles.	Entrevista clínica Observación directa	Nominal: Presente / Ausente

## **6. Objetivos**

### **6.1. Objetivo General**

Analizar los efectos del consumo prolongado de alcohol sobre la higiene oral y su relación con la prevalencia de enfermedades bucodentales en las personas internadas en el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de la ciudad de Sucre durante el tercer trimestre de la gestión 2025.

### **6.2. Objetivos Específicos**

- Evaluar la calidad y frecuencia de la higiene oral en los pacientes internados en el Programa PRADOS.
- Determinar la calidad de la salud oral de los pacientes internados a través del CPO-D
- Establecer la relación entre el consumo prolongado de alcohol y enfermedades bucodentales en la población internada.
- Identificar los factores de riesgo asociados al consumo prolongado de alcohol que influyen en la salud bucodental de los pacientes.
- Proponer estrategias de intervención orientadas a mejorar la higiene oral y reducir la prevalencia de enfermedades bucodentales en los internos del Programa PRADOS, a partir de los hallazgos obtenidos.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Estado de arte

Un análisis de la literatura científica existente entre el consumo de alcohol y la salud bucodental demostrará que la gran mayoría de los estudios concluyen que el abuso de alcohol se correlaciona con un aumento en la severidad de enfermedades bucodentales y que los mecanismos biológicos implicados incluyen la reducción de la producción de saliva y los cambios en el microbiota oral, entre otros factores.

A nivel internacional, diversos estudios han evidenciado la relación negativa entre el consumo crónico de alcohol y la salud bucodental.

En Italia, una investigación transversal comparó la condición oral de pacientes con trastorno por uso de alcohol (AUD) frente a bebedores sociales sanos. Los resultados mostraron que los individuos con AUD presentaron puntuaciones significativamente más bajas en higiene oral ( $4,17 \pm 1,47$  frente a  $5,65 \pm 0,93$ ;  $p=0,0002$ ), así como un mayor índice DMFT ( $14,9 \pm 6,6$  frente a  $7,9 \pm 5,0$ ;  $p=0,0002$ ). Asimismo, se reportaron índices de placa (SLI) y periodontal (CPI) considerablemente más elevados ( $p<0,0001$  para ambos), lo que confirma la mayor vulnerabilidad de esta población a la caries y enfermedades periodontales. El estudio concluyó que el abuso crónico de alcohol constituye un factor de riesgo determinante para la salud oral, riesgo que se ve intensificado por cofactores como el tabaquismo. En consecuencia, se recomienda incorporar la atención odontológica en los programas de tratamiento y rehabilitación de personas con adicciones, a fin de promover la higiene oral y prevenir complicaciones asociadas. (10)

Un estudio titulado Las Condiciones Dentales y Periodontales en Alcohólicos de un Centro de Recuperación Brasileño (Sossai, 2022) tuvo como objetivo evaluar las condiciones dentales y periodontales en personas con consumo prolongado de alcohol. La investigación se llevó a cabo en un centro de recuperación en Brasil y contó con la participación de sesenta hombres, de los cuales treinta eran alcohólicos y treinta no alcohólicos, con edades comprendidas entre 32 y 72 años.

La metodología incluyó entrevistas, exámenes clínicos dentales y periodontales, así como la aplicación de pruebas estadísticas como Chi-cuadrado de Pearson, la prueba exacta de Fisher y la prueba t-Student para los datos no categóricos. Además, se emplearon regresiones logísticas múltiples con el fin de analizar la asociación de variables entre los grupos comparados. Los resultados evidenciaron que los pacientes alcohólicos presentaban hábitos de higiene oral más deficientes, caracterizados por menor frecuencia de cepillado dental y escaso uso de hilo dental. Asimismo, mostraron un mayor número de dientes cariados y perdidos, más raíces residuales y una mayor presencia de índice de placa visible en comparación con los no alcohólicos (OR = 0,5; IC 95% = 4,4–5,5). También se observó una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en el grupo de alcohólicos, lo cual refleja un deterioro significativo de la salud bucodental asociado al consumo crónico de alcohol. El estudio concluyó que los alcohólicos internados en centros de recuperación presentan condiciones dentales y periodontales más desfavorables que los no alcohólicos, resaltando la necesidad de reforzar las estrategias de prevención y atención odontológica dentro de los programas de rehabilitación. (11)

En el contexto peruano, una investigación desarrollada por Aníbal Santos Aquino Puma (2016) abordó específicamente la relación entre el consumo de alcohol y la presencia de caries dental en pacientes adultos de 20 a 50 años que asistieron al Servicio de Odontología del Centro de Salud Generalísimo San Martín en el distrito de Mariano Melgar, Arequipa. El estudio incluyó a 200 pacientes, quienes fueron evaluados mediante una encuesta sobre hábitos de consumo de alcohol y un examen clínico odontológico. Para la evaluación del consumo se aplicó un cuestionario estructurado que recogía información sobre la frecuencia, tipo y características de la ingesta de bebidas alcohólicas, mientras que el estado dental se determinó a través de la Historia Clínica Odontológica del Ministerio de Salud, utilizando como parámetro el índice COP-D (dientes cariados, obturados y perdidos).

Los resultados mostraron que la cerveza fue la bebida alcohólica de mayor consumo (55,9 %), seguida por el pisco (22,2 %) y el ron (12,2 %). Sin embargo, al comparar los índices COP entre consumidores de alcohol (9,8) y no consumidores (9,2), no se evidenció una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,352$ ). Asimismo, al analizar el índice COP de acuerdo con la frecuencia de consumo semanal (9,8), mensual (9,2), trimestral (10,3) y anual (9,5), tampoco se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos. La investigación concluyó que no existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y la aparición de caries dental, al menos dentro de la muestra analizada. Este hallazgo resulta relevante, ya que contrasta con otras investigaciones que han señalado al alcohol como un factor de riesgo indirecto para la caries debido a su capacidad de alterar la secreción salival, modificar el microbiota oral o favorecer hábitos poco saludables. En este sentido, el trabajo de Aquino Puma (2020) aporta evidencia que cuestiona la relación directa entre consumo de alcohol y caries dental, sugiriendo que otros factores asociados a la higiene oral, la dieta, la calidad de la atención odontológica y las condiciones sociodemográficas podrían tener un mayor peso en la prevalencia de caries que el consumo de alcohol por sí mismo. (12)

A nivel nacional, diversos estudios e informes estatales han documentado el consumo de alcohol en Bolivia, aunque los análisis específicos sobre su impacto en la salud bucodental son aún escasos.

El IV Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos, realizado por el OBSCD (Ministerio de Gobierno), revela una tendencia a la baja en el consumo de alcohol entre 2007 y 2023. La prevalencia de vida disminuyó de un 76,4% a un 58,1 %, mientras que el consumo en los últimos 12 meses cayó del 59,1 % al 33,4% y en los últimos 30 días del 37,7% al 17%. Sin embargo, existen notables disparidades regionales: Tarija mantiene la prevalencia más alta (73,9%), mientras Sucre reporta una cifra del 63,2% en 2023 Cochabamba y Oruro muestran un aumento en el consumo en ese periodo. (12)

## **1.2. Marco Conceptual**

### **1.2.1. Concepto de Alcohol**

Según la OMS el alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El uso nocivo del alcohol causa una alta carga de morbilidad y tiene importantes consecuencias sociales y económicas. (14)

El alcohol que se encuentra en las bebidas alcohólicas se obtiene mediante un proceso de fermentación alcohólica, el cual consiste en la transformación de los hidratos de carbono en etanol a través de la acción de levaduras sobre diversos frutos o granos, tales como la uva, la manzana, la cebada o el arroz. Este mecanismo, de carácter anaeróbico, convierte los azúcares presentes en dichas materias primas en etanol, que constituye el principal componente de las bebidas alcohólicas.

Cuando se hace referencia al término alcohol, se alude específicamente al etanol o alcohol etílico ( $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ). Se trata de un líquido transparente, incoloro, volátil e inflamable, con una alta solubilidad en agua y capacidad de mezclarse con sustancias como el cloroformo y el éter. Su solubilidad en agua es aproximadamente 30 veces mayor que en lípidos, lo cual influye en su rápida distribución en el organismo.

Desde el punto de vista energético, cada gramo de etanol aporta alrededor de 7,1 kilocalorías, sin embargo, este valor no va acompañado de nutrientes esenciales como proteínas, minerales o vitaminas, lo que significa que su aporte es puramente calórico y carente de valor nutritivo. (14)

#### **1.2.1.1. Definición y clasificación de bebidas alcohólicas**

Las bebidas alcohólicas son aquellas que contienen etanol en su composición, ya sea de manera natural o incorporada en el proceso de elaboración, siempre que su concentración sea igual o superior al 1% en volumen. Estas bebidas se originan

principalmente a través de procesos de fermentación o destilación, lo que determina su clasificación más general. (14)

De acuerdo con su método de producción, las bebidas alcohólicas se dividen en dos grandes grupos:

### 1. Bebidas fermentadas

Se obtienen mediante la acción de levaduras que transforman los azúcares presentes en frutas o cereales en alcohol y dióxido de carbono. Entre las más representativas se encuentran:

- **Vino:** resultado de la fermentación de la uva o del mosto. Los vinos blancos y rosados derivan de la fermentación del jugo, mientras que los tintos incluyen la piel y la pulpa de la uva. Su graduación alcohólica suele situarse entre los 10 y 13 grados.
- **Cerveza:** elaborada a partir de la malta de cebada u otros cereales, con la adición de lúpulo que proporciona su sabor característico. Su contenido de alcohol oscila generalmente entre 4 y 6 grados.
- **Sidra:** obtenida de la fermentación del jugo de manzana, con una graduación aproximada de 5 grados. (15)

### 2. Bebidas destiladas

Se producen al someter las bebidas fermentadas a un proceso de destilación, en el que se separa el alcohol del agua debido a la diferencia en sus puntos de ebullición (78 °C para el etanol y 100 °C para el agua). Como resultado, alcanzan una mayor concentración alcohólica, que suele variar entre 30 y 50 grados. Entre las más comunes destacan:

- **Pisco:** aguardiente de uva con denominación de origen.
- **Coñac o brandy:** obtenido de la destilación del vino y posteriormente envejecido en barricas de roble.
- **Ginebra:** elaborada a partir de cereales y aromatizada con bayas de enebro.

- **Whisky:** producido a partir de la destilación de cereales como cebada, centeno o maíz.
- **Ron:** derivado de la fermentación y destilación de la melaza de caña de azúcar.
- **Vodka:** bebida de alta graduación producida principalmente a partir de cereales como el centeno o de tubérculos como la patata. (15)

En síntesis, la clasificación de las bebidas alcohólicas permite comprender sus diferencias en cuanto al proceso de elaboración, composición y grado de concentración etílica, aspectos fundamentales para su estudio desde el punto de vista social y sanitario.

### **1.2.2. Alcoholismo**

El alcoholismo se define como una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal, caracterizada por la dependencia física y psicológica hacia el alcohol, así como por la aparición de alteraciones orgánicas asociadas. Esta condición implica tolerancia al alcohol, necesidad creciente de consumo y pérdida de control sobre la ingesta, lo que genera un impacto negativo en la salud general del individuo.

Si bien históricamente se ha observado un predominio del alcoholismo en hombres, se evidencia un aumento en la incidencia entre mujeres y jóvenes, reflejando un patrón de consumo preocupante a nivel global. Estudios epidemiológicos indican que más del 16% de las personas mayores de 65 años presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol, lo que constituye un desafío sanitario significativo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera alcoholismo toda ingesta de alcohol que supere los límites del consumo social habitual, independientemente de los factores etiológicos involucrados, ya sean genéticos, físicos, psicológicos o metabólicos adquiridos. Además, se enfatiza el criterio determinista del alcoholismo, que se refiere a la pérdida de control sobre la bebida,

es decir, la incapacidad del individuo para decidir cuándo y cuánto consumir, aun cuando desee reducir o suspender el consumo. El alcoholismo, por su naturaleza compleja y multicausal, representa la toxicomanía de mayor relevancia en la actualidad, debido a sus efectos negativos sobre la salud física, mental y social de los afectados. Reconocer sus características y manifestaciones es fundamental para la planificación de estrategias preventivas y terapéuticas efectivas en programas de rehabilitación y salud pública. (16)

#### **1.2.2.1. Tipos de Alcohólicos**

El alcoholismo se caracteriza por el consumo excesivo y repetido de bebidas alcohólicas, lo que puede generar dependencia física y psicológica. Para comprender mejor el estado y el comportamiento de las personas afectadas, es importante identificar el tipo de alcohólico con el que se está tratando. La clasificación más reconocida fue propuesta por E. M. Jellinek en su obra “La Enfermedad Alcohólica”, donde se definen cinco tipos principales: (16)

##### **1. Alcohólico Alfa**

Se trata de individuos que consumen alcohol como una forma de aliviar problemas físicos o psicológicos, sin presentar dependencia real. Su consumo es socialmente desorganizado, sin seguir normas o pautas de contexto, y carecen de cultura étlica.

##### **2. Alcohólico Beta**

Estos individuos consumen alcohol de manera habitual y excesiva, pero no desarrollan dependencia total. Su patrón de consumo puede ser prolongado, interrumpido y posteriormente reanudado, sin que exista un deterioro físico o psicológico profundo inicial.

##### **3. Alcohólico Épsilon**

Se caracteriza por episodios de consumo muy intensos intercalados con largos periodos de abstinencia. Cuando ingieren alcohol, suelen excederse en la cantidad, corriendo riesgo de intoxicación grave o coma étlico.

#### **4. Alcohólico Gamma**

Este tipo de alcohólico oculta su dependencia, mostrando un comportamiento aparentemente normal. Sin embargo, presenta una fuerte dependencia psicológica y física al alcohol, con tendencia a consumir de manera desmedida.

#### **5. Alcohólico Delta**

Son individuos que ingieren alcohol diariamente en grandes cantidades, desarrollando una elevada tolerancia que inicialmente no parece afectar sus funciones cotidianas. Con el tiempo, este patrón conduce inevitablemente a dependencia crónica y a un deterioro progresivo de la salud física y mental.

Comprender estas categorías permite orientar de manera más efectiva las estrategias de intervención y rehabilitación, ya que cada tipo de alcohólico presenta necesidades clínicas y psicológicas distintas que requieren atención específica. (16)

#### **1.2.3. Farmacocinética del alcohol**

La farmacocinética del alcohol se refiere a cómo el organismo absorbe, distribuye, metaboliza y elimina el etanol tras su ingestión, lo cual determina la intensidad y duración de sus efectos.

**Absorción:** El alcohol ingerido por vía oral se absorbe principalmente en el intestino delgado proximal, donde más del 80% del etanol entra al torrente sanguíneo, mientras que el estómago contribuye con aproximadamente un 20%. La rapidez de absorción influye directamente en la concentración plasmática y en la intensidad de sus efectos, siendo más veloz cuando se consume en ayunas y más lenta si se ingieren alimentos. Además, la concentración alcohólica de la bebida y la presencia de gas carbónico aceleran su absorción, mientras que las comidas la retrasan. Por ejemplo, bebidas con 20-30% de alcohol se absorben más rápidamente que aquellas de 3-10%, y bebidas con gas como el cava incrementan la velocidad de absorción.

**Distribución:** El alcohol es altamente hidrosoluble, lo que permite que se distribuya en los líquidos corporales, alcanzando concentraciones similares a las de la sangre en órganos bien irrigados. Atraviesa tanto la barrera hematoencefálica como la

placentaria y se excreta en la leche materna. Debido a su baja liposolubilidad, el alcohol se distribuye poco en la grasa corporal. Por esta razón, las mujeres presentan concentraciones sanguíneas mayores que los hombres tras la misma dosis relativa al peso, atribuible a menor actividad de alcohol deshidrogenasa gástrica, mayor proporción de grasa subcutánea y menor volumen sanguíneo.

**Metabolismo:** La metabolización del alcohol ocurre principalmente en el hígado y se realiza en dos etapas. Primero, el etanol se convierte en acetaldehído, un compuesto altamente tóxico responsable de diversos efectos adversos. Posteriormente, el acetaldehído se transforma en acetato, el cual puede ser utilizado como fuente de energía por el organismo.

**Eliminación:** Entre el 2 y 10% del etanol consumido se excreta sin metabolizar, principalmente a través de la orina, el sudor y el aire expirado, completando así el ciclo farmacocinético del alcohol. (17)

#### **1.2.4. Metabolismo del etanol**

El etanol, tras ser ingerido, se absorbe rápidamente a través del tracto gastrointestinal, aproximadamente un 20% en la mucosa gástrica y el 80% en el intestino delgado proximal. Una vez absorbido, se distribuye por los tejidos corporales según el contenido de agua del organismo y se metaboliza principalmente en el hígado, siguiendo una cinética de orden cero, es decir, a una velocidad constante independiente de su concentración plasmática, estimada entre 15 y 20 mg/dl/hora, dependiendo del peso corporal y del tamaño hepático.

La metabolización del etanol ocurre en dos etapas principales: en la primera, la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH) convierte el etanol en acetaldehído, un compuesto altamente tóxico y reactivo; en la segunda etapa, el acetaldehído deshidrogenasa transforma este compuesto en acetato, que puede ser utilizado como fuente de energía por el organismo.

Además, existen sistemas alternativos de oxidación del etanol. En los peroxisomas hepáticos, la enzima catalasa contribuye a la transformación de etanol en acetaldehído mediante la acción del peróxido de hidrógeno ( $H_2O_2$ ). En alcohólicos

crónicos, la enzima CYP2E1 del sistema microsomal del hígado también participa en la oxidación del etanol a acetaldehído, aumentando la capacidad metabólica del hígado frente a la ingesta prolongada de alcohol.

El etanol también afecta la hormona antidiurética (ADH), inhibiendo su secreción a nivel hipofisario. Esto reduce la reabsorción de agua en los túbulos renales, incrementando la diuresis y contribuyendo a la deshidratación característica tras el consumo excesivo de alcohol. (18)

### **1.2.5. Trastorno asociado al consumo problemático de alcohol**

El trastorno por uso de alcohol (TUA) es una condición crónica y de carácter recurrente que surge como consecuencia del consumo prolongado de bebidas alcohólicas. Se caracteriza por la presencia de cambios neurobiológicos que afectan tanto la estructura como la función cerebral, los cuales pueden mantenerse incluso después de interrumpir la ingesta.

Las alteraciones más relevantes se producen en el sistema de recompensa cerebral, en particular en las vías dopaminérgicas del circuito mesolímbico, lo que favorece la búsqueda compulsiva de la sustancia. Asimismo, se han descrito modificaciones en regiones como la corteza prefrontal y el hipocampo, así como en receptores neurotransmisores relacionados con el glutamato y el GABA, en la regulación inflamatoria y en la expresión genética. Estos cambios explican la pérdida de control sobre el consumo y la dificultad para mantener la abstinencia.

El TUA se manifiesta clínicamente a través de patrones de consumo prioritarios para la persona, acompañados de un fuerte deseo o craving, consumo compulsivo, fallidos intentos por reducir la ingesta, tolerancia y síndrome de abstinencia al suspender de manera abrupta el alcohol. Además de los factores neuroadaptativos, el contexto social y psicosocial desempeña un papel decisivo tanto en el inicio y progresión del trastorno, como en la recuperación y el riesgo de recaídas. (19)

### **1.2.6. Manifestaciones inmediatas del consumo excesivo de alcohol**

El consumo agudo de alcohol genera múltiples efectos en el organismo, actuando principalmente como un depresor del sistema nervioso central. En las fases iniciales puede producir una aparente estimulación, caracterizada por desinhibición conductual, incremento de la sociabilidad, sensación subjetiva de bienestar, mayor fluidez verbal y reducción del autocontrol. A medida que aumentan las concentraciones de etanol en sangre, predominan los efectos depresores, que se manifiestan en forma de disminución del rendimiento cognitivo y psicomotor, alteraciones en la coordinación motora, dificultad en la marcha (ataxia), pérdida de reflejos, sedación y disminución de la capacidad para conducir vehículos o manejar maquinaria. En el ámbito fisiológico, se observan cambios vasomotores y metabólicos, como vasodilatación cutánea con pérdida de calor, incremento de la secreción gástrica y salivar, así como aumento de la diuresis debido a la inhibición de la hormona antidiurética. En casos de intoxicación grave, los efectos pueden progresar hacia una pérdida del estado de conciencia, coma e incluso desenlace fatal por depresión cardiorrespiratoria si no se interviene oportunamente. (20)

#### **1.2.6.1. Consecuencias del consumo de alcohol en la salud humana**

El consumo de alcohol, tanto ocasional en grandes cantidades como sostenido en el tiempo, se asocia con una amplia gama de alteraciones en la salud. Estas incluyen patologías infecciosas, enfermedades hepáticas como la cirrosis, distintos tipos de cáncer, trastornos metabólicos y endocrinos, alteraciones cardiovasculares, digestivas, neurológicas y mentales, además de complicaciones maternas, perinatales y lesiones de origen accidental o intencional. En muchos de estos problemas se observa una relación dosis–respuesta, ya sea lineal o exponencial, en la que un mayor consumo incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades. (21) En cuanto a los mecanismos fisiopatológicos, se ha descrito una posible toxicidad directa del etanol y de sus metabolitos, en particular el acetaldehído y los ésteres etílicos de ácidos grasos. Estos compuestos pueden inducir estrés oxidativo, formación de radicales libres y alteraciones en la expresión génica, como patrones anormales de metilación del ADN y cambios en la estructura de la

cromatina. Asimismo, el alcohol interfiere en el metabolismo de nutrientes esenciales, provocando déficits nutricionales y afectando la biodisponibilidad de carbohidratos, lípidos y vitaminas, especialmente la vitamina A, cuya forma activa (ácido retinoico) resulta fundamental para el mantenimiento de los epitelios. (22)

El impacto del alcohol varía según el volumen total ingerido, los patrones de consumo (especialmente episodios de ingesta excesiva o atracones), el contexto social, la calidad de las bebidas y la susceptibilidad individual. Así, el consumo agudo puede ocasionar intoxicación etílica con consecuencias inmediatas, como conductas violentas, accidentes, problemas laborales o familiares, mientras que la ingesta crónica favorece el desarrollo de dependencia o trastorno por uso de alcohol (TUA), perpetuando la exposición a sus efectos dañinos. Finalmente, se ha estimado que la mayor parte de las muertes atribuibles al alcohol corresponden a los hombres (80%) y en menor proporción a las mujeres (67%), lo que refleja la magnitud de este problema de salud pública. En consecuencia, las políticas de prevención y reducción del consumo promedio representan estrategias clave para mitigar la incidencia de estas enfermedades. (23)

### **1.2.7. Salud bucodental y su relevancia en la salud integral**

La salud bucodental constituye un componente esencial del bienestar general y de la calidad de vida de las personas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende como el estado de la boca, dientes y estructuras bucofaciales que permite realizar funciones básicas como masticar, hablar y respirar, además de influir en dimensiones psicosociales, tales como la autoestima, la interacción social y la capacidad de trabajar sin dolor ni incomodidad. (17)

Este concepto reconoce que la salud oral no se limita únicamente a la ausencia de enfermedades, sino que forma parte integral de la salud global a lo largo de todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez. De este modo, una adecuada salud bucodental favorece la participación activa en la sociedad y contribuye al desarrollo del potencial humano. Por otro lado, la definición de salud en un sentido más amplio puede entenderse como el estado dinámico del organismo que le permite mantener el equilibrio frente a los desafíos del entorno y garantizar su capacidad de

adaptación. En este marco, la salud oral se inserta como un pilar fundamental, ya que refleja el estado general del cuerpo y puede ser un indicador temprano de otras condiciones sistémicas.

### **1.2.8. Cuidado e Higiene Oral**

La higiene oral se entiende como el conjunto de prácticas y medidas encaminadas a preservar la salud de la cavidad bucal y prevenir enfermedades estomatológicas. Dentro de las patologías más comunes se encuentran la caries dental y la gingivitis, cuya prevención depende fundamentalmente de una adecuada limpieza de dientes, encías y lengua, así como de controles periódicos con profesionales en odontología. Asimismo, el consumo excesivo de azúcares refinados, como la sacarosa y la glucosa, constituye un factor de riesgo significativo para la formación de caries, por lo que resulta necesario un control en la dieta. Una correcta higiene bucal se refleja en dientes libres de placa bacteriana, encías saludables que no presenten sangrado durante el cepillado y en la ausencia de halitosis persistente. El pilar fundamental del cuidado oral es el cepillado regular, acompañado de técnicas auxiliares como el uso de hilo dental, cepillos interdentes o irrigadores bucales. (24)

#### **1.2.8.1. Métodos de Higiene Oral**

- Cepillado dental y de la lengua.
- Uso de elementos complementarios: hilo dental, cepillos interdentes, estimuladores y enjuagues.
- Aplicación de pastas dentífricas fluoradas. (24)

##### **1.2.8.1.1. Cepillado**

El cepillado constituye el principal medio para el control mecánico de la placa bacteriana. Sus objetivos son:

- Eliminar restos alimenticios y prevenir la formación de placa.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Favorecer la incorporación de flúor al medio bucal mediante el uso de dentífricos.

- **Técnicas de Cepillado**

Existen diferentes técnicas que buscan cubrir de manera efectiva todas las superficies dentarias, incluyendo lengua y paladar. Entre las más utilizadas destacan:

**Técnica Circular o Rotacional:** se coloca el cepillo en dirección apical contra la encía, girando con movimientos circulares que permiten eliminar residuos en zonas interproximales.

**Técnica de Bass:** recomendada en casos de inflamación gingival, donde el cepillo se ubica en un ángulo de 45° hacia el surco gingival, realizando movimientos vibratorios horizontales.

**Técnica de Charters:** útil para limpiar áreas interdentes y alrededor de aparatos de ortodoncia, colocando las cerdas en dirección oclusal con movimientos vibratorios.

**Técnica de Stillman:** consiste en inclinar las cerdas a 45° hacia el ápice dental, combinando presión ligera y movimientos vibratorios para masajear encías y dientes.

Estas técnicas, aplicadas de forma adecuada y complementadas con revisiones odontológicas, constituyen la base para mantener una salud bucodental óptima y prevenir la aparición de enfermedades orales. (25)

### **1.2.9. Prácticas de Higiene Bucal Complementaria**

El mantenimiento de la salud oral no depende únicamente del cepillado dental, sino también de medidas adicionales que permiten alcanzar una limpieza más completa y efectiva. Entre estas prácticas destacan el cepillado de la lengua y el uso de medios auxiliares como hilo dental, cepillos interdentes, irrigadores y dentífricos.

#### **1.2.9.1. Cepillado de la Lengua**

El dorso de la lengua constituye un área de acumulación de restos alimenticios, placa bacteriana y microorganismos, factores que contribuyen al mal aliento y a la

proliferación de patologías orales. Por ello, el cepillado lingual es una práctica esencial dentro de la higiene bucal. La técnica recomendada consiste en colocar el cepillo lo más posterior posible sin provocar reflejo nauseoso, con las cerdas dirigidas hacia la faringe. Posteriormente, se realizan movimientos de barrido desde atrás hacia adelante, repitiendo entre seis y ocho veces en cada zona. El uso de dentífrico durante esta práctica mejora los resultados, proporcionando una sensación de frescura y limpieza adicional. (26)

### 1.2.9.2. Medios Auxiliares de Higiene Oral

Aunque el cepillado constituye la base de la higiene, este resulta insuficiente para limpiar las superficies interdentes, por lo que se requieren métodos complementarios:

- **Hilo dental:** compuesto por múltiples filamentos que se expanden al contacto con la superficie dental. Se presenta en diferentes variedades (con cera, sin cera, con flúor, saborizados). Su función principal es remover placa y residuos en espacios estrechos, contribuyendo a la salud gingival.
- **Estimulación interdental:** mediante dispositivos flexibles de hule o plástico que eliminan residuos en espacios abiertos o en zonas donde la papila gingival ha disminuido.
- **Cepillos interdentes:** poseen forma cónica con fibras en espiral, indicados para espacios interproximales amplios.
- **Palillos y limpiadores interdentes:** utilizados únicamente en casos de espacios amplios, evitando dañar el tejido gingival.
- **Irrigador bucal:** dispositivo que emite un chorro pulsátil de agua sobre la superficie dental y el margen gingival. Si bien no elimina completamente la placa bacteriana, contribuye a la reducción de microorganismos patógenos y al masaje de encías. (27)

### 1.2.9.3. Uso de Dentífricos

El dentífrico constituye un complemento indispensable en la higiene oral, pues potencia la acción del cepillado gracias a sus componentes. Entre sus principales funciones destacan:

- **Acción limpiadora y espumante**, gracias a agentes tensoactivos y abrasivos.
- **Sensación de frescura y limpieza**, aportada por sustancias aromáticas como la menta.
- **Prevención de la caries**, mediante la incorporación de fluoruros (generalmente en concentraciones de 0,1 % o 1000 ppm).
- **Reducción de la sensibilidad dentinaria**, en presentaciones específicas con agentes desensibilizantes.
- **Acción antibacteriana**, en productos que contienen triclosán u otros compuestos de amplio espectro.

El uso correcto del dentífrico, en cantidades moderadas, es esencial para obtener beneficios sin riesgos de ingestión excesiva de flúor, especialmente en niños. (28)

### 1.2.10. Evaluación de la higiene Oral: índice Simplificado

Es una herramienta estandarizada utilizada para medir la higiene bucodental de manera objetiva y cuantificable. Fue desarrollado inicialmente por Green y Vermillion en 1960 y posteriormente simplificado para evaluar únicamente seis superficies dentarias específicas, seleccionadas por su representatividad en la boca y su accesibilidad para el examen clínico. (28)

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) se aplica sobre dientes completamente erupcionados o que han alcanzado el plano oclusal, asignando puntajes según la presencia de placa blanda en superficies predeterminadas. La selección de las piezas dentarias incluye molares y dientes incisivos estratégicos:

- Molar superior derecho (superficie vestibular)
- Molar superior izquierdo (superficie vestibular)

- Molar inferior derecho (superficie lingual)
- Molar inferior izquierdo (superficie lingual)
- Incisivo central superior derecho (superficie vestibular)
- Incisivo central inferior izquierdo (superficie vestibular)

El procedimiento de evaluación puede realizarse mediante el uso de un revelador de placa o mediante exploración mecánica con un instrumento clínico, permitiendo identificar la acumulación de placa bacteriana en las superficies examinadas.

Para obtener el índice por individuo, se suman los puntajes de cada superficie evaluada y se divide entre el número total de superficies examinadas, generando un valor en un rango de 0 a 3. Este valor permite clasificar la higiene oral en tres categorías:

- **Buena:** 0.0 a 0.6
- **Regular:** 0.7 a 1.8
- **Deficiente:** 1.9 a 3.0

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) es un instrumento fundamental en investigación y práctica clínica, ya que facilita la comparación entre individuos y poblaciones, permite monitorear la eficacia de programas de higiene bucal y sirve como indicador indirecto del riesgo de caries y enfermedades periodontales. Su simplicidad y reproducibilidad lo convierten en una herramienta ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos y en evaluaciones preventivas odontológicas. (28)

#### **1.2.11. Enfermedades Bucodentales relacionadas con el consumo de Alcohol**

El consumo crónico de alcohol ejerce efectos adversos significativos sobre la salud bucodental, favoreciendo la aparición y progresión de diversas enfermedades de la cavidad oral. La acción del alcohol sobre los tejidos bucales se relaciona tanto con sus propiedades químicas (capacidad de deshidratación, irritación y alteración del

pH oral) como con los cambios conductuales que provoca, incluyendo descuido en la higiene oral y hábitos dietéticos poco saludables. (29)

#### **1.2.11.1. Mecanismos Etiológicos Generales**

El alcohol etílico ejerce un efecto irritante directo sobre la mucosa oral, provocando deshidratación de las células y disminución del flujo salival, lo que reduce la capacidad tampón de la saliva y favorece un ambiente ácido que promueve la desmineralización del esmalte dental. Su principal metabolito, el acetaldehído, presenta propiedades potencialmente carcinogénicas y aumenta la permeabilidad de la mucosa a sustancias tóxicas. Asimismo, el consumo prolongado de alcohol puede alterar la composición del microbioma oral, favoreciendo la proliferación de bacterias patógenas que contribuyen a procesos inflamatorios y a la degradación de los tejidos bucales. De manera paralela, se produce una afectación del sistema inmunológico local, con reducción de la respuesta de células defensivas, lo que incrementa la susceptibilidad a infecciones y la progresión de enfermedades periodontales. Estos mecanismos se potencian cuando existen hábitos de higiene oral deficientes, ya que la acumulación de placa bacteriana actúa como mediador en la aparición y desarrollo de diversas patologías bucales asociadas al consumo de alcohol. (30)

#### **1.2.11.2. Caries Dental**

La caries dental es una patología infecciosa que provoca la desmineralización del esmalte y la dentina por la acción de ácidos generados por bacterias como *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus* spp. El alcohol contribuye indirectamente a su desarrollo mediante la xerostomía, disminuyendo la capacidad de la saliva para neutralizar ácidos y eliminar restos alimenticios. La combinación de sequedad bucal, ingesta frecuente de bebidas azucaradas y deficiencias en la higiene oral favorece la acumulación de placa bacteriana, aumentando la incidencia de caries, especialmente en superficies oclusales e interproximales. La evaluación de la severidad se realiza mediante el índice CPOD, donde valores  $\geq 5,0$  reflejan un compromiso significativo. (31)

### 1.2.11.3. Enfermedad Periodontal

Comprende un conjunto de alteraciones que afectan los tejidos de soporte del diente (encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar). Su origen está relacionado con la acumulación de placa bacteriana y la respuesta inflamatoria del huésped. Se distinguen dos formas principales:

- **Gingivitis:** inflamación reversible de la encía caracterizada por enrojecimiento, edema y sangrado.
- **Periodontitis:** destrucción progresiva e irreversible de los tejidos de soporte, que puede derivar en movilidad dental y pérdida de piezas. (32)

### 1.2.11.4. Candidiasis Oral y Lesiones Oportunistas

La candidiasis oral es una infección fúngica causada principalmente por *Candida albicans*, caracterizada por el sobrecrecimiento del hongo en la mucosa bucal. Esta condición se asocia con factores que alteran el equilibrio microbiano y las defensas naturales de la boca, como la xerostomía y la disminución de la producción salival, que son frecuentes en personas con consumo prolongado de alcohol. La presencia de higiene oral deficiente aumenta la susceptibilidad a esta infección, facilitando la formación de placas blancas removibles en lengua, paladar y otras áreas de la mucosa oral. (33)

El consumo crónico de alcohol modifica la composición del microbioma oral, promoviendo la proliferación de microorganismos patógenos y reduciendo la diversidad de la flora bacteriana y fúngica protectora. Esta alteración del ecosistema oral crea un entorno favorable para infecciones oportunistas. Además de la candidiasis, los individuos con consumo excesivo de alcohol pueden presentar otras lesiones oportunistas, como estomatitis necrotizante, caracterizadas por necrosis tisular y compromiso de la mucosa oral. Estas lesiones se desarrollan en un contexto de disminución de las defensas locales, desequilibrio microbiano y exposición a factores irritantes, favoreciendo la colonización por microorganismos secundarios. (34) En términos generales, la presencia de estas afecciones refleja la interacción entre factores fisiológicos, inmunológicos y de higiene oral, subrayando

la importancia del equilibrio microbiano y las defensas locales en la prevención de infecciones orales asociadas al consumo de alcohol.

#### **1.2.11.5. Riesgo de Cáncer Oral y Lesiones Precancerosas Asociadas al Alcohol**

El alcohol etílico se reconoce como un carcinógeno por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), y su consumo prolongado se asocia con un aumento significativo en el riesgo de desarrollar cáncer oral y lesiones precancerosas. Entre estas últimas, destacan la leucoplasia y la eritroplasia, que se generan principalmente por la irritación crónica de la mucosa bucal. La exposición repetida al alcohol provoca alteraciones celulares y genéticas, incrementando la probabilidad de mutaciones que pueden evolucionar hacia procesos malignos. El acetaldehído, metabolito tóxico del etanol, actúa como mediador de los efectos carcinogénicos, interfiriendo en la reparación del ADN y promoviendo cambios epigenéticos que favorecen la transformación celular. La combinación del alcohol con tabaco potencia este riesgo, generando un efecto sinérgico que amplifica la incidencia de cáncer oral. (35)

#### **1.2.11.6. Otros efectos asociados**

El consumo crónico de alcohol también se relaciona con:

- **Xerostomía** y alteraciones en la composición de la saliva, que facilitan infecciones y caries.
- **Erosión dental** por acción ácida directa de bebidas alcohólicas.
- **Halitosis**, comprende un conjunto de alteraciones que afectan los tejidos de soporte del diente (encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar). Su origen está relacionado con la acumulación de placa bacteriana y la respuesta inflamatoria del huésped. Se distinguen dos formas principales:
- **Traumatismos bucodentales** son lesiones que afectan dientes, encías o estructuras de soporte a consecuencia de impactos físicos. Su gravedad

varía desde fracturas coronarias simples hasta avulsiones completas. Además de la afectación funcional y estética, pueden tener repercusiones psicológicas, especialmente en la población infantil y adolescente. En conjunto, estas enfermedades reflejan la interacción entre los efectos biológicos del alcohol, los hábitos de higiene deficiente y factores nutricionales y sociales. La prevención se centra en limitar el consumo de alcohol, mantener una higiene oral adecuada y realizar controles odontológicos periódicos para detectar y tratar oportunamente lesiones precoces.

### **1.2.12. Estrategias de Prevención de Enfermedades Bucodentales**

La prevención de las enfermedades bucodentales se fundamenta en prácticas sistemáticas que buscan mantener la integridad de los dientes y tejidos orales, evitando la formación de caries, enfermedades periodontales y otras alteraciones. Entre estas estrategias destacan la higiene bucal, la alimentación controlada, la aplicación de flúor, el uso de sellantes y el empleo de agentes químicos antisépticos.

- **Higiene bucal**

La higiene oral consiste en la limpieza mecánica y química de los dientes, encías, lengua y paladar, dirigida a eliminar la placa bacteriana y los restos de alimentos que favorecen la proliferación microbiana. Las principales prácticas incluyen el cepillado dental regular, preferentemente después de cada comida y antes de dormir, complementado con el uso de hilo dental para limpiar los espacios interdentes. Además, se recomienda el empleo de estimuladores gingivales y cepillos interdentes para mantener los márgenes de las encías y las superficies menos accesibles libres de residuos, asegurando la prevención de lesiones en la cavidad oral.

- **Control dietético**

La dieta influye directamente en la salud bucodental. Los azúcares simples, presentes en alimentos y bebidas, son metabolizados por bacterias como *Streptococcus mutans*, produciendo ácidos que desmineralizan el esmalte. La

frecuencia y duración de la exposición a azúcares tiene mayor impacto que la cantidad consumida, por lo que una alimentación balanceada y el control del tiempo de contacto con carbohidratos fermentables son esenciales para prevenir caries y erosión dental.

- **Flúor**

El flúor actúa como agente protector del esmalte dental, incrementando la formación de fluorapatita y reduciendo la solubilidad del esmalte frente a los ácidos. Su acción puede ser tópica, mediante pastas dentales y enjuagues, o sistémica, a través de la fluoración del agua. La exposición controlada al flúor permite remineralizar lesiones iniciales y fortalecer la estructura dental frente a la desmineralización.

- **Sellantes dentales**

Los sellantes constituyen una barrera física aplicada sobre fosetas y fisuras, áreas de difícil acceso para el cepillado, evitando la acumulación de placa y la colonización bacteriana. Esta técnica es especialmente eficaz en la infancia, previniendo la aparición de caries en molares y premolares, complementando las medidas de fluoruración y control dietético.

- **Agentes químicos antisépticos**

Sustancias como la clorhexidina poseen propiedades antibacterianas de amplio espectro, capaces de adherirse a la superficie dental y la mucosa, liberándose de forma gradual y prolongada. Su uso regular contribuye a la reducción de la placa dentobacteriana y la prevención de gingivitis, especialmente en situaciones donde la higiene mecánica es insuficiente.

## **1.3 MARCO CONTEXTUAL**

### **1.3.1. Contexto geográfico y demográfico**

Bolivia es un país ubicado en el centro-oeste de América del Sur, limitando con Brasil al norte y al este, con Paraguay y Argentina al sur, y con Chile y Perú al oeste. Su territorio abarca una diversidad geográfica que incluye la región amazónica, los

valles interandinos y la altiplanicie andina. Esta diversidad geográfica influye en las características culturales, económicas y sociales de sus habitantes.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), Bolivia cuenta con una población estimada de aproximadamente 12.5 millones de habitantes. La distribución poblacional muestra una concentración en áreas urbanas, especialmente en ciudades como Santa Cruz de la Sierra, La Paz y Cochabamba, mientras que las zonas rurales presentan una densidad poblacional más baja. Esta distribución tiene implicaciones en el acceso a servicios de salud, educación y otros servicios básicos.

Sucre, la capital constitucional de Bolivia y sede del departamento de Chuquisaca, está ubicada en un valle interandino a 2.810 metros sobre el nivel del mar, en el sur del país. Rodeada por colinas y caracterizada por un clima templado, Sucre es un centro histórico, cultural y administrativo, conocido por su arquitectura colonial y su rol como cuna de la independencia boliviana. Con una población aproximada de 300.000 habitantes en 2025, según estimaciones del INE, Sucre presenta una composición demográfica diversa, con una mezcla de población mestiza (60%), indígena (30%, principalmente quechua) y blanca (10%).

### **1.3.2. Relevancia para la investigación**

El estudio se centra en personas internadas en el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de Sucre. El Centro se encuentra ubicado en el barrio Alto Loyola, en la ciudad de Sucre, capital constitucional de Bolivia y sede del departamento de Chuquisaca. Esta zona periférica de Sucre, caracterizada por su accesibilidad urbana, pero con limitados recursos socioeconómicos, proporciona un entorno tranquilo y alejado de las tentaciones de la vida citadina, ideal para procesos de rehabilitación. Sucre, con una población aproximada de 300.000 habitantes en 2025, es un centro histórico y cultural, pero también enfrenta desafíos como el alto consumo de alcohol en contextos rurales-urbanos, lo que hace de PRADOS un recurso vital para la región. La ubicación estratégica facilita el acceso desde otras provincias de Chuquisaca y departamentos cercanos, como Potosí y Tarija, permitiendo una integración comunitaria que apoya la terapia ocupacional y la reinserción laboral de los internos.

- **Historia del Centro PRADOS**

El Centro PRADOS fue fundado el 12 de junio de 1994 en Sucre, Bolivia, por la misionera brasileña María Nazaret, una pastora evangélica que dedicó su vida al servicio social y espiritual. María Nazaret, quien residía en Bolivia desde hace más de tres décadas al momento de la fundación, impulsó la creación de PRADOS como respuesta a la creciente problemática del alcoholismo y la drogadicción en la región de Chuquisaca, donde el consumo excesivo de alcohol afectaba desproporcionadamente a familias de clases media y baja. Inspirada en principios cristianos de fe y redención, la fundadora estableció el centro como una institución sin fines de lucro, enfocada en la rehabilitación integral de personas con adicciones.

A lo largo de sus más de 30 años de operación (hasta 2025), PRADOS ha evolucionado de un pequeño refugio a un programa estructurado, atendiendo a miles de individuos y adaptándose a las realidades locales, como el aumento de adicciones mixtas (alcohol y drogas). Su historia se enmarca en el contexto boliviano de los años 90, marcado por crisis económicas y sociales que exacerbaban el consumo de sustancias, y ha recibido reconocimiento por su enfoque holístico, combinando terapia espiritual con ocupacional. Hoy, PRADOS se fundamenta en valores cristianos, promoviendo la reinserción social y la prevención, y continúa operando bajo la visión de su fundadora, quien enfatizaba la importancia de la fe como pilar de recuperación.

- **Visión y Misión**

**Visión:** Ser un centro líder en rehabilitación de adicciones en Bolivia, reconocido por su modelo integral basado en principios cristianos, ofreciendo servicios de calidad que integren la atención bucodental como parte de la salud holística, promoviendo la recuperación y reinserción social.

**Misión:** Proporcionar un programa gratuito de rehabilitación que combine desintoxicación, apoyo psicológico, educación en salud y terapias ocupacionales, con un enfoque espiritual y comunitario, para garantizar equidad, calidad de vida y transformación de los internos y sus familias.

### **1.3.3. Infraestructura Física**

Ubicado en el barrio Alto Loyola, una zona periurbana de Sucre, el Centro PRADOS dispone de una infraestructura funcional diseñada para respaldar los procesos de rehabilitación, aunque presenta limitaciones propias de una organización sin fines de lucro. El complejo está conformado por dormitorios colectivos con capacidad para 70 internos, áreas comunes destinadas a actividades grupales, un comedor, una capilla para prácticas espirituales y talleres para terapias ocupacionales. No obstante, el centro carece de un consultorio odontológico especializado, lo que restringe la atención bucodental directa, un aspecto fundamental para el presente estudio sobre enfermedades bucodentales. Desde 2023, PRADOS ha implementado mejoras tecnológicas, como la instalación de fibra óptica para optimizar la gestión administrativa, y en 2024 incorporó cámaras de seguridad en áreas estratégicas. A pesar de estas innovaciones, la ausencia de equipamiento odontológico limita la prevención y el tratamiento de afecciones orales, subrayando la importancia de realizar investigaciones que evalúen la higiene oral y la prevalencia de enfermedades bucodentales en este contexto.

### **1.3.4. Servicios Ofrecidos**

El Centro PRADOS ofrece un programa integral de rehabilitación gratuito, con una duración estándar de ocho meses, diseñado para abordar las adicciones al alcohol y las drogas mediante un enfoque multidisciplinario. Los servicios incluyen terapia espiritual basada en principios cristianos, apoyo psicológico para manejar comorbilidades como depresión y ansiedad, y desintoxicación física supervisada. Además, se enfatiza la educación en hábitos saludables, incluyendo higiene personal y bucodental, lo que es particularmente relevante para el tema de esta investigación. El centro proporciona alimentación, alojamiento y orientación familiar, fomentando la participación de los allegados en el proceso de recuperación. Para ingresar, los interesados deben presentar prendas de vestir, frazadas, artículos de aseo y suministros básicos como arroz y papas, promoviendo un sentido de responsabilidad desde el inicio. PRADOS también colabora con voluntarios

internacionales para enriquecer sus talleres, asegurando una atención personalizada que integra fe, comunidad y habilidades prácticas.

### **1.3.5. Capacidad y Perfil de Internos**

El centro cuenta con una capacidad actual para 70 internos, un aumento significativo desde los 50 cupos reportados en 2019, reflejando su expansión para atender la creciente demanda. En promedio, PRADOS alberga entre 50 y 60 internos mensuales, con variaciones estacionales que pueden elevarse durante periodos de mayor incidencia de adicciones, como fiestas regionales o crisis económicas. Anualmente, el centro atiende a aproximadamente 600-700 personas, considerando rotaciones y reingresos. Esta alta ocupación genera listas de espera constantes, destacando la necesidad de recursos adicionales en Chuquisaca, donde el alcoholismo afecta al 70% de los casos atendidos, seguido por drogadicción exclusiva (14%) y adicciones mixtas (16%). Estos datos subrayan la saturación del sistema y la importancia de estudios como el presente para informar políticas de expansión.

### **1.3.6. Perfil Demográfico y Estadísticas de Rehabilitación**

El perfil demográfico de los internos revela una población predominantemente joven y adulta: el 27% tiene entre 18 y 25 años, mientras que el 52% se sitúa entre 26 y 50 años, reflejando el impacto del alcoholismo en etapas productivas de la vida. Predominan personas de clases media y baja, con oficios manuales (47%), estudiantes (20%) y profesionales (20%), lo que resalta la transversalidad de las adicciones en la sociedad boliviana. En términos de rehabilitación, aproximadamente el 50% de los ingresados logra una recuperación exitosa, definida como abstinencia sostenida y reinserción social. Del restante, un 10% reingresa para un nuevo intento, demostrando la persistencia en el proceso. Estas estadísticas, derivadas de registros internos, enfatizan la efectividad del modelo de PRADOS, aunque también señalan desafíos como recaídas asociadas a factores socioeconómicos y falta de apoyo post-rehabilitación.

### **1.3.7. Actividades y Terapias Ocupacionales**

El Centro PRADOS integra terapias ocupacionales como pilar de su modelo rehabilitador, fomentando el aprendizaje de oficios prácticos para elevar la autoestima, promover el trabajo en equipo y facilitar la reinserción laboral. Entre las actividades destacadas se encuentran talleres de construcción, carpintería, pintura y cocina, donde los internos participan activamente en proyectos reales, como la mejora de las instalaciones del centro. Estas labores no solo sirven como terapia ocupacional para distraer de las adicciones, sino que también inculcan habilidades transferibles, alineadas con los principios cristianos de servicio comunitario. En el contexto de esta investigación, tales actividades podrían influir positivamente en la higiene oral, al promover rutinas diarias estructuradas y acceso a educación en salud, aunque persisten riesgos de descuido en entornos de trabajo manual.

## CAPÍTULO II

### MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1 Enfoque y Tipo de investigación

##### 2.1.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación tiene un enfoque **Cuantitativo** porque la recolección de la información es a través de variables que son medibles matemáticamente, el objetivo de este tipo de estudio es la verificación de la hipótesis planteada a través de resultados objetivos utilizando para ello instrumentos que pueden ser sometidos a pruebas de validación y confiabilidad estadística.

##### 2.1.2 Tipo y diseño de la investigación

El tipo de estudio es descriptivo, observacional, de corte transversal, con un componente analítico

**Es descriptivo**, porque cada una de las variables serán descritas con todas sus características.

**Es observacional**, porque cada una de las variables serán recogidas tal cual se presenten sin modificación experimental.

**De corte transversal**, porque en el mismo periodo de tiempo se recogerán todas las variables de estudio de cada uno de los pacientes.

Tendrá un **componente analítico**, porque se cruzarán variables independientes y dependientes, a través de un análisis estadístico, tratando de explicar causa y efecto.

#### 2.2 Métodos y procedimientos de investigación

En la lógica de la investigación que se sigue en este trabajo se puede observar el ordenamiento metodológico y la secuencia consiguiente de actividades que fueron realizadas durante la presente investigación.

Bajo enfoque dialéctico, la investigación se realiza asumiendo procedimientos propios del paradigma sociocrítico de la investigación, en su variante de investigación participativa, donde intervienen cada uno de los pacientes a los que se realiza un examen clínico odontológico y una entrevista, de acuerdo a las variables que se deben recoger.

### **2.2.1. Métodos teóricos**

- **Método Hipotético-deductivo**

De acuerdo al autor Bunge (2013), este método se define como un procedimiento científico que parte de la formulación de hipótesis, deducidas lógicamente a partir de teorías previas o supuestos, y que son contrastadas con la realidad mediante la recolección y análisis de datos empíricos. Su aplicación permite establecer relaciones causales o de asociación entre variables, verificando si los resultados obtenidos confirman o refutan las hipótesis planteadas. (18)

Este método se aplicará para analizar la relación entre el consumo de alcohol, la higiene oral y las enfermedades bucodentales en internos del Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS). Se partirá de la hipótesis de que el consumo crónico de alcohol incrementará el riesgo de caries, enfermedad periodontal y lesiones orales, la cual será comprobada mediante la recolección y análisis de datos clínicos y laboratoriales. Este método permitirá desarrollar el estudio de manera lógica, sistemática y con conclusiones objetivas sobre los efectos del alcohol en la salud bucodental.

- **Método de Análisis y Síntesis**

El análisis es un procedimiento lógico que posibilita descomponer mentalmente un todo en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes. Permite estudiar el comportamiento de cada parte. La síntesis es la operación inversa, que establece mentalmente la unión o combinación de las partes previamente analizadas y posibilita descubrir relaciones y características generales entre los elementos de la realidad. (Maya, 2014)

El método coadyuvó a la búsqueda, análisis y clasificación de la información que permitió la extracción de los elementos más importantes como aspectos teóricos sobre el consumo prolongado de alcohol sobre la higiene oral y su relación con la prevalencia de enfermedades bucodentales en las personas internadas en el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos.

- **Método inductivo**

“Es el método de obtención de conocimientos que conduce de lo particular a lo general, de los hechos a las causas y al descubrimiento de leyes” (Sampieri 2016)

Es la prolongación del análisis hasta el momento que se obtuvo la conclusión de la investigación, se puede decir, que está conforme a los resultados y se llegó a afirmaciones de carácter general.

- **Método deductivo**

“Es el razonamiento mental que conduce de lo general a lo particular y permite extender los conocimientos sobre una determinada clase de fenómenos a otro cualquiera que pertenezca a esa misma clase” (Sampieri 2016)

Permitió partir de los resultados obtenidos como principios generales para luego aplicarlos a pequeños grupos que se conformaron para el proceso investigativo.

**2.2.2. Métodos empíricos**

Los métodos empíricos serán:

- **Método bibliográfico**

La investigación documental que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura crítica de documentos y materiales bibliográficos de bibliotecas, hemerotecas y centros de información y documentación. (Maya, 2014)

El método bibliográfico permitió conocer y sistematizar las diferentes teorías descritas sobre el tema, relacionadas especialmente a los principales conceptos de la presente investigación.

### **- Método Medición**

La medición se refiere generalmente a la asignación de números a las observaciones, de modo tal que los números sean susceptibles de análisis (Maya, 2014)

El método coadyuvó a precisar la información estadística y numérica acerca de la cualidad del objeto de estudio mediante comparaciones de magnitudes determinadas, se empleó en el análisis de la población y muestreo.

### **2.2.3. Procedimientos éticos y análisis de datos**

Con el fin de garantizar la integridad y ética profesional en la presente investigación, se aplican procedimientos conforme a normas internacionales de respeto y protección a los participantes, tales como el consentimiento informado, la confidencialidad de la información y la autorización de comités éticos pertinentes. Estos procedimientos contribuyen a la protección de los derechos y bienestar de los sujetos involucrados.

Para el análisis de los datos recogidos se emplearon métodos estadísticos y modelos adecuados al enfoque cuantitativo y diseño transversal con componentes analíticos, permitiendo la validación objetiva de las hipótesis.

Asimismo, para el procesamiento y análisis estadístico de la información, garantizando así la validez, confiabilidad y reproducibilidad de los resultados obtenidos.

## **2.3 Técnicas e Instrumentos**

### **- Encuesta estructurada**

Se aplicará un cuestionario estándar y validado que recogerá información sobre el consumo de alcohol, hábitos de higiene bucal y presencia de síntomas o diagnóstico de enfermedades bucales. La encuesta permitirá cuantificar la frecuencia, cantidad y patrones del consumo alcohólico, así como las conductas relacionadas con la higiene bucal.

- **Examen clínico bucodental**

Se realizará una evaluación clínica directa a cada participante para determinar la presencia y grado de enfermedades bucales como caries, enfermedad periodontal, candidiasis, entre otras. Utilizando índices estandarizados (por ejemplo, índice de placa, índice gingival, CPI) para objetivar los hallazgos.

- **Entrevista semi-estructurada**

Para profundizar en percepciones, conocimientos y actitudes sobre la relación entre consumo de alcohol y salud bucal, se podrán realizar entrevistas semi-estructuradas a un grupo reducido de participantes o profesionales de salud.

- **Revisión documental**

Se examinarán los expedientes clínicos y registros del programa de rehabilitación para obtener datos complementarios sobre el historial de consumo de alcohol y antecedentes médicos bucodentales.

## **2.4. Instrumentos**

- **Cuestionario**

El cuestionario es tal vez el más utilizado para la recolección de datos; este consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Además, se utilizó el escalamiento tipo Likert, el cual sirve para medir las actitudes de los profesores. (Sampieri, 2017)

El cuestionario se diseñó como un instrumento estructurado para medir la relación entre el consumo prolongado de alcohol, los hábitos de higiene oral y la prevalencia de enfermedades bucodentales en los internos del Programa PRADOS. Consta de ítems cerrados organizados en dimensiones (características sociodemográficas, patrones de consumo de alcohol, prácticas de higiene bucal y presencia de signos o antecedentes de patología bucodental), lo que permite cuantificar las respuestas y facilitar su análisis estadístico.

## - **Guía de Entrevista**

La guía de entrevista esta entendida como un acto de interacción personal, espontáneo o inducido, libre o forzado, entre dos personas (entrevistador y entrevistado); para la aplicación de la misma se recurrirá a informantes claves dirigida al director de la institución y médicos odontólogos responsables.

La guía de entrevista se elaboró como un instrumento semiestructurado dirigido a informantes clave (director del centro y odontólogos responsables), con el propósito de profundizar en aspectos cualitativos relacionados con la gestión del programa, las condiciones institucionales para la promoción de la salud bucal y la percepción profesional sobre el impacto del consumo de alcohol en la cavidad oral.

### **2.5 Población de cada unidad de análisis**

Se entiende por población el conjunto finito o infinito de elementos con características comunes, para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda limitada por el problema y por los objetivos del estudio. (Sampieri, 2017)

La población considerada es la siguiente; son 50 internos que forman parte del programa de rehabilitación para alcohólico PRADOS de la ciudad de Sucre.

<b>Población</b>	<b>Total</b>
Personas internadas	50
Responsables del programa y personal de salud	2

**Fuentes:** Datos obtenidos de Prados.

## **2.6 Criterios de selección**

### **Criterios de Inclusión**

- Personas mayores de 18 años que se encuentren actualmente internadas en el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de la ciudad de Sucre durante el tercer trimestre de la gestión 2025.
- Pacientes que acepten participar de manera voluntaria en la investigación.
- Individuos con antecedentes de consumo prolongado de alcohol, definidos como consumo regular durante al menos un año, con el objetivo de evaluar su relación con la higiene oral y enfermedades bucodentales.

### **Criterios de Exclusión**

- Negar el consentimiento informado o retirar el consentimiento durante el estudio.
- Alcohólicos crónicos sin tendencia a fumar u otros hábitos.
- Internos que hayan recibido tratamiento odontológico completo o cirugía bucal en los últimos seis meses, lo que podría alterar la evaluación de la prevalencia de enfermedades bucodentales asociadas al consumo de alcohol.

## **2.7 Muestra**

No se tomará tamaño de muestra, porque la investigación se realizará con el total de población.

## **CAPÍTULO III**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **3.1. Sistematización de la entrevista aplicada al responsable del programa y Personal de Salud (PRADOS)**

##### **3.1.1. Estado general de salud de los pacientes al ingresar al programa**

El responsable del Programa señaló que la mayoría de los pacientes presentan un estado de salud deteriorado por el consumo prolongado de alcohol, caracterizado por desnutrición, debilidad física, alteraciones hepáticas y descuido en la higiene personal. En el ámbito psicológico, se observa ansiedad, depresión y baja motivación hacia hábitos saludables. El Personal de Salud complementó que, además, los pacientes muestran un deterioro oral significativo, con caries múltiples, enfermedad periodontal y pérdida dentaria, sumado a deshidratación y deficiencias nutricionales que complican su recuperación.

##### **3.1.2. Importancia de la salud bucodental en la rehabilitación**

El responsable del Programa afirmó que la salud bucodental es fundamental para la recuperación integral, ya que influye en la alimentación, la autoestima y la calidad de vida del paciente. El Personal de Salud coincidió en que las infecciones orales y la pérdida de piezas dentarias afectan directamente la nutrición y, en consecuencia, el proceso de rehabilitación física y social.

##### **3.1.3. Enfermedades bucodentales más frecuentes en los pacientes**

El responsable del Programa destacó como frecuentes la caries avanzada, enfermedad periodontal, halitosis y lesiones orales como leucoplasias. Por su parte, el Personal de Salud mencionó la caries rampante, gingivitis, periodontitis crónica, candidiasis oral y lesiones precancerosas, todas relacionadas con el efecto del alcohol sobre la mucosa bucal y la reducción de la producción salival.

#### **3.1.4. Relación entre higiene oral y evolución clínica de los pacientes**

Ambos entrevistados coincidieron en que existe una relación directa. El responsable del Programa indicó que los pacientes con buenos hábitos de higiene oral presentan menos complicaciones y mayor disposición a la rehabilitación. El Personal de Salud recalcó que quienes mantienen rutinas de cepillado y enjuague muestran menos infecciones y logran seguir mejor la dieta del programa.

#### **3.1.5. Protocolos para la evaluación y tratamiento bucodental**

El responsable del Programa reconoció que no cuentan con protocolos específicos, limitándose a derivaciones en casos urgentes. El Personal de Salud corroboró que las intervenciones no son estandarizadas, lo que afecta la continuidad del cuidado bucodental.

#### **3.1.6. Dificultades para brindar atención odontológica**

El responsable del Programa señaló como limitantes principales la falta de un odontólogo en el equipo, los recursos insuficientes y la baja adherencia de los pacientes a los tratamientos odontológicos. El Personal de Salud agregó la carencia de equipamiento especializado y la resistencia de algunos internos a priorizar la atención oral frente a la rehabilitación del alcoholismo.

#### **3.1.7. Estrategias implementadas para la promoción de la salud bucodental**

El responsable del Programa mencionó la realización de charlas educativas sobre higiene personal y el fomento del uso de cepillo y pasta dental. El Personal de Salud indicó que se desarrollan talleres educativos con entrega de kits básicos y se gestionan derivaciones a centros municipales de salud en casos complejos.

### 3.1.8. Acciones necesarias para mejorar la atención bucodental en el programa

El responsable del Programa consideró esencial contar con un odontólogo de planta o brigadas periódicas de atención dental, además de reforzar la educación preventiva en los internos. El Personal de Salud coincidió en la necesidad de integrar la odontología en el programa, capacitar a los pacientes en autocuidado y realizar revisiones periódicas para prevenir complicaciones.

### 3.2. Descripción y análisis de la encuesta aplicada a personas internadas que forman parte del programa de rehabilitación para alcohólicos PRADOS de la ciudad de Sucre.

Con el objetivo de precisar e interpretar el problema planteado, en este acápite se describen los resultados obtenidos del trabajo de campo realizado en el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de la ciudad de Sucre.

Este diagnóstico se caracterizó principalmente por la utilización de una metodología basada en métodos empíricos, como el método de la encuesta aplicada a los 50 internos del programa, y el método de la entrevista dirigida a los responsables del centro y al personal de salud. Asimismo, se empleó el método estadístico para el procesamiento y análisis de los resultados, lo que permitió identificar la relación entre el consumo prolongado de alcohol, la higiene oral y la prevalencia de enfermedades bucodentales.

**Tabla 3. Distribución de la población de estudio según edad**

Edades	Número	Porcentaje
18 a 25 años	13	26%
26 a 35 años	15	30%
36 a 45 años	12	24%
46 a 55 años	7	14%
56 o más años	3	6%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los internos del Programa PRADOS se concentra entre los 26 y 35 años (30%) y los 18 a 25 años (26%), lo que evidencia que el consumo problemático de alcohol afecta principalmente a adultos jóvenes. Estos grupos presentan mayor riesgo de hábitos deficientes de higiene oral y, en consecuencia, de enfermedades bucodentales (WHO, 2018). El 24% corresponde a personas de 36 a 45 años y el 14% a 46 a 55 años, lo que refleja que el consumo prolongado mantiene sus efectos negativos en la salud oral con el paso de los años, generando caries, enfermedad periodontal y pérdida dental (Mendoza-Romo et al., 2021). El grupo de 56 años o más (6%) es reducido, pero vulnerable por el deterioro propio de la edad y el consumo crónico, lo que incrementa los problemas bucodentales (OPS, 2020).

**Tabla 4. Distribución de la población de estudio según sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	41	82%
Femenino	9	18%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados muestran que el 82% de los internos del Programa PRADOS son de sexo masculino, mientras que solo el 18% corresponde al sexo femenino. Este predominio masculino refleja la tendencia documentada en la literatura, donde el consumo problemático de alcohol se presenta con mayor frecuencia en varones, debido a factores culturales, sociales y de género que facilitan el inicio y mantenimiento del hábito. En relación con la salud bucodental, esta distribución es relevante, ya que los hombres suelen mostrar menor adherencia a prácticas de higiene oral y mayor exposición a factores de riesgo como tabaquismo y consumo excesivo de alcohol, lo que incrementa la prevalencia de caries, enfermedad periodontal y pérdida dental. Si bien la proporción femenina es reducida, no deja de ser significativa, ya que las mujeres en rehabilitación también presentan complicaciones orales asociadas al consumo de alcohol, aunque estudios indican

que suelen tener mejor conciencia sobre el autocuidado bucal en comparación con los varones.

**Tabla 5. Distribución de la población de estudio según tiempo de rehabilitación**

<b>Tiempo rehabilitación</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 1 mes	5	10%
1 a 3 meses	20	40 %
4 a 6 meses	15	30 %
7 a 12 meses	7	14 %
Más de 12 meses	3	6%
Total	50	100%

**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados muestran que el 40% de los internos permanece entre 1 y 3 meses en el programa, seguido por un 30% con una permanencia de 4 a 6 meses y un 14% entre 7 y 12 meses. Solo un 10% lleva menos de un mes, mientras que un pequeño porcentaje supera el año. Esto refleja que la mayoría de los participantes se encuentra en una etapa inicial o intermedia del proceso de rehabilitación, donde los cambios en hábitos, incluida la higiene oral, aún están en consolidación.

La evidencia indica que el tiempo de permanencia en programas de rehabilitación influye directamente en la adopción de conductas saludables y la reducción de riesgos asociados al consumo crónico de alcohol. Sin embargo, en etapas tempranas los pacientes suelen mantener patrones de higiene bucodental deficientes y una mayor prevalencia de patologías orales, lo que concuerda con los resultados encontrados. (21)

**Tabla 6. Distribución de la población de estudio según tiempo de consumo de alcohol**

<b>Tiempo de consumo de alcohol</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 5 años	8	16 %
6 a 10 años	15	30 %
11 a 15 años	17	34 %
Más de 15 años	10	20 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados muestran que el 34% de los internos ha consumido alcohol entre 11 a 15 años, seguido por un 30% con un consumo de 6 a 10 años y un 20% más de 15 años y 16% con menos de 5 años de consumo de alcohol. Estos datos evidencian que la mayoría de la población estudiada presenta un consumo crónico y prolongado, lo cual incrementa significativamente el riesgo de alteraciones en la salud bucodental.

La literatura señala que el consumo sostenido de alcohol deteriora la cavidad oral al reducir el flujo salival, alterar la microbiota y favorecer la aparición de caries, enfermedad periodontal y lesiones en mucosa oral. (21) Además, los pacientes con más de 10 años de consumo suelen presentar daños orales acumulativos y de mayor severidad, lo que concuerda con los hallazgos obtenidos.

**Tabla 7. Distribución de la población de estudio según frecuencia de consumo de alcohol, antes de ingresar al programa**

Frecuencia de consumo de alcohol	Número	Porcentaje
Diario	25	50 %
3 a 5 veces por semana	15	30 %
1 a 2 veces por semana	7	14 %
Ocasionalmente	3	6 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados evidencian que el 50% de los internos consumía alcohol diariamente antes de su ingreso al programa, seguido por un 30% que lo hacía entre 3 y 5 veces por semana. Un 14% consumía 1 a 2 veces por semana, mientras que solo un 6% lo hacía de forma ocasional. Estos hallazgos muestran que la mayoría de los pacientes presentaba un patrón de consumo crónico e intensivo, lo que incrementa notablemente los riesgos para la salud general y, en particular, para la higiene y las enfermedades bucodentales.

La evidencia científica sostiene que el consumo diario y frecuente de alcohol se asocia con un mayor deterioro de los tejidos orales, reducción en la producción de saliva y mayor prevalencia de caries y enfermedad periodontal. De este modo, los resultados del estudio confirman la hipótesis planteada, ya que el patrón de consumo identificado explica en gran medida la alta incidencia de problemas bucodentales en esta población. (23)

**Tabla 8. Distribución de la población de estudio según hábitos de riesgo asociados al consumo de alcohol**

<b>Riesgos asociados al consumo de alcohol</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Tabaquismo	24	48 %
Otras sustancias	7	14 %
Ambos	10	20 %
Ninguna	9	18 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta se muestra que el 48% de los participantes presenta tabaquismo como hábito de riesgo asociado al consumo de alcohol, seguido de un 20% que combina tabaco y otras sustancias. Además, un 14% reporta consumo exclusivo de otras drogas, mientras que solo un 18% no presenta hábitos adicionales. Estos hallazgos evidencian que la mayoría de los participantes mantiene conductas de riesgo múltiples, lo cual agrava las consecuencias negativas del consumo de alcohol. El tabaquismo y el uso de otras sustancias potencian los efectos nocivos, incrementando la probabilidad de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y bucodentales. Asimismo, la combinación de alcohol, tabaco y drogas refleja un patrón de policonsumo, que no solo dificulta el proceso de rehabilitación, sino que también aumenta el riesgo de recaídas y complicaciones clínicas. (24)

**Tabla 9. Distribución de la población de estudio según frecuencia de cepillado de los dientes al día**

<b>Frecuencia de cepillado de dientes al día</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
3 veces al día o mas	3	6 %
2 veces al día	13	26 %
1 vez al día	18	36 %
Casi nunca	16	32 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Según los resultados, la mayoría de los participantes presenta hábitos de higiene oral deficientes: un 36% se cepilla solo una vez al día y un 32% casi nunca lo hace, lo que en conjunto representa más de dos tercios de la población con prácticas inadecuadas. En contraste, un 26% se cepilla dos veces al día y únicamente un 6% alcanza la frecuencia recomendada de tres veces o más.

Estos resultados muestran que la higiene bucodental en personas en proceso de rehabilitación por consumo de alcohol es insuficiente, lo que incrementa el riesgo de caries, enfermedad periodontal y pérdida dental. La alta prevalencia de cepillado escaso podría estar asociada tanto a la falta de hábitos saludables como a la influencia del consumo de alcohol, que se relaciona con la desatención del autocuidado. En este sentido, se evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de educación en salud oral dentro de los programas de rehabilitación, para reducir complicaciones bucodentales y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Tabla 10. Distribución de la población de estudio según uso de otro método de higiene oral (hilo dental, enjuague bucal)**

<b>Uso de otro método de higiene</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	25	50 %
A veces	20	40 %
Siempre	5	10 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados muestran que el 50% de los internos nunca utiliza métodos complementarios de higiene oral como hilo dental o enjuague bucal, un 40% lo hace de manera ocasional y únicamente el 10% los emplea de forma constante. Esta tendencia evidencia deficiencias significativas en el cuidado bucodental integral, lo que aumenta el riesgo de acumulación de placa bacteriana, caries y enfermedades periodontales (OMS, 2022). En el caso de personas en rehabilitación por consumo prolongado de alcohol, esta situación adquiere mayor relevancia, ya que la combinación de hábitos de consumo nocivos y prácticas inadecuadas de higiene oral intensifica la vulnerabilidad frente a patologías bucodentales. En este sentido, se hace necesario que los programas de rehabilitación incluyan intervenciones educativas y preventivas específicas, orientadas a fomentar una higiene oral completa y sostenida en el tiempo.

**Tabla 11. Distribución de la población de estudio según percepción de calidad de hábitos de higiene oral**

Percepción de hábitos de calidad de higiene oral	Número	Porcentaje
Muy bueno	3	6 %
Bueno	7	14 %
Regular	19	38 %
Deficiente	21	42 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Los datos reflejan que antes de ingresar al programa de rehabilitación, el 42% de los internos calificaba sus hábitos de higiene oral como deficientes, el 38% como regulares, mientras que solo el 14% los consideraba buenos y un reducido 6% los evaluaba como muy buenos. Esta distribución evidencia que la mayoría de los participantes presentaba prácticas inadecuadas de autocuidado oral, lo cual concuerda con estudios que señalan una asociación entre el consumo crónico de alcohol y la disminución del interés por la higiene personal y bucal. Dichos resultados permiten inferir que los hábitos deficientes de higiene oral previos al tratamiento contribuyeron a un mayor riesgo de caries, enfermedad periodontal y pérdida dental, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias educativas y preventivas integradas en los programas de rehabilitación.

**Tabla 12. Distribución de la población de estudio según percepción de problemas bucodentales presentados con mayor frecuencia**

<b>Problemas bucodentales más frecuentes</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Caries dental	20	40 %
Encías inflamadas o que sangran	15	30 %
Dientes flojos o perdidos	10	20 %
Llagas, heridas en la boca	3	6 %
Ninguno	2	4 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Con el 40% de los internos presentó caries dentales, seguido de un 30% que reportó inflamación o sangrado de encías, un 20% manifestó dientes flojos o pérdida dental, y un 6% refirió llagas o heridas en la boca. Solo un 4% indicó no haber tenido problemas bucodentales. Estos hallazgos evidencian que las caries y enfermedades periodontales son las afecciones más prevalentes, lo que coincide con investigaciones que asocian el consumo crónico de alcohol con la disminución de la producción de saliva, la alteración de la microbiota oral y la negligencia en la higiene bucal, factores que aumentan el riesgo de patologías bucodentales.

En este sentido, los datos sugieren que el consumo problemático de alcohol no solo compromete la salud sistémica, sino también la salud oral, generando un impacto directo en la calidad de vida de los pacientes. Esto resalta la necesidad de incorporar atención odontológica preventiva y correctiva dentro de los programas de rehabilitación.

**Tabla 13. Distribución de la población de estudio según si recibió atención odontológica en los últimos 12 meses**

<b>Recibió atención odontológica</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si, de manera regular	5	10 %
Si, solo en emergencias	15	30 %
No recibió atención	30	60 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados evidencian que el 60% de los internos no recibió atención odontológica en los últimos doce meses, el 30% acudió únicamente en situaciones de emergencia y solo el 10% asistió de manera regular a controles. Estos hallazgos reflejan una limitada cobertura de atención odontológica preventiva, lo que incrementa el riesgo de progresión de enfermedades bucodentales en esta población.

La ausencia de controles periódicos está estrechamente vinculada al consumo prolongado de alcohol, ya que este hábito suele asociarse con la desatención del autocuidado y con restricciones en el acceso a servicios de salud. Esta situación pone en evidencia la necesidad de fortalecer la atención odontológica integral dentro de los programas de rehabilitación, priorizando tanto la prevención como el seguimiento continuo de la salud bucodental de los pacientes.

**Tabla 14. Distribución de la población de estudio según influencia de consumo de alcohol en el deterioro de la salud bucal**

<b>Problemas bucodentales más frecuentes</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si, mucho	25	50 %
Si, de forma moderada	14	28 %
Poco	8	16 %
Nada	3	6 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Según los resultados el 50% de los internos percibe que el consumo de alcohol ha tenido un impacto significativo en el deterioro de su salud bucal, el 28% lo considera moderado, el 16% lo califica como leve y solo el 6% afirma no haber experimentado efecto alguno.

Esto evidencia que el consumo prolongado de alcohol está estrechamente relacionado con el daño oral, incluyendo caries, enfermedad periodontal y lesiones en la mucosa. La percepción de los pacientes coincide con investigaciones recientes que señalan que el alcohol altera la salivación, la microbiota oral y la regeneración de los tejidos, incrementando la prevalencia y severidad de las enfermedades bucodentales.

**Tabla 15. Distribución de la población de estudio según percepción del consumo de alcohol en la afectación de la salud bucal**

<b>Problemas bucodentales más frecuentes</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	32	64 %
No	6	12 %
No sé	12	24 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados muestran que el 64% de los internos considera que el consumo de alcohol afecta negativamente la salud de su boca, mientras que el 12% opina que no tiene ningún efecto y el 24% no está seguro. Los resultados evidencian que existe un reconocimiento mayoritario de la relación entre el consumo de alcohol y el deterioro de la salud bucodental, lo que indica un vínculo significativo entre el hábito de consumo y la aparición de enfermedades orales.

Esto refleja que la mayoría reconoce la relación entre el alcohol y el deterioro bucodental, lo que concuerda con estudios recientes que indican que el consumo crónico de alcohol incrementa la predisposición a caries, gingivitis, periodontitis y lesiones en la mucosa oral

**Tabla 16. Distribución de la población de estudio según percepción de necesidades para mejorar la atención odontológica**

<b>Problemas bucodentales más frecuentes</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Mayor disponibilidad de especialistas en odontología	13	26 %
Charlas y talleres de higiene oral	17	34 %
Acceso a insumos	14	28 %
Campañas periódicas de prevención y control	6	12 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados muestran que el 34% de los internos considera prioritario recibir charlas y talleres de higiene oral, lo que refleja una alta necesidad de educación y capacitación en salud bucodental. En segundo lugar, el 28% manifestó la importancia de contar con acceso a insumos básicos como cepillos, pasta y enjuagues, lo cual evidencia limitaciones materiales que afectan la práctica cotidiana de higiene oral. Asimismo, un 26% señaló la necesidad de mayor disponibilidad de especialistas en odontología, destacando la insuficiencia de atención profesional en el programa. Finalmente, un 12% indicó la relevancia de implementar campañas periódicas de prevención y control, lo que sugiere la importancia de actividades sostenidas para mantener la salud bucodental a largo plazo.

**3.3. Resultados del examen clínico odontológico, de los pacientes internados que forman parte del programa de rehabilitación para alcohólicos PRADOS de la ciudad de Sucre.**

Los 50 pacientes internados que forman parte del Programa de Rehabilitación para Alcohólicos PRADOS de la ciudad de Sucre, fueron examinados clínicamente para una revisión odontológica, cuyos resultados mostramos a continuación:

**Tabla 17. Distribución de la población de estudio, según Índice CPO – D de acuerdo a edad - PRADOS, julio - septiembre de 2025**

Edad Años	N° Pacientes	Caries	Perdidos	Obturados	Total CPO
		C	P	0	
18 a 25 años	13	2.1	0.5	1.4	4.0
26 a 35 años	15	2.8	0.7	1.5	5.0
36 a 45 años	12	3.5	1.2	2.1	6.8
46 a 55 años	7	4.0	1.5	2.8	8.3
56 o más años	3	4.5	2.0	3.0	9.5

El índice CPO-D es un indicador epidemiológico que suma los dientes caries, perdidos y obturados para medir la prevalencia y severidad de caries dental.

Entre más edad, mayor el índice CPO-D, reflejando mayor impacto acumulado de la caries dental en la población adulta.

**Tabla 18. Distribución de la población de estudio, según Índice CPO – D de acuerdo a sexo - PRADOS, julio - septiembre de 2025**

Sexo	N° Pacientes	Caries	Perdidos	Obturados	Total CPO
		C	P	O	
Masculino	41	21	8	12	41
Femenino	9	5	2	2	9
<b>Total</b>	50	26	10	14	50

El índice CPO-D es la suma de dientes cariados, perdidos por caries y obturados, utilizado para medir la experiencia acumulada de caries en una población, en este estudio, el sexo masculino tiene una mayor prevalencia con 41 dientes afectados en total, en comparación con 9 en mujeres, indicando que los hombres presentan una mayor carga de caries y sus secuelas.

Esto podría estar relacionado con factores como menores prácticas de higiene oral, menor acceso o uso de servicios odontológicos, hábitos de riesgo o diferencias en factores socioeconómicos y culturales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un índice CPO-D mayor a 4.5 es considerado severo. Aquí, la suma refleja un nivel alto de afectación en los hombres, mientras que en mujeres la carga es menor pero significativa.

Estos datos sugieren la necesidad de programas focalizados en prevención y tratamiento diferenciados por sexo, además de campañas educativas y de promoción de salud bucal ajustadas a las características y necesidades de cada grupo.

**Tabla 19. Distribución de la población de estudio, según Índice CPO – D de acuerdo a tiempo de rehabilitación - PRADOS, julio - septiembre de 2025**

Tiempo de rehabilitación	N° Pacientes	Caries	Perdidos	Obturados	Total CPO
		C	P	O	
Menos de 1 mes	5	2	0	1	3
1 a 3 meses	20	8	3	6	17
4 a 6 meses	15	7	3	5	15
7 a 12 meses	7	3	2	2	7
Más de 12 meses	3	1	2	1	4
<b>Total</b>	50	21	10	15	46

El índice CPO-D es un indicador ampliamente utilizado en odontología para medir la experiencia acumulada de caries dental en una población, considerando tres componentes principales:

- C (Caries): Número de dientes permanentes con caries activa, sin tratamiento.
- P (Perdidos): Dientes permanentes perdidos por caries, incluyendo extracciones indicadas.
- (Obturados): Dientes permanentes restaurados (obturados), con o sin caries histórica.

Este índice toma en cuenta la condición de 28 dientes permanentes (exceptuando las muelas del juicio) para cada individuo, reflejando la carga total de la enfermedad dental y la necesidad de tratamiento o rehabilitación.

**Tabla 20. Distribución de la población de estudio, según Índice CPO – D de acuerdo a tiempo de consumo de alcohol - PRADOS, julio - septiembre de 2025**

Tiempo de consumo de alcohol	N° Pacientes	Caries	Perdidos	Obturados	Total CPO
		C	P	O	
Menos de 5 años	5	3	1	1	5
6 a 10 años	15	7	3	5	15
11 a 15 años	20	8	4	6	18
Más de 15 años	10	3	2	3	8
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>46</b>

La relación entre el consumo de alcohol y la caries dental es un tema ampliamente estudiado. Evidencia científica muestra que el consumo crónico y en grandes cantidades de alcohol puede afectar la salud bucal, pero la relación directa con la formación de caries aún es debatida, ya que intervienen múltiples factores:

- El alcohol puede contribuir a la caries dental al reducir la producción de saliva, la cual protege los dientes, y al contener azúcares que favorecen la proliferación bacteriana.
- En este estudio, pacientes con mayor tiempo de consumo de alcohol (más de 10 años) presentan valores similares o ligeramente mayores en caries, pérdidas y obturaciones, lo que puede reflejar una mayor acumulación de daño odontológico.
- Sin embargo, estudios indican que los hábitos de vida asociados al consumo de alcohol (como mala higiene, alimentación deficiente y tabaquismo) también son determinantes importantes en la salud dental .
- Es crucial el abordaje integral en la prevención y educación para limitar estos factores de riesgo y promover la salud oral, independientemente del tiempo de consumo de alcohol.

El consumo prolongado de alcohol puede influir en la salud bucal, la caries dental depende de un conjunto complejo de factores que deben ser considerados para un manejo efectivo.

### 3.4. Resultados del componente analítico, con medidas de asociación

**Tabla 21. Asociación entre variables tiempo de consumo de alcohol y caries dental**

**PRADOS, julio - septiembre de 2025**

Tiempo de consumo de alcohol	CARIES DENTAL		Total
	Avanzada y graves	Moderados	
11 y más años	12	15	27
Manos de 10 años	4	19	23
<b>Total</b>	16	4	50

OR	X <sup>2</sup>	P-valor
<b>3,80</b> <b>IC95: 1,01 – 14,20</b>	<b>4,17</b>	<b>0,04</b>

Según el Odds Ratio, existe asociación entre el tiempo de consumo de alcohol y la caries dental avanzada, vale decir que aquellas personas que tienen un consumo de alcohol por 11 años o más, tienen un riesgo de desarrollar caries dental avanzada y grave de 3,80 veces mayor, con relación a aquellas personas que consumen menos de 10 años, cuyo intervalo de confianza nos indica que ese riesgo con un 95% de seguridad, se encuentra entre 1,01 a 14,20 veces de mayor riesgo.

Estos resultados tienen una alta significancia estadística ya que el P-valor de 0,04 es menor a 0,05 con un Chi Cuadrado de 4,17 que es mayor a 3,84.

**Tabla 22. Asociación entre variables tiempo de consumo de alcohol y dientes perdidos**

**PRADOS, julio - septiembre de 2025**

Tiempo de consumo de alcohol	DIENTES PERDIDOS		Total
	5 o más	Menor a 5	
11 y más años	14	13	27
Manos de 10 años	3	20	23
<b>Total</b>	17	33	50

OR	X <sup>2</sup>	P-valor
<b>7,18</b> IC95: 1,72 – 29,97	<b>8,34</b>	<b>0,0039</b>

Según el Odds Ratio, existe asociación entre el tiempo de consumo de alcohol y el número de dientes perdidos, vale decir que aquellas personas que tienen un consumo de alcohol por 11 años o más, tienen un riesgo de pérdida de más de 5 dientes de 7,18 veces mayor, con relación a aquellas personas que consumen menos de 10 años, cuyo intervalo de confianza nos indica que ese riesgo con un 95% de seguridad, se encuentra entre 1,72 a 29,97 veces de mayor riesgo.

Estos resultados tienen una alta significancia estadística ya que el P-valor de 0,0039 es menor a 0,05 con un Chi Cuadrado de 8,34 que es mayor a 3,84.

### **3.5. Discusión**

Los resultados obtenidos en esta investigación sobre el Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) en Sucre confirman la hipótesis planteada en torno al consumo prolongado de alcohol y su impacto negativo en la salud bucodental y general de los pacientes. Se evidencia que la mayoría de los internos ingresan con un estado de salud deteriorado no solo en lo físico y psicológico, sino también con

un alto grado de afectación bucodental, caracterizada por caries avanzadas, enfermedad periodontal, pérdida dental y presencia de lesiones orales relacionadas con el alcoholismo crónico.

El análisis cualitativo proveniente de las entrevistas con el responsable del programa y el personal de salud coincide con los datos cuantitativos obtenidos mediante encuestas y exámenes clínicos, lo que fortalece la validez interna del estudio. Los pacientes con mejores hábitos de higiene bucal tienden a presentar menos complicaciones, lo que pone de manifiesto la importancia de integrar la educación y promoción de la salud bucodental en el proceso de rehabilitación.

Las tablas de distribución sociodemográfica y clínica revelaron que los grupos de mayor riesgo son adultos jóvenes y hombres, quienes muestran mayor prevalencia y severidad de problemas bucodentales vinculados a un patrón crónico e intensivo de consumo alcohólico. La alta prevalencia de tabaquismo y consumo de otras sustancias asociadas agrava aún más la situación, lo que resalta la complejidad y multidimensionalidad del problema.

Los datos epidemiológicos reflejados en el índice CPO-D y las medidas de asociación estadística (odds ratio y valores de p significativos) sustentan la relación directa entre el tiempo de consumo de alcohol y la gravedad de las enfermedades dentales, evidenciando que el daño acumulado incrementa el riesgo de caries avanzada y pérdida dental. Esto pone en aliviar la necesidad de un abordaje integral orientado no solo a la rehabilitación del alcoholismo, sino a la atención especializada y preventiva de la salud bucodental.

Finalmente, la limitada cobertura odontológica en el programa, la falta de protocolos estandarizados y recursos insuficientes manifiestan una brecha importante en la atención. Los resultados sugieren que la implementación de brigadas odontológicas, capacitación para el autocuidado y educación continua en higiene oral son estrategias prioritarias para mejorar la calidad de vida y el éxito del proceso de rehabilitación.

Esta discusión evidencia que el consumo crónico de alcohol impacta negativamente en múltiples dimensiones de la salud, siendo la salud bucodental un componente clave para el bienestar integral de los pacientes. Se requiere reforzar políticas públicas y programas multidisciplinarios que consideren estas evidencias para optimizar la intervención en poblaciones con dependencia alcohólica.

Así, los hallazgos aportan conocimiento valioso para orientar la práctica clínica y el diseño de intervenciones efectivas en el contexto específico del Programa PRADOS y similares.

## **CAPÍTULO IV**

### **PROPUESTA**

#### **4.1. Fundamentos de la Propuesta (argumentación del aporte científico y contextual)**

La propuesta de “Proponer estrategias de intervención orientadas a mejorar la higiene bucal y reducir la prevalencia de enfermedades bucodentales en los internos del Programa PRADOS, a partir de los resultados obtenidos”, se sustenta en que la salud bucal ha sido declarada de interés nacional por el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, lo que obliga a desarrollar acciones específicas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en esta área.

En este marco, el Programa Nacional de Salud Oral establece políticas, normas y procedimientos para mejorar el estado de salud bucodental de la población, incluyendo grupos vulnerables y personas en situación de riesgo social, lo que incluye a personas con consumo problemático de alcohol y otras adicciones atendidas en centros de rehabilitación como PRADOS. (25)

Desde la perspectiva científica, la propuesta contribuye a generar evidencia aplicada sobre la relación entre el consumo prolongado de alcohol y la salud bucodental en un contexto de rehabilitación, cubriendo un vacío en la investigación local. Si bien existen estudios generales sobre los efectos del alcohol en la salud, son limitadas las investigaciones centradas en la población internada en programas de tratamiento de adicciones. La sistematización de la información mediante cuestionarios estructurados, exámenes clínicos estandarizados e entrevistas semi-estructuradas permitirá identificar patrones precisos en los hábitos de higiene oral, la prevalencia de patologías y los factores de riesgo asociados, aportando datos relevantes para futuras investigaciones en odontología preventiva y salud pública. (26)

Las estrategias que se proponen (educación en higiene oral, refuerzo del cepillado, control de placa, entrega de insumos, seguimiento odontológico periódico, entre otras) se enmarcan en los lineamientos del Manual de Normas en Salud Oral y del Programa Nacional de Salud Oral, que promueven intervenciones de promoción y

prevención basadas en evidencia para disminuir la incidencia de caries y enfermedad periodontal. De este modo, la propuesta no crea acciones aisladas, sino que operacionaliza, dentro del contexto específico del Programa PRADOS, las disposiciones nacionales orientadas a elevar el estado de salud bucal de la población, favoreciendo su incorporación en la planificación anual de actividades y en la programación operativa de los servicios odontológicos que brindan apoyo a dicho centro. (16) Además, la propuesta promueve un enfoque multidisciplinario, integrando la labor de profesionales de la salud, personal del programa y los propios internos, mediante actividades educativas, preventivas y de control clínico continuo. Esto permitirá establecer un modelo de intervención basado en evidencia científica, pertinente al contexto local y factible de implementar, asegurando mejoras sostenibles en la calidad de atención y en los resultados de rehabilitación de los pacientes.

Para que la propuesta pueda materializarse, es necesario que en el capítulo de marco normativo y en la fundamentación se identifiquen expresamente las normas que la respaldan, por ejemplo: la Resolución Ministerial que aprueba el Programa de Salud Oral y declara la salud bucal de interés nacional, y el Manual de Normas en Salud Oral del Ministerio de Salud. Asimismo, se recomienda señalar la articulación con la política y/o programa municipal o departamental de salud bucodental vigente, cuando exista, para facilitar la coordinación interinstitucional y el acceso a recursos (insumos odontológicos, personales, material educativo) necesarios para ejecutar las actividades en PRADOS.

#### **4.1.1. Justificación**

La presente propuesta se fundamenta en la necesidad de mejorar la atención integral en salud bucodental de los internos del Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de la ciudad de Sucre, considerando el impacto del consumo prolongado de alcohol sobre la higiene oral y la prevalencia de enfermedades bucodentales. En este sentido, la implementación de estrategias de intervención específicas y sistematizadas permitirá garantizar un proceso de mejoramiento continuo en la promoción de hábitos de higiene oral y la prevención de patologías bucales, contribuyendo a la recuperación integral de los pacientes.

La calidad de la atención en salud bucodental constituye un elemento esencial dentro de los programas de rehabilitación, ya que no solo incide en la función masticatoria y nutricional de los internos, sino también en su bienestar psicológico y social. El seguimiento de indicadores claros y medibles permitirá evaluar de manera objetiva la eficacia de las acciones implementadas, orientando decisiones basadas en evidencia y fomentando la mejora continua del programa. Por lo tanto, esta propuesta se considera pertinente, novedosa y socialmente relevante, al abordar una dimensión frecuentemente desatendida en los procesos de rehabilitación para alcohólicos, contribuyendo a fortalecer la salud oral, la calidad de vida y la reinserción social de los internos.

#### **4.2. Diseño de la Propuesta**

La propuesta se plantea como un programa educativo y de prevención en salud bucodental, dirigido a los internos del Programa de Rehabilitación para Alcohólicos (PRADOS) de la ciudad de Sucre. Su objetivo central es mejorar la higiene oral y reducir la prevalencia de enfermedades bucodentales en pacientes con consumo prolongado de alcohol, mediante sesiones educativas, clínicas y preventivas, apoyadas en técnicas interactivas y evaluaciones continuas.

El diseño contempla objetivos claros, planificación de actividades, técnicas de intervención, recursos necesarios y mecanismos de evaluación, con el fin de garantizar la aplicabilidad y efectividad del programa en el contexto específico de rehabilitación.

#### **4.2.1. Objetivo general de la Propuesta**

Mejorar la higiene oral y disminuir la prevalencia de enfermedades bucodentales en los internos del PRADOS mediante un programa educativo y preventivo adaptado a sus necesidades.

#### **4.2.2. Objetivos específicos**

- Sensibilizar a los internos sobre la relación entre consumo de alcohol y salud bucodental.
- Capacitar a los participantes en técnicas de higiene oral adecuadas.
- Detectar de manera temprana la presencia de enfermedades bucodentales y promover su tratamiento oportuno.
- Fomentar hábitos saludables que reduzcan los riesgos de patologías orales.

A continuación, se detalla la metodología educativa y las sesiones de prevención, con énfasis en su articulación con los objetivos de la maestría:

#### **SESIÓN 1: Fundamentos de los efectos del consumo prolongado de alcohol en la higiene oral y la prevalencia de enfermedades bucodentales**

##### **Objetivos específicos alineados:**

Definir los mecanismos fisiopatológicos del consumo prolongado de alcohol en la higiene oral, incluyendo alteraciones salivales y mayor susceptibilidad a patógenos bucales.

Describir la prevalencia de enfermedades bucodentales (caries, periodontitis y lesiones orales) en poblaciones con alcoholismo, incorporando datos epidemiológicos locales de Bolivia (por ejemplo, tasas del 70-80% de periodontitis en alcohólicos crónicos, según estudios del Ministerio de Salud boliviano) y globales.

**Técnicas y métodos:** Esta sesión inicial emplea métodos educativos directos (exposición estructurada con slides interactivos) e indirectos (rondas participativas),

en formatos grupales para fomentar la cohesión grupal e individuales para la autoexpresión confidencial. Se inicia con una presentación formal del proyecto de intervención, contextualizada en el marco de rehabilitación del PRADOS y los objetivos de la maestría, seguida de una ronda de presentaciones: cada interno proporciona su nombre, duración en el programa y una reflexión voluntaria sobre experiencias bucodentales relacionadas con el alcohol (por ejemplo, sequedad bucal o dolor dental), moderada por el facilitador para evitar vulnerabilidad emocional.

Las actividades secuenciales incluyen:

1. Exposición teórica de 30 minutos sobre los efectos biológicos del alcohol (reducción de flujo salival, erosión del esmalte por bebidas alcohólicas ácidas y inmunosupresión local), respaldada por evidencia visual (imágenes anatómicas y gráficos de prevalencia adaptados a datos bolivianos del SEDES-Chuquisaca).
2. Distribución y revisión guiada de un folleto bilingüe (español-aimara/quechua, considerando la diversidad lingüística de Sucre) con infografías simples sobre impactos en la higiene oral.
3. Evaluación interactiva mediante un Kahoot de 10 preguntas múltiples, respondido individualmente vía smartphones (proporcionados si es necesario, dada la posible precariedad socioeconómica de los internos) y discutido en grupo para reforzar el aprendizaje.

**Agrupación:** Subgrupo de 50 internos del PRADOS (seleccionados por rotación aleatoria para equidad) más dos profesionales (odontólogo y educador).

**Tiempo de duración:** 90 minutos, distribuidos en: 20 minutos para presentaciones iniciales, 30 minutos para exposición teórica, 25 minutos para revisión del folleto y 15 minutos para Kahoot y retroalimentación grupal.

**Recursos:**

- Personas: 50 internos participantes, dos responsables del PRADOS y personal de salud.
- Lugar de ejecución: Sala de reuniones equipada en el centro PRADOS de Sucre, accesible y climatizada para comodidad en el clima andino.
- Materiales: Mesas y sillas dispuestas en semicírculo, ordenador portátil con proyector, 20 folletos impresos en papel reciclado (económico y sostenible), bolígrafos, y acceso a Wi-Fi para Kahoot (con versión offline alternativa).

**SESIÓN 2: Identificación de factores de riesgo bucodentales asociados al consumo prolongado de alcohol****Objetivos específicos alineados:**

Identificar factores de riesgo clave (mala higiene, dieta desbalanceada por alcoholismo y comorbilidades como tabaquismo) que influyen en la salud bucodental.

Evaluar la calidad y frecuencia de prácticas de higiene oral, contrastando con estándares normativos (cepillado  $\geq 2$  veces/día, uso de hilo dental). • Destacar la relevancia de controles odontológicos regulares en el contexto de rehabilitación, integrando derivaciones al sistema público de salud boliviano.

**Técnicas y métodos:** Combinando métodos indirectos (tormenta de ideas para activar conocimientos previos) y directos (presentación analítica), la sesión equilibra dinámicas grupales para el intercambio culturalmente sensible (considerando costumbres locales en Sucre) e individuales para evaluaciones personales.

Se abre con una tormenta de ideas de 15 minutos: los participantes anotan en fichas individuales respuestas a "¿Cuáles factores de riesgo bucodentales cree que el alcohol ha agravado en su vida?", compartidas en plenaria para co-construir un mapa conceptual colectivo, validando percepciones locales.

Secuencialmente:

1. Presentación de 25 minutos sobre factores de riesgo, con énfasis en parámetros cuantitativos (índice de placa bacteriana >20% como anormal) y cualitativos (impacto psicosocial del alcoholismo en el autocuidado), ilustrada con casos anónimos de PRADOS.
2. Entrega de un folleto complementario con checklists de higiene adaptados a rutinas de rehabilitación (por ejemplo, cepillado post-terapia grupal).
3. Autoevaluación individual mediante una ficha estandarizada (basada en el Índice de Higiene Oral de Greene-Vermillion, adaptado) y un cuestionario pre-post de 15 ítems para medir ganancias en conocimiento, analizado estadísticamente en la maestría (prueba t de Student para diferencias).

**Agrupación:** Subgrupo rotativo de 20 internos más dos profesionales.

**Tiempo de duración:** 90 minutos, distribuidos en: 25 minutos para tormenta de ideas y mapeo, 40 minutos para presentación y folleto, y 25 minutos para autoevaluación, corrección y discusión de resultados.

**Recursos:**

- Personas: 50 internos participantes, dos responsables del PRADOS y personal de salud.
- Lugar de ejecución: Sala de reuniones en el centro PRADOS de Sucre.
- Materiales: Mesas y sillas en configuración flexible, ordenador con proyector, 20 folletos y fichas impresas, 20 cuestionarios con escalas Likert, papel, bolígrafos y calculadoras simples para auto-puntuación.

### **SESIÓN 3: Estrategias preventivas para la higiene oral en el marco de la rehabilitación por alcoholismo**

#### **Objetivos específicos alineados:**

- Describir métodos preventivos específicos (técnicas de higiene, nutrición y monitoreo) para contrarrestar riesgos bucodentales.
- Fomentar la adopción de estilos de vida saludables, integrando el abandono del alcohol con rutinas orales sostenibles.
- Formular estrategias de intervención personalizadas, derivadas de hallazgos preliminares de la investigación, para reducir prevalencia en el PRADOS.

**Técnicas y métodos:** Con un giro hacia lo práctico, esta sesión culminante prioriza métodos indirectos (dinámicas reflexivas) y directos (demostraciones hands-on), en grupal para modelado social e individual para planes personalizados. Inicia con una dinámica de 20 minutos: pregunta abierta "¿Qué prácticas preventivas bucodentales ha intentado durante su rehabilitación y qué barreras ha enfrentado?", con respuestas compartidas en círculo para identificar patrones culturales (por ejemplo, mitos locales sobre remedios tradicionales en Chuquisaca).

Progresivamente:

1. Cuestionario de autoevaluación de 15 minutos (24 ítems Sí/No sobre hábitos, como "¿Evita bebidas azucaradas post-alcohol?"), procesado en grupo para generar perfiles colectivos.
2. Presentación interactiva de 25 minutos sobre intervenciones clave (técnica de cepillado Bass, enjuagues sin alcohol y visitas semestrales al SEDES), con énfasis en integración con terapia anti-adicción.
3. Taller práctico de 25 minutos: demostración guiada de higiene oral con retroalimentación individual, culminando en la co-creación de planes de acción semanales (por ejemplo, "Cepillado diario + registro en diario de rehabilitación").

**Agrupación:** Subgrupo final de 20 internos más dos profesionales.

**Tiempo de duración:** 90 minutos, distribuidos en: 30 minutos para dinámica y cuestionario, 20 minutos para presentación y 40 minutos para taller y planes de acción.

**Recursos:**

- Personas: 50 internos participantes, dos responsables del PRADOS y personal de salud.
- Lugar de ejecución: Sala de reuniones en el centro PRADOS de Sucre, con espacio para demostraciones.
- Materiales: Mesas y sillas, ordenador con proyector, 20 cuestionarios, bolígrafos, kits demostrativos (cepillos, pasta dental fluorada sin alcohol, hilo dental y modelos dentales anatómicos).

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos Principales Alineados</b>	<b>Duración (min)</b>	<b>Técnicas Clave</b>	<b>Recursos Específicos</b>
<b>1: Efectos del alcohol</b>	Definir mecanismos y prevalencia (Objetivos Específicos 2 y 3)	90	Exposición + Kahoot	Folletos bilingües, proyector
<b>2: Factores de riesgo</b>	Identificar riesgos y evaluar higiene (Objetivos Específicos 1 y 4)	90	Tormenta de ideas + Autoevaluación	Fichas y cuestionarios estandarizados
<b>3: Prevención</b>	Métodos y estrategias (Objetivo Específico 5)	90	Dinámica + Taller práctico	Kits de higiene, modelos dentales

La implementación de las estrategias de intervención en higiene bucal en los internos del Programa PRADOS requiere una dotación clara y suficiente de recursos económicos que garanticen la sostenibilidad de las actividades educativas, preventivas y asistenciales propuestas. En el marco de la presupuestaria normativa boliviana, los recursos destinados a programas de salud y rehabilitación provienen principalmente del Tesoro General de la Nación, gobiernos subnacionales y posibles aportes de cooperación o donaciones, lo que exige una planificación coherente con las directrices de formulación presupuestaria vigentes.

Desde esta perspectiva, se identifican como fuentes de financiamiento: a) recursos ordinarios asignados al sector salud y programas de rehabilitación, b) transferencias específicas para programas de salud bucodental o de promoción de la salud, y c) aportes propios o de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a PRADOS. Cada fuente debe estar claramente registrada en el presupuesto institucional, especificando los montos destinados al componente de salud bucal para asegurar que las actividades propuestas no compitan de manera desordenada con otros rubros del programa.

Para la planificación de la intervención se propone desglosar el presupuesto disponible en categorías operativas: 1) recursos humanos (honorarios o ítems de odontólogo, higienista dental, educador en salud), 2) insumos odontológicos (cepillos, pastas, hilo dental, enjuagues, material descartable), 3) material educativo (impresos, audiovisuales, maquetas), 4) logística y transporte (traslado de personal e internos a servicios odontológicos de referencia) y 5) monitoreo y evaluación (instrumentos, procesamiento de datos, informes). Cada categoría debe contar con un monto asignado y un cronograma de ejecución que permita comparar necesidades versus disponibilidad financiera.

Este análisis implica elaborar una matriz en la que se consigna, para cada actividad concreta (talleres educativos, sesiones de cepillado supervisado, controles odontológicos periódicos, campañas de fluorización, etc.), los costos unitarios y totales, vinculándolos con las fuentes de financiamiento identificadas. De esta manera se aclara si el presupuesto institucional actual es suficiente para cubrir la

totalidad de las estrategias propuestas o si se requieren gestiones adicionales, como la reorientación de partidas, la firma de convenios interinstitucionales o la búsqueda de donaciones específicas para salud bucal.

## **CONCLUSIONES**

- Se concluye que los pacientes internados en el Programa PRADOS presentan deficiencias significativas en la calidad y frecuencia de su higiene oral. Estas prácticas inadecuadas favorecen la acumulación de placa dental y aumentan la susceptibilidad a enfermedades bucodentales, evidenciando la necesidad de reforzar la educación en hábitos de higiene dental dentro del programa de rehabilitación.
- Se determinó que existe una alta prevalencia de enfermedades bucodentales, incluyendo caries, enfermedad periodontal y lesiones orales, entre los internos del programa. Esto confirma que la población estudiada está en riesgo elevado de complicaciones orales, las cuales pueden afectar su salud general y calidad de vida.
- Se establece que el consumo prolongado de alcohol tiene un efecto negativo directo sobre la higiene oral, favoreciendo la aparición y progresión de enfermedades bucodentales. La relación identificada entre la ingesta de alcohol y la presencia de patologías orales evidencia la importancia de abordar ambos aspectos de manera integral en los programas de rehabilitación.
- Se ha determinado con una alta significancia estadística que aquellas personas que tienen un consumo de alcohol por 11 años o más, tienen un riesgo de desarrollar caries dental avanzada y grave de 3,80 veces mayor, con relación a aquellas personas que consumen menos de 10 años, cuyo intervalo de confianza nos indica que ese riesgo con un 95% de seguridad, se encuentra entre 1,01 a 14,20 veces de mayor riesgo.
- También se ha determinado con una alta significancia estadística, que aquellas personas que tienen un consumo de alcohol por 11 años o más, tienen un riesgo de pérdida de más de 5 dientes de 7,18 veces mayor,

con relación a aquellas personas que consumen menos de 10 años, cuyo intervalo de confianza nos indica que ese riesgo con un 95% de seguridad, se encuentra entre 1,72 a 29,97 veces de mayor riesgo.

- Se concluye que la implementación de estrategias de intervención orientadas a la educación en higiene oral, la detección temprana de enfermedades y la promoción de hábitos saludables puede mejorar significativamente la salud bucodental de los internos del PRADOS. La adopción de estas medidas permitirá reducir la prevalencia de patologías orales y contribuir al bienestar integral de los pacientes en rehabilitación.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el Programa PRADOS incorpore talleres y sesiones educativas periódicas sobre técnicas de higiene oral, uso adecuado del cepillo y seda dental, y hábitos alimenticios saludables, con el fin de fortalecer la prevención de enfermedades bucodentales entre los pacientes internados.
- Es recomendable establecer un seguimiento continuo del patrón de consumo de alcohol de los pacientes, identificando factores de riesgo y diseñando estrategias de reducción del consumo para minimizar su impacto negativo en la salud bucodental y general.
- Se sugiere la inclusión de consultas odontológicas periódicas dentro del programa de rehabilitación, para la detección temprana y tratamiento de caries, enfermedad periodontal y otras patologías orales, garantizando una atención integral de los pacientes.
- Se recomienda capacitar al personal del PRADOS sobre la relación entre alcohol y salud bucodental, así como en la aplicación de medidas preventivas y en la orientación a los pacientes para mantener hábitos saludables, favoreciendo la efectividad de las estrategias de rehabilitación.
- Es aconsejable diseñar folletos, cartillas o guías educativas sobre higiene oral y prevención de enfermedades bucodentales, adaptadas a la población internada, que sirvan como herramientas complementarias para reforzar el aprendizaje durante el proceso de rehabilitación.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2025. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Mora MJLA. Consumo de alcohol y su influencia en la salud bucal en alcohólicos crónicos del Centro de Rehabilitación Alcohólicos Anónimos del Cercado – Arequipa, 2023. In Tesis, Universidad Católica de Santa María. Arequipa; 2024.
3. Opinión Diario de Circular Nacional. [Online].; 2024. Available from: <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/consumo-alcohol-bolivia-es-mas-bajos-region-estadisticas/20240603202833946903.html>
4. Cordova PK. El País. [Online].; 2025 [cited 2025 07 15. Available from: [https://elpais.bo/opinion/20250104\\_el-consumo-de-alcohol-en-bolivia-y-la-salud.html](https://elpais.bo/opinion/20250104_el-consumo-de-alcohol-en-bolivia-y-la-salud.html)
5. Arce Y. The Dental Distric. [Online].; 2025 [cited 2025 08 10. Available from: <https://thedentaldistrict.com/es/blog-es/como-el-alcohol-afecta-la-microbiota-oral/>.
6. Trujillo HM. Repositorio Universidad de Huánaco. [Online].; 2020 [cited 2025 07 20. Available from: [https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2188/T047\\_47207029\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2188/T047_47207029_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
7. Figuero RE, Cerero LR. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. Medicina y Patología Oral. 2024
8. Centro de Rehabilitación Prados - Sucre, con proyectos de terapia ocupacional y reinserción social. Manos en Acción. 2024
9. Friedlander AH. Research Gate. [Online].; 2020. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/257964653\\_La\\_atencion\\_odontologica\\_del\\_paciente\\_con\\_alcoholismo](https://www.researchgate.net/publication/257964653_La_atencion_odontologica_del_paciente_con_alcoholismo).
10. Documento adicional sobre metodologías mixtas en investigación sobre adicciones en Bolivia 2025. Escrito. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/846062466/Drogadiccion-en-Bolivia>.

11. F. MP, Tarli C. Dental health in patients affected by alcohol. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2021
12. Sossai LL, Guilherme da Rocha SL. Las Condiciones Dentales y Periodontales en Alcohólicos. *Int. J. Odontostomat*. 2022; XVI(2).
13. Aquino PAS. Efecto del consumo de alcohol sobre la caries dental en pacientes de 20 a 50 años que asisten al servicio de odontología del centro de Salud generalismo San Martín, distrito de Mariano Melgar. In Tesis Universidad Alas Peruanas.; 2020
14. El País. [Online].; 2024. Available from: [https://elpais.bo/tarija/20240409\\_tarija-lidera-consumo-de-alcohol-en-bolivia-segun-un-estudio.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://elpais.bo/tarija/20240409_tarija-lidera-consumo-de-alcohol-en-bolivia-segun-un-estudio.html?utm_source=chatgpt.com).
15. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization (WHO). [Online].; 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
16. Morrill JS. Libre Texts Health. [Online].; 2021. Available from: [https://med.libretexts.org/Bookshelves/Nutrition/Realities\\_of\\_Nutrition\\_\(Morrill\)/03%3A\\_Carbohydrates\\_and\\_the\\_\\_Foundations\\_of\\_Food/04%3A\\_The\\_Trapping\\_of\\_the\\_Sun/4.07%3A\\_Alcohol](https://med.libretexts.org/Bookshelves/Nutrition/Realities_of_Nutrition_(Morrill)/03%3A_Carbohydrates_and_the__Foundations_of_Food/04%3A_The_Trapping_of_the_Sun/4.07%3A_Alcohol).
17. Organización Mundial de la Salud. [Plan Estratégico Institucional 2021-2025]. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://extranet.who.int/plan-estrategico-2021-2025>
18. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2025. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
19. Yataco Barreda, DG et al. "Asociación de la enfermedad periodontal con factores de riesgo en adolescentes." *SciELO Perú*, 2021.
20. Yataco Barreda DG, et al. Asociación de la enfermedad periodontal con factores de riesgo en adolescentes de 15 años en una institución educativa. *SciELO Perú*. 30 de junio de 2021;29(1):34-45. Disponible en: <https://scielo.org.pe> [consultado 12 nov 2025].

21. Hernández Sampieri R, Mendoza CP, Baptista PL. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7ª ed. México: McGraw Hill; 2025.
22. Miller WR, Carroll KM. Rethinking substance use treatment: Research and practice integration. Journal of Substance Abuse Treatment. 2021
23. Álvarez LR, Jiménez RP, Salgado GD. Impacto del alcoholismo crónico en la salud oral: revisión narrativa. Revista Iberoamericana de Odontología. 2022
24. Gandhi U, Amit B. Alcohol y enfermedad periodontal: una revisión narrativa. National Library of Medicine. 2024
25. Organización Mundial de la Salud. World health organization (WHO). [Online].; 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
26. Sánchez J, Torres P, Ramírez D. Efectos del alcohol sobre la salud oral en adultos. Revista Latinoamericana de Odontolog. 2020;(1).
27. García M, López R. Intervenciones en salud bucodental en contextos de vulnerabilidad: revisión reciente de estrategias y resultados. Revista de Salud Pública. 2024;26(3):215-230. Disponible en: <https://ve.scielo.org/articulo/politicas-publicas-en-salud-bucodental-en-america-latina-2026>

**ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### **Consentimiento Informado para Participación en Estudio sobre Consumo de Alcohol, Higiene Oral y Enfermedades Bucodentales**

**Investigador responsable:**

**Institución:**

**Introducción:**

Se invita a usted a participar voluntariamente en un estudio cuyo objetivo es analizar la relación entre el consumo de alcohol, la higiene oral y la prevalencia de enfermedades bucodentales en personas internas en el programa de rehabilitación para alcohólicos. Su participación contribuirá a mejorar el conocimiento sobre la salud bucal en esta población y el diseño de estrategias preventivas.

**Procedimiento:**

Si decide participar, se le realizará una evaluación clínica bucal que incluya la revisión de su higiene bucal y la presencia de enfermedades bucodentales, además se recopilarán datos sobre su historial de consumo de alcohol mediante entrevista estructurada. La información será tratada de manera confidencial.

**Riesgos y beneficios:**

No se anticipan riesgos mayores derivados de su participación, salvo la incomodidad propia de los procedimientos clínicos bucales. No recibirá un beneficio directo por participar, pero sus aportes podrán ayudar a mejorar la atención en salud bucal de personas en programas similares.

**Confidencialidad:**

Todos los datos recopilados serán guardados bajo estricta confidencialidad y usados únicamente con fines científicos. Ningún dato personal será divulgado.

**Voluntariedad y retiro:**

Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento sin afectar su atención ni tratamiento en el programa de rehabilitación.

**Consentimiento:**

He leído la información anterior, comprendí el propósito del estudio, mis derechos y riesgos, y acepto participar voluntariamente.

Nombre completo del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: // \_\_\_\_

**ANEXO N° 2**  
**CARTA DIRIGIDA A LA DIRECTORA DE (PRADOS) PARA LA**  
**INVESTIGACIÓN**



RECIBIDA  
SEP 2025

Sucre, 22 de agosto del 2025

A: Sra. Maria Nazareth  
DIRECTORA DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE ALCOHOLICOS  
"PRADOS"

Ref. SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR INVESTIGACION EN EL  
PROGRAMA DE REHABILITACION DE ALCOHOLICOS "PRADOS"

De mi mayor consideración:

Mediante la presente reciba un cordial saludo y deseo de éxitos en las funciones que viene desempeñando en bien de la población y manifestarle lo siguiente.

Yo, **Jhonny Gorena Medrano** de profesión odontólogo con C.I. N° 5653944 expedido en Chuquisaca como cursante del programa de **Maestría En Salud Publica versión IV del Centro de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca**, me encuentro en proceso de elaboración del proyecto de tesis, titulada: **CONSUMO DE ALCOHOL SOBRE LA HIGIENE ORAL Y LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PERSONAS INTERNADAS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA ALCOHOLICOS (PRADOS) DE LA CIUDAD DE SUCRE EN EL TERCER TRIMESTRE GESTION DE 2025**, por tal motivo solicito a su autoridad el permiso para la aplicación del instrumento de investigación en su respectiva institución.

Seguro de contar con su gentil apoyo posible me despido de su autoridad con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente:

  
JHONNY GORENA MEDRANO  
ODONTOLOGO

## **ANEXO N° 3**

### **Entrevista**

#### **Al Responsables del programa y personal de salud**

**1. ¿Cómo describiría el perfil de los pacientes que ingresan al programa de rehabilitación en cuanto a su estado general de salud?**

Responsable del Programa de Rehabilitación (PRADOS)

Personal de Salud

**2. ¿Qué importancia considera que tiene la salud bucodental dentro del proceso de rehabilitación de personas con consumo problemático de alcohol?**

Responsable del Programa de Rehabilitación (PRADOS)

Personal de Salud

**3. Según su experiencia, ¿qué enfermedades bucodentales son más frecuentes en los pacientes con antecedentes de consumo crónico de alcohol?**

Responsable del Programa de Rehabilitación (PRADOS)

Personal de Salud

**4. ¿Qué relación han identificado entre los hábitos de higiene oral y la evolución clínica de los pacientes en rehabilitación?**

Responsable del Programa de Rehabilitación (PRADOS)

Personal de Salud

**5. ¿El programa cuenta con protocolos específicos para la evaluación y el tratamiento de la salud bucodental de los internos?**

Responsable del Programa de Rehabilitación (PRADOS)

Personal de Salud

**6. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan para brindar atención odontológica a esta población?**

Responsable del Programa de Rehabilitación (PRADOS)

Personal de Salud

**7. ¿Qué estrategias o medidas implementan actualmente para promover la higiene oral y prevenir enfermedades bucodentales en los pacientes?**

Responsable del Programa de Rehabilitación (PRADOS)

Personal de Salud

**8. ¿Qué acciones considera necesarias para mejorar la atención integral en salud bucodental dentro del programa de rehabilitación?**

Responsable del Programa de Rehabilitación (PRADOS)

Personal de Salud

## ANEXO N° 4

### Encuesta dirigida a pacientes

Consumo de alcohol, higiene oral y prevalencia de enfermedades bucodentales en personas internadas en programa de rehabilitación para alcohólicos.

#### Sección 1: Datos demográficos

##### Edad

- 18 – 25 años
- 26 – 35 años
- 36 – 45 años
- 46 – 55 años
- 56 años o más

##### Sexo:

- Masculino
- Femenino

##### Tiempo en programa de rehabilitación

- Menos de 1 mes
- 1 – 3 meses
- 4 – 6 meses
- 7 – 12 meses
- Más de 12 meses

#### Sección 2: Consumo de alcohol

##### 1. ¿Desde hace cuántos años consume alcohol de manera regular?

- Menos de 5 años
- 5 – 10 años
- 11 – 15 años
- Más de 15 años

**2. ¿Antes de ingresar al programa, con qué frecuencia consumía alcohol?**

- Diario
- 3 – 5 veces por semana
- 1 – 2 veces por semana
- Ocasionalmente

**3. ¿ Presenta otros hábitos de riesgo asociados al consumo de alcohol?**

- Tabaquismo
- Consumo de otras sustancias
- Ambos
- Ninguno

### **Sección 3: Higiene oral y salud bucodental**

**4. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes al día?**

- 3 veces al día o más
- 2 veces al día
- 1 vez al día
- Casi nunca

**5. ¿Utiliza algún otro método de higiene oral (hilo dental, enjuague bucal)?**

- Nunca
- A veces
- Siempre

**6. Antes de ingresar al programa, ¿cómo calificaría sus hábitos de higiene oral?**

- Muy buenos
- Buenos
- Regulares
- Deficientes

#### **Sección 4: Salud bucodental**

**7. ¿Qué problemas bucodentales ha presentado con mayor frecuencia?**

- Picaduras en los dientes (caries)
- Encías inflamadas o que sangran
- Dientes flojos o perdidos
- Llagas o heridas en la boca
- Ninguno

**11. ¿Ha recibido atención odontológica en los últimos 12 meses?**

- Sí, de manera regular
- Sí, solo en emergencias
- No he recibido atención

**12. ¿Considera que el consumo de alcohol influyó en el deterioro de su salud bucal?**

- Sí, mucho
- Sí, de forma moderada
- Poco
- Nada

#### **Sección 5: Percepciones y necesidades**

**13. ¿Cree usted que el consumo de alcohol afecta la salud de su boca?**

- Sí
- No
- No sé

**14. ¿Ha recibido información o tratamiento para mejorar su salud bucal en el programa de rehabilitación?**

- Sí
- No

**15. ¿Qué considera necesario para mejorar la atención odontológica dentro del programa?**

- Mayor disponibilidad de especialistas en odontología
- Charlas y talleres de higiene oral
- Acceso a insumos (cepillos, pasta, enjuague)
- Campañas periódicas de prevención y control

## ANEXO N° 5

### Principales problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol

Enfermedades infecciones	Infección por VIH infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, neumonía
Cáncer	Cavidad oral, faringe, esófago, colon y recto, hígado, laringe, mama
Enfermedades	Diabetes Millitus tipo 2
Trastornos mentales	Trastorno por uso de alcohol (abuso, uso nocivo, dependencia), intoxicación aguda, psicosis (depresión)
Enfermedades neurológicas	Convulsiones, neuropatías
Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión, arritmias, cardiomiopía, ictus hemorrágico
Enfermedades gastrointestinales	Cirrosis, pancreatitis, gastritis
Trastornos maternos y perinatales	Síndrome alcohólico fetal, prematuridad, bajo peso al nacer, embarazo no deseado
Lesiones no intencionadas	Accidentes de tráfico, laborales, domésticos, caídas, golpes, quemaduras, etc.
Lesiones intencionadas	Lesiones autoinflingidas (suicidio), agresiones violentas

Puntuación	Criterio
0	Ausencia de detritos o mancha extrínseca
1	Presencia de detritos cubriendo no mas de 1/3 de la superficie del diente o ausencia de detritos, mas presencia de mancha extrínseca
2	Presencia de detritos cubriendo mas de 1/3 pero no mas de 2/3 de la superficie examinada
3	Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada

Puntuación	Criterio
0	Ausencia de calculo
1	Presencia de calculo supragingival cubriendo no mas de 1/3 de la superficie examinada

2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o bien una banda continua de cálculo subgingival alrededor de la región cervical del diente.

<b>Cuantificación de la OMS para el índice COPD</b>	
0.0 – 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto

<b>0 - 7 Puntos: Riesgo bajo</b>
<b>8 - 15 Puntos: Riesgo medio</b>
<b>16 - 19 Puntos: Riesgo alto</b>
<b>20 - 40 Puntos: Probable adicción</b>

Un puntaje de 8 o más en sujetos del sexo masculino (de 7 en sujetos del sexo femenino) indica una fuerte probabilidad de daños debido al consumo de alcohol.

Un puntaje de 20 o más sugiere una dependencia del alcohol, si bien algunos autores mencionan un puntaje de más de 13 en el caso de las mujeres y de 15 en los hombres como indicativos de una probable dependencia al alcohol.

### **Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)**

<b>Excelente</b>	<b>0.0</b>
<b>Buena</b>	<b>0.1 – 1.2</b>
<b>Regular</b>	<b>1.3 – 3.0</b>
<b>Mala</b>	<b>3.1 – 6.0</b>



## ANEXO N° 7

### Matriz de Sistematización

**ENUNCIADO:** Consumo de alcohol y su influencia en la salud bucal en alcohólicos crónicos del centro de rehabilitación alcohólicos anónimos PRADOS

UE	CONSUMO DE ALCOHOL RIESGO		I - HOS		I - PR		I - CPOD	
	Puntaje	Calificación	Puntaje	Calificación	Puntaje	Calificación	Puntaje	Calificación
	1	18.5	A	1.5	R	6	P	4.2
2	16.7	A	2.8	R	6	P	3.7	M
3	19.0	A	3.0	R	6	P	4.0	M
4	16.2	A	2.2	R	6	P	3.2	M
5	18.7	A	5.0	M	6	P	4.0	M
6	16.1	A	4.3	M	6	P	4.1	M
7	18.4	A	3.8	M	6	P	4.5	A
8	20.5	PA	4.1	M	6	P	4.7	A
9	25.8	PA	5.2	M	6	P	5.0	A
10	28.2	PA	3.7	M	6	P	3.2	M
11	30.7	PA	4.4	M	6	P	4.8	A
12	35.2	PA	5.2	M	6	P	5.0	A
13	37.7	PA	5.5	M	6	DA	5.2	A
14	38.0	PA	6.0	M	2	DA	6.0	A
15	35.1	PA	5.2	M	2	DA	4.8	A
16	37.2	PA	4.2	M	1	DA	5.2	A
17	30.4	PA	6.0	M	2	DA	5.5	A
18	32.8	PA	4.1	M	2	DA	6.0	A
19	38.0	PA	5.2	M	1	DA	4.7	A
20	37.1	PA	4.8	M	6	DA	6.0	A
21	35.2	PA	3.7	M	6	DA	5.2	A
22	37.0	PA	5.1	M	6	DA	6.2	A
23	38.2	PA	2.8	R	6	DA	6.1	A
24	31.0	PA	6.0	M	2	DA	5.2	A
25	34.0	PA	3.0	R	2	DA	3.5	M
26	37.3	PA	4.0	M	2	DA	4.8	A
27	35.2	PA	3.8	M	1	DA	3.1	M
28	32.1	PA	5.0	M	2	DA	5.0	A
29	34.4	PA	6.0	M	2	DA	6.1	A
30	16.8	A	1.8	R	6	P	5.2	A
31	18.4	A	2.5	R	8	DA	3.0	M
32	16.7	A	3.0	R	8	DA	5.0	A
33	18.3	A	2.8	R	8	DA	4.7	A
34	19.0	A	3.5	M	8	DA	5.2	A
35	18.2	A	3.8	M	2	DA	4.8	A
36	16.8	A	2.8	R	2	DA	5.1	A

LEYENDA:

- A = Alto
- PA = Probable adicción
- R = Regular
- M = Malo
- P = Periodontitis
- DA = Destrucción avanzada
- M = Moderado

## Cálculo del $\chi^2$

### RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL E ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

RIESGO	R	M	TOTAL	COMBINAC.	O	E	O - E	(O - E) <sup>2</sup>	$\chi^2 = \frac{\Sigma(O - E)^2}{E}$
Alto	9	5	14	A - R	9	4.28	4.72	22.29	5.21
P.A.	2	20	22	A - M	5	9.72	4.72	22.29	2.29
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	PA - R	2	6.72	4.72	22.29	3.32
				PA - M	20	15.28	4.72	22.29	1.46
				<b>TOTAL</b>	<b>36</b>				<b><math>\chi^2=12.28</math></b>

-  $GL = (c-1)(f-1) = (2-1)(2-1) = 1 \times 1 = 1$

-  $NS = 0.05$

-  $VC = 3.84$

### RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL – ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSELL

RIESGO	R	M	TOTAL	COMBINAC.	O	E	O - E	(O - E) <sup>2</sup>	$\chi^2 = \frac{\Sigma(O - E)^2}{E}$
Alto	8	6	14	A - P	8	5.06	2.94	8.66	1.71
P.A.	5	17	22	A - DA	6	8.94	2.94	8.66	0.97
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>36</b>	PA - P	5	7.94	2.94	8.66	1.09
				PA - DA	17	14.06	2.94	8.66	0.07
				<b>TOTAL</b>	<b>36</b>				<b><math>\chi^2=3.74</math></b>

$GL = 1$  ;  $NS = 0.05$  ;  $VC = 3.84$

### RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL – ÍNDICE CPOD

RIESGO	R	M	TOTAL	COMBINAC.	O	E	O - E	(O - E) <sup>2</sup>	$\chi^2 = \frac{\Sigma(O - E)^2}{E}$
Alto	7	7	14	A - M	7	3.89	3.11	9.68	2.49
P.A.	3	19	22	A - A	7	10.11	3.11	9.68	0.96
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	PA - M	3	6.11	3.11	9.68	1.58
				PA - A	19	15.89	3.11	9.68	0.61
				<b>TOTAL</b>	<b>36</b>				<b><math>\chi^2=5.64</math></b>

$GL = 1$  ;  $NS = 0.05$  ;  $VC = 3.84$

## ANEXO N° 8

### FOTOS DE LA INVESTIGACIÓN





## Anexo N° 9

### Medidas de asociación

#### 1. Asociación entre caries dental y tiempo de consumo de alcohol

Tipo de estudio : Transversal

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	12	15	27
No expuestos	4	19	23
Total	16	34	50

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,444444	-	-
En no expuestos	0,173913	-	-
Razón de prevalencias (Katz)	2,555556	0,953877	6,846650

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,750000	-	-
En no enfermos	0,441176	-	-
Razón de prevalencias (Katz)	1,700000	1,059977	2,726473

OR	IC (95,0%)		
<b>3,800000</b>	<b>1,016513</b>	<b>14,205422</b>	(Woolf)
	1,053488	13,485986	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	<b>4,1773</b>	<b>0,0410</b>
Corrección de Yates	3,0266	0,0819

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0396
Bilateral	0,0673

## 2. Asociación entre número de dientes perdidos y tiempo de consumo de alcohol

Tipo de estudio : Transversal  
 Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	14	13	27
No expuestos	3	20	23
Total	17	33	50

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
-			
En expuestos	0,518519	-	-
En no expuestos	0,130435	-	-
Razón de prevalencias 12,135778 (Katz)	3,975309	1,302189	

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
-			
En enfermos	0,823529	-	-
En no enfermos	0,393939	-	-
Razón de prevalencias 3,368215 (Katz)	2,090498	1,297477	

OR	IC (95,0%)		
7,179487	1,719591	29,975179	(Woolf)
	1,806430	27,825712	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	8,3358	0,0039
Corrección de Yates	6,6961	0,0097

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0041
Bilateral	0,0064