



INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE EDUCACIÓN

SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y CALIDAD DE
VIDA DE LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
MARTIN DE PORRES**

**PRESENTADA POR
LUIS FELIPE BONILLA MURGA**

ASESOR

ANGEL RAMÓN VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN EDUCACIÓN
CON MENCIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA**

LIMA – PERÚ

2019



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

La autora sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y CALIDAD DE
VIDA DE LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO DE LA FACULTAD
DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE
PORRES**

**TESIS PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN
EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA**

**PRESENTADO POR:
LUIS FELIPE BONILLA MURGA**

**ASESOR:
DR. ANGEL RAMÓN VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ**

LIMA – PERÚ

2019

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y CALIDAD DE
VIDA DE LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO DE LA FACULTAD
DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE
PORRES**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR:

Dr. Ángel Ramón Velázquez Fernández

PRESIDENTE DEL JURADO:

Dr. Oscar Rubén Silva Neyra

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. Eufemio José Lora Rodríguez

Dra. Luz Marina Sito Justiniano

DEDICATORIA

A mí querida madre Elva, mi modelo de
persona de bien.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por acompañarme como guía de vida.

A mi Alma mater USMP por darme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

ÍNDICE

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	7
1.1. Antecedentes de la investigación	7
1.2. Bases Teóricas	13
1.2.1. Conocimiento en salud bucal	13
1.2.2. Calidad de vida	32
1.3. Definiciones conceptuales	40
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	44
2.1. Hipótesis	44
2.1.1. Hipótesis general	44

2.1.2. Hipótesis específicas	44
2.2. Operacionalización de variables	45
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.1. Diseño metodológico	47
3.2. Diseño muestral	48
3.3. Técnicas de recolección de datos	48
3.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	49
3.5. Aspectos éticos	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	51
4.1 Resultados descriptivos de la primera variable	51
4.2 Resultados descriptivos de la segunda variable	55
4.3 Pruebas de hipótesis	58
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
FUENTES DE INFORMACIÓN	69
ANEXOS	78
Anexo 1. Matriz de consistencia	79
Anexo 2. Instrumentos para la recolección de datos	80
Anexo 3. Constancia emitida por la institución donde se realizó la investigación.	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Uso de crema dental por etapa de ciclo de vida	17
Tabla 2.	Clasificación	18
Tabla 3.	Requisitos de los dentífricos	19
Tabla 4.	Técnica de cepillado recomendada: Bass modificada	21
Tabla 5.	Tipos de Hilo dental	24
Tabla 6.	Técnica de uso de Hilo dental	26
Tabla 7.	Variable: Conocimiento en salud bucal	45
Tabla 8.	Variable: Calidad de vida	46
Tabla 9.	Frecuencias de la primera variable	51
Tabla 10.	Frecuencias de la primera dimensión	52
Tabla 11.	Tabla de frecuencias de la segunda dimensión	53
Tabla 12.	Frecuencias de la tercera dimensión	54
Tabla 13.	Frecuencias de la segunda variable	55
Tabla 14.	Frecuencias de la primera dimensión	56
Tabla 15.	Frecuencias de la segunda dimensión	57
Tabla 16.	Revisión de los tipos de variables y dimensiones evaluadas	58
Tabla 17.	Resultados de las pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk	59
Tabla 18.	Criterios para evaluación del coeficiente de correlación	60
Tabla 19.	Resultados de la prueba de correlación para la hipótesis principal	61
Tabla 20.	Resultados de la prueba de correlación para la primera hipótesis derivada	62
Tabla 21.	Resultados de la prueba de correlación para la segunda hipótesis derivada	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de barras para la primera variable.	51
Figura 2. Gráfico de barras para la primera dimensión	52
Figura 3. Gráfico de barras para la segunda dimensión	53
Figura 4. Gráfico de barras para la tercera dimensión	54
Figura 5. Gráfico de barras para la segunda variable	55
Figura 6. Gráfico de barras para la primera dimensión	56
Figura 7. Gráfico de barras para la segunda dimensión	57

RESUMEN

La presente investigación ha sido desarrollada con el objetivo de determinar en qué medida el nivel de conocimiento de salud bucal se relaciona con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

Para ello, se recurrió a un trabajo de enfoque cuantitativo, bajo un diseño no experimental y un alcance descriptivo correlacional, en el que se abordó una muestra compuesta por 21 alumnos, compuestos por varones y mujeres provenientes del primer ciclo de la facultad de Odontología, en el semestre académico 2018-II de la Universidad de San Martín de Porres

Las hipótesis formuladas fueron evaluadas mediante la prueba de correlación de Pearson, considerando un error estadístico inferior al 5 % y una fuerza de correlación a partir del 70 %. Los resultados de la mencionada prueba permitieron aceptar la existencia de una correlación positiva y significativa, entre el nivel de conocimiento en salud bucal y la calidad de vida de los alumnos abordados con base en un error estadístico del 2.6054E-7 %, y una fuerza de correlación del 92.2840 %.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, salud bucal, calidad de vida

ABSTRACT

The present investigation has been developed with the objective of decide to what extent the level of oral health knowledge is related to life quality in students of the first cycle of the Faculty of Dentistry at USMP College.

For this, a quantitative approach work was used, under a non-experimental design and a correlational descriptive scope, in which a sample of 21 students, composed by men and women from the first cycle at USMP College, at the Faculty of Dentistry, was studied, in 2018-II academic semester

The formulated hypotheses were evaluated using the Pearson's Correlation Test, considering a statistical error lower than 5% and a correlation force starting at 70%. The results of the aforementioned test allowed me to accept the existence of a positive and significant correlation between the level of knowledge in oral health and life quality in the students, based on a statistical error of 2.6054E-7%, and a correlation force of 92.2840%.

Keywords: Level of knowledge, oral health, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es integralmente importante para la salud general en el bienestar de todas las personas. Las identificaciones tempranas de las enfermedades bucales contribuyen con el diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades sistémicas.

Salud bucal designa el estado ideal de los dientes y de sus tejidos adyacentes como la boca, labios, encía, orofaringe, lengua, glándulas salivales, paladar duro y paladar blando (California Dental Association, 2012)

La OMS (Organización Mundial de la Salud), menciona los escasos esfuerzos por parte de los centros odontológicos en educar a sus pacientes en la prevención de salud bucal, conllevando a patologías odontológicas sencillamente prevenibles, produciendo elevados índices de insatisfacción en la atención en establecimientos públicos (OMS, 2012).

Por otro lado, en Latinoamérica tenemos una situación bastante desfavorable en lo referente a conocimiento de salud bucal como consecuencia de la ineficiencia de los gobiernos. (Hernández, A., Vilcarrromero, S., Rubilar, J., 2015).

El concepto calidad de vida, llamémosle también condición de vida, vinculado a salud bucal se ha incrementado en los últimos años debiendo ser estudiados, ya

que no solo influye en factores funcionales, sino también afectan los aspectos anímicos y sociales relacionados a la salud bucal. (Locker, D. y Quiñonez, D., 2011)

Es importante mencionar la Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI), también la Encuesta Nacional de Salud (ENS) en las cuales se determina una asociación entre la calidad de vida y la edad. (Minsal, 2010). Mientras mayor es la edad, el pensamiento en base de la condición de vida es peor, todo esto acorde con los resultados obtenidos en relación a la condición de vida - salud bucal en esta investigación.

Asimismo, el mantener una buena salud oral desde la niñez es muy importante para el bienestar general de la persona, ya que esto evitará en un futuro la formación de problemas orales más prevalentes como: caries dental, enfermedades periodontales y maloclusiones. Poseer una buena salud oral, en cualquier etapa del desarrollo físico, está relacionado con el aspecto psicológico, la autoestima, seguridad y felicidad de la persona (Espinoza, M. y León, R., 2015)

En lo referido a los problemas dentales en jóvenes adolescentes estos son más prevalentes en países en proceso de crecimiento y en ciertos segmentos de la población (por debajo o cerca de la línea de pobreza, y poblaciones no atendidas por las instituciones públicas). Asimismo, esta problemática multifactorial no es tomada en cuenta al momento de plantear soluciones en la salud pública. Por lo tanto, se debe de implementar una serie de tareas educativas dedicadas al reconocer el problema y posteriormente a su cambio, lo cual permita el perfeccionamiento de la calidad de los servicios. En nuestro país son pocos los estudios basados en la enseñanza para la salud bucal en universitarios (Bagdadi, Z. y Muhajarine, N., 2015)

Otras investigaciones comprobaron que los traumatismos graves podrían afectar, en los adolescentes, su condición de vida por lo que en este tipo de estudio no se debería generalizar ya que son una muestra de una población de estudio. Además de los problemas bucales, coexisten elementos sociodemográficos que podrían intervenir en la condición de vida de los adolescentes, entre estos elementos tenemos la situación económica, el ambiente del hogar, el nivel de formación y ocupación que los padres poseen; los cuales pueden acarrear un impacto perjudicial en la condición de vida de los jóvenes universitarios (Minaya & Tito, 2012).

Es importante recordar que las enfermedades en la cavidad bucal crean un problema de salud de significancia a nivel nacional y mundial, ya que aportan una elevada carga de enfermedades y por ende hay una relación con la condición de vida general de las personas, estas siguen siendo altamente predominantes produciendo la aparición de diversas enfermedades en todos los grupos etarios, diferentes edades, lugar de procedencia y niveles socioeconómicos. (Aubert, J.; Sanchez, S., Castro, R., Monsalves, M., Castillo, P. y Moya, P., 2014).

Los estudios anteriormente mencionados acerca de esta problemática hacen hincapié en la importancia de considerar los niveles de conocimiento en salud bucal y el vínculo que tienen con la calidad de vida de las personas.

A partir de lo expuesto se han seleccionado el siguiente problema general de investigación:

¿En qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se vincula con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP?

Problemas específicos

- ¿En qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se vincula con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP?
- ¿En qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se vincula con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP?

Luego, en relación al problema principal de la investigación, el objetivo general fue:

Determinar en qué medida el nivel de conocimiento de salud bucal se relaciona con calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

Los objetivos específicos se detallan a continuación:

- Determinar en qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se vincula con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.
- Determinar en qué medida el nivel conocimiento en salud bucal se vincula con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

Justificación de la Investigación

El concurrente trabajo de investigación se respalda pues es fundamental conocer el nivel de conocimiento de la población a cerca de la salud bucal. El desenlace de la aplicación de los instrumentos nos permitirá conocer si cada alumno universitario tiene los conocimientos necesarios de salud bucal para lograr una mejor condición de vida. (De la Fuente, J., Aguilar, F., Villanueva, M., 2015):

La tarea de indagación presenta calidad teórica, ya que no existen estudios similares tomando en cuenta alumnos universitarios. Por lo tanto, los resultados conseguidos en esta tarea serán de utilidad como fuente de información para futuras investigaciones.

Este estudio tiene trascendencia social, puesto que se desarrollará un análisis comparativo de las respuestas conseguidas del instrumento aplicado a los alumnos, los cuales nos permitirán conocer cómo el nivel de conocimiento en salud bucal se conecta con la calidad de vida. Haciendo uso de este instrumento se favorecería a la población estudiantil, y de esta manera en base a los resultados se podrá formular estrategias para aumentar el nivel de conocimiento en salud bucal y mejorar la condición de vida de las personas.

Limitaciones de la investigación

Los resultados solo servirán para poblaciones que tengan características parecidas a la muestra de estudio.

Algunos alumnos presentaron inquietudes respecto a sus posibilidades de participación, ante lo cual el investigador fue previamente presentado por el docente de aula, quien les indicó que la investigación era legítima y sus identidades tendrían una característica de confidencialidad

Viabilidad de la investigación

La investigación es posible ya que se contará con el apoyo de especialistas en la materia. Por otro lado, desde el punto de vista profesional se cuenta con los conocimientos necesarios para su desarrollo.

Asimismo, se cuenta con los requerimientos materiales, económicos y financieros para llevar a cabo la concurrente investigación.

Por otro lado, se cuenta con accesibilidad a datos en la Universidad de San Martín de Porres, así como la facilidad para efectuar el trabajo de campo.

Finalmente, el presente informe de investigación se encuentra estructurado de la siguiente forma:

El capítulo I: Marco teórico, en el cual se da a conocer los antecedentes de la investigación, así como el contenido conceptual de la variable dependencia a los equipos móviles y la variable resultados de aprendizaje.

El capítulo II: Hipótesis y variables, donde se presenta la hipótesis general y específicas, así como la operacionalización de las variables.

El capítulo III: Metodología de la investigación, en el cual se presenta el diseño metodológico, diseño muestral, las técnicas de recolección, procedimiento y análisis de datos.

El capítulo IV: Resultados, donde se presenta la descripción porcentual y estadísticos de los resultados de la investigación, así como la validación estadística del instrumento, las pruebas no paramétricas con su respectiva interpretación, el cual permite el contraste de las hipótesis.

El capítulo V: Discusión, el cual contiene la contrastación de los resultados estadísticos respecto a los antecedentes del estudio.

En la última parte, se presentan las conclusiones arribadas en la investigación, las recomendaciones, las fuentes bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la investigación

Villareal (2012), Impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de atención residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Año 2011. Esta investigación fue desarrollada con el objetivo general de Evaluar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda de Canevaro” año 2011 Para ello, se recurrió a un trabajo de campo de diseño no experimental y de alcance correlacional, de acuerdo a un enfoque cuantitativo, en el que se implementó un cuestionario en una muestra de 184 adultos mayores.

Tras un análisis estadístico de los datos recolectados, la autora concluyo que el dominio de prácticas preventivas contra la caries de sus adultos mayores abordados se relaciona positivamente con su percepción de calidad de vida, con un error del 4.00% y una fuerza del 19.10%.

Vallejo (2016), Calidad de vida en relación a la salud bucal y rendimiento académico en escolares de 11 a 12 años de edad del Cantón Azogues – Ecuador 2015, con el objetivo de la relación que existe entre la calidad de

vida y la salud bucal de los alumnos del Cantón de Azogues. Para ello, el investigador recurrió a la implementación de un diseño no experimental y de corte transversal, dentro de un alcance descriptivo y correlacional de enfoque cuantitativo, en el que se aplicó una técnica de encuesta a un grupo de 133 alumnos provenientes de la Ciudad de Azogues.

Luego de un análisis estadístico sobre los datos recolectados, el autor concluyó la existencia de una fuerte relación entre las prácticas de buena salud bucal y la calidad de vida de sus alumnos abordados, con una fuerza de correlación del 78.10%. Además, notó que estos alumnos mostraban resultados significativamente más altos que los provenientes de instituciones educativas públicas, en un error estimado del 0.01%.

Gutiérrez (2018), Salud bucodental y calidad de vida de los escolares de doce años de la institución educativa Inca Manco Cápac 109, San Juan de Lurigancho, Lima 2018, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la salud bucodental y calidad de vida de los escolares de doce años de la institución educativa Inca Manco Cápac 109 del distrito de San Juan de Lurigancho. Para este fin, la investigadora realizó un trabajo de campo con un diseño no experimental y transversal, con un alcance descriptivo y correlacional, aplicando un enfoque cuantitativo. En el mencionado trabajo, la investigadora recurrió a la aplicación de la técnica de la encuesta en un grupo de 134 alumnos de la institución educativa Inca Manco Cápac 109.

Luego de un análisis estadístico correlacional sobre los datos recolectados, la investigadora concluyó que existe una relación significativa entre la salud bucodental y la calidad de vida de los alumnos abordados, gracias a un error aproximado del 0.00 % y una fuerza de correlación del 71.70%.

Galecio (2017, Impacto de la caries dental en la calidad de vida de los escolares de 11-14 años de la institución educativa Carlos Augusto Salaverry- La Victoria 2016, con el objetivo de determinar el impacto de la caries dental en la calidad de vida de los escolares de 11-14 años de la Institución Educativa Carlos Augusto Salaverry. Para ello, la autora recurrió a un trabajo de campo de diseño no experimental y transversa, de alcance descriptivo correlacional, y dentro de un enfoque cuantitativo. En dicho trabajo, se recurrió a una técnica de encuestas sobre un grupo de 276 alumnos de la Institución Educativa Carlos Augusto Salaverry.

A partir de un análisis estadístico sobre los datos recolectados, la autora concluyó que existe una relación inversa y significativa entre el promedio de dientes permanentemente cariados y el bienestar emocional de sus alumnos abordados, con un error inferior al 0.1%; además, se detectó una relación significativa con su bienestar social, en un error aproximado del 0.5%.

Celis (2015), ,Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una Institución Educativa en la provincia de Chiclayo –Lambayeque, 2014, encontró que la aplicación del programa educativo de salud bucal: La “conquista de una Boca Sana” fue útil sobre la situación de higiene oral en niños de 4 y 5 años.

Silva (2016), Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E Nro. 66 “César Vallejo Mendoza, de la provincia de Chepén, región La Libertad, durante el año 2015” buscó determinar cuánto conocían los alumnos acerca de higiene oral y enfermedades bucales mediante una encuesta y observó que el nivel de conocimiento fué alto tanto en varones como en mujeres con un porcentaje del 83% y 89%,

respectivamente.

Rosel (2009), Evaluación del programa de asistencia dental infantil en Andalucía: salud oral y calidad de vida oral, encontró un gradiente significativo y creciente entre Control, Privado y PADI en el uso de selladores de fisuras en dientes permanentes, a excepción del grupo de 6-7 años. A los 10-12 años los registros son bajos y no hay diferencias en general entre los tres grupos. En dentición permanente, a los 6-7 años los registros de caries son bajos y sin diferencias entre los tres grupos. A los 8-9 años hay registros menores en el grupo Control frente a los Tratados, derivados de que tienen dientes obturados en menor cantidad. A los 10-12 años no hay diferencias entre los tres grupos, aunque si hay más dientes. A los 10-12 años no hay diferencias entre los tres grupos, aunque si hay más dientes cariados en Controles, que se compensan con un menor número de dientes obturados. En consonancia, a partir de los 8 años de edad los índices de restauración son menores (en torno al 30%) en el grupo Control, frente a los grupos Tratados (con índices en el rango 55-75%). Los índices gingivales se encuentran en general en el 11%. La atención odontológica, ni privada ni PADI, se asocia al estado ocsaludcapital.gov.colusivo, medido mediante el DAI, de modo que entre el 77.3% a 90.7%, dependiendo de la edad, no muestra maloclusión. La atención odontológica, ni privada ni PADI modifica la Calidad de Vida Oral, ni medida mediante OIDP ni OHIP en escolares.

Díaz, et al (2013), Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos atendidos en las Clínicas Odontológicas de la Universidad de Cartagena, tiene como objetivo relacionar la salud bucal y la calidad de vida de los individuos adultos que son atendidos en las Clínicas Odontológicas

Universitarias de Cartagena. Se les aplicó el instrumento que evaluaba, diversos agentes que podían afectar o favorecer la condición de vida de los individuos encuestados y se evaluaron los niveles de sensación de Calidad de Vida vinculados a su salud Oral. El estudio dio como resultado que la condición de vida está estrechamente conectada con los problemas de articulación temporo-mandibular, el uso de prótesis y el número de dientes que tiene el paciente, estos presentaron significancia estadística. Conclusión. Los resultados obtenidos en esta investigación confirman el gran impacto que tiene la salud bucal en la calidad de vida de los adultos jóvenes y maduros.

Rodríguez (2005), Conocimientos de salud bucal de alumnos de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago, muestra que cuantiosas enfermedades se pueden eludir aplicando medidas protectoras a nivel poblacional, a través de permanentes programas de educación, que sean de gran cobertura. Es importante, entonces, saber qué conocimientos exhiben los adolescentes de 7° y 8° básico, para contribuir elementos útiles a la planificación de intervenciones educativas que beneficien el desarrollo de formas de vida saludables. Se mantuvo la encuesta en el aire alrededor de 1 mes, tiempo en el que respondieron la encuesta 323 jóvenes. La encuesta comprendía 7 temas. Resumiendo, los resultados de la encuesta según cada tema fueron los siguientes: El nivel de conocimientos promedio de los jóvenes fue admisible, es decir que más del 50% de ellos responde de manera acertada las preguntas que les fueron expuestas.

Sánchez (2008), Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la provincia de Salamanca, indica que, en

la población adulta, el índice CAOD (número de dientes cariados, ausentes y obturados dividido por el total de individuos (en dentición permanente) global fue de 11,98 y aumentó progresivamente con la edad. A los 30-44 años fue de 10,41 y en ≥ 75 años de 20,20. El 70,2% de los pacientes sedentarios tienen caries, frecuencia significativamente mayor que el 54,2% de los que realizan ejercicio físico. Igualmente, estas disimilitudes se dan en las mujeres. Con relación a la alimentación, sólo encontramos diferencias relevantes en el caso del pescado. Las mujeres que lo consumen con mayor reiteración muestran menos caries: la prevalencia fue del 90,5% en los que lo consumen “casi nunca”, del 57,1% si es de “2 o 3 veces por semana” y 51,7% si el consumo es “diario”. Los pacientes con patología oral, primordialmente caries, ven afectada su confianza en algún momento. El registro de restauración fue, en el caso de las piezas permanentes, del 71-74% y de 0% en las temporales. El porcentaje de selladores de fisuras del molar de los 6 años fue del 30,2%. En la dentición permanente, encontramos concordancia relevante con el consumo de leche, pescado y verduras. La prevalencia fue de un 31,7% en los que no realizan programas, frente al 14,3% de los sí reciben flúor. Los padres del 96,4% de los niños que presentan patología oral creen que la salud general de sus hijos es excelente, muy buena o buena.

Meneses (2010), Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores, concluye que la calidad de vida oral percibida, obtenida mediante el uso del índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), indica un nivel de calidad de vida oral bajo, en la muestra de sujetos. El estado de salud bucodental es deficitario, avalorado por los siguientes aspectos: El índice

CAOD, presenta un valor elevado a expensas del componente ausente, el índice de caries radicular es cuantioso, según la evaluación de caries de cuello y los dientes obturados. Los datos clínicos negativos son el reflejo de un índice de condición de vida oral bajo, a diferencia de las personas que tienen una visión positiva en la autoevaluación de su estado bucal. Como recomendación de este análisis, se sugiere un programa precautorio destinado a aminorar la prevalencia de enfermedades bucodentales en adultos mayores.

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. Conocimiento en salud bucal

Inostroza (1992), los hábitos alimenticios son una serie de hábitos que establecen el proceder del hombre en relación con los alimentos. Comprenden desde la manera en el que el hombre acostumbra a elegir sus alimentos, los prepara, distribuye y consume. La elección de estos está sujeto a ciertos factores: religiosos, económicos, personales, socioculturales que van a modificar sus hábitos alimenticios. Estos factores pueden modificarse a través de una adecuada educación. Los hábitos alimenticios adecuados incluyen: comer variados alimentos y en cantidades moderadas; algunos como las grasas, sales y azúcares en medidas pequeñas. Nuestro cuerpo necesita 40 o más nutrientes distintos, para estar saludable y trabajar apropiadamente, como vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas; estos se encuentran en diversos de alimentos. Si bien determinados alimentos son ricos en algunos nutrientes, no existe un sólo alimento que tenga todos en conjunto, por ende, una alimentación apropiada tiene que basarse en una distribución apropiada en la ingesta de nutrientes de varios

alimentos, los cuales permiten asegurar el buen funcionamiento de los órganos y sistemas ayudando adecuadamente en la calidad de vida y salud del sujeto.

1) Alimentos azucarados.

Inostroza (1992, p.13), los carbohidratos como el azúcar, pastas, arroz, papas y el pan tienen los mismos efectos nocivos que las golosinas para iniciar el proceso de desmineralización de los dientes, por lo tanto, su consumo debe de ser prudente para no aumentar la producción de ácidos.

2) Alimentos ácidos

Los alimentos cítricos son productores de ácido, que favorecen la aparición de erosión dental. Ingerirlos frecuentemente es perjudicial para las piezas dentarias. Así mismo, no se recomienda el cepillado inmediato tras su ingesta, ya que la existencia de ácidos con el cepillado podría acelerar la erosión dental. (Inostroza, 1992, p.15)

3) Carbohidratos.

Algunos alimentos como los carbohidratos se adhieren a las piezas dentarias aumentando el riesgo de caries dental ya que permiten que las bacterias tengan más tiempo para producir ácidos e iniciar el proceso de desmineralización.

En los periodos entre tomas de alimentos, la saliva contrarresta los ácidos producidos en la ingesta iniciando el proceso de remineralización de las piezas dentarias, por ello se recomienda restringir las ingestas a un máximo de 6 horas al día, dejando un lapso de tiempo entre ellas. (Inostroza, 1992, p.15)

Higiene Bucal

Iruretagoyena (2007, p.131). La higiene oral es necesaria para tener una buena salud bucal, por ello es importante mantener las piezas dentarias libres de caries dental, placa bacteriana y calculo. Las encías sanas son de color rosado y son de consistencia firme, siendo la placa bacteriana un agente de riesgo para la aparición de la enfermedad periodontal y caries dental, por ello hay que controlar la ingesta de alimentos cariogénicos entre ellos los azúcares como la sacarosa o la glucosa. El mejor modo de prevención es tener una correcta higiene oral y visitar periódicamente al odontólogo.

Una buena higiene oral se inicia con una correcta técnica de cepillado, el cual se realiza en seguida de cada comida y en la ingesta de bebidas.

a) Prácticas de prevención

Para la remoción de la placa bacteriana se requiere establecer condiciones que conduzcan a su control óptimo y así prevenir el crecimiento microbiano subgingival, evitando la inflamación y la pérdida de inserción o reducirlas al mínimo. Para ello, se han desarrollado diferentes elementos utilizados para la higiene oral, los cuales han evolucionado dependiendo de las necesidades de los pacientes (Villanueva, 2015, p.10). Estos son:

1) Periodicidad del cepillado.

Iruretagoyena (2007, p.133), recomienda que las personas se cepillen los dientes aproximadamente por dos minutos, al menos 2 veces al día.

Antes de proceder a enseñar la técnica de higiene oral, se le pide al paciente que se cepille los dientes, posteriormente con la ayuda de un espejo, se identificaran las zonas de mayor acumulo de placa bacteriana siendo visualizado con el revelador de placa.

El autor recomienda la técnica Bass modificada, enseñando que el cepillado tenga un orden, para poder limpiar todas las zonas. También se le instruye al paciente que se cepille la lengua, inhibiendo placa bacteriana que puede causar inflamación y así evitar recidivas otras áreas de la cavidad bucal. (Iruretagoyena, 2007, p.140).

Se tiene que indicar que la primera higiene del día debe ser antes de los alimentos para romper con la actividad metabólica bacteriana y un cepillado en las noches para inhibirla.

El tiempo de cepillado tiene que ser de 2 minutos, para poder remover la placa bacteriana. La remoción de placa bacteriana está determinada por componentes como la duración del cepillado, la presión que se ejerce, la habilidad del paciente, y la técnica del cepillado. (Iruretagoyena, 2007, p. 141).

- 2) Tipo de crema dental.** Uso de crema dental por etapa de ciclo de vida.

Tabla 1. Uso de crema dental por etapa de ciclo de vida

Edad	Recomendación
Edad preescolar	Colocar 0.25 gr a 0.30 gr de crema dental (lo que corresponde a la uña del dedo meñique o el tamaño de grano alverja). Indique el uso de crema dental sin Flúor o máximo 500 ppm. (Battaglia, 2008). (Fernández A & et al.; 2007). (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).
Edad escolar	Indique el uso de crema dental sin Flúor o máximo 500 ppm. (Battaglia, 2008). (Fernández A & et al.; 2007). (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).
Adulto y adulto mayor	Recomiende el uso de cremas dentales con componentes como el fluoruro estañoso, fluoruro de amino, fluoruro de sodio, triclosan copolímero y triclosan pirofosfato, en pacientes con alta formación de cálculos dentales. (Davies, Ellwood, Davies; 2004.) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Fuente: Iruretagoyena (2007).

La crema dental es un producto que está compuesto por sustancias tensoactivas, preservantes, edulcorantes, dispersantes, humectantes, saborizantes, abrasivos, ingredientes activos, sales de flúor. Su fin es la higiene de los dientes naturales, artificiales y tejidos blandos; las cremas dentales tienen propiedades preventivas, terapéuticas y cosméticas. (Marun, 2012, p. 28)

Se establecen dos clasificaciones, dependiendo de sus componentes:

Tabla 2. Clasificación

Clasificación	Componentes
Medicados	Abarca los dentífricos que no contienen sustancias activas; de acuerdo con su concentración, confieren acción terapéutica.
Cosméticos	Abarca los dentífricos que no ejercen acción terapéutica.

Fuente: Iruretagoyena (2007).

Condiciones generales

Las cremas dentales deben tener algunas condiciones para que puedan ser usadas:

El producto debe mostrar aspecto homogéneo y uniforme.

- Los dentífricos pueden contener tensoactivos, abrasivos, saborizantes, edulcorantes, gelificantes, humectantes, colorantes y otros ingredientes contemplados en normas Internacionales vigentes.
- No deben contener azúcar o sustancias fermentables.
- No deben tener separación de sus componentes durante su almacenamiento y uso.
- Hay componentes adicionales que se agregan a las cremas dentales, como el triclosan que tiene amplio espectro antibacterial, pero no es retenido en boca más que por unas horas; por esta razón, es mejor la combinación triclosan con copolímero que incrementa su retención en las superficies orales. Las cremas dentales con triclosan copolímero, actúan más efectivamente en

la reducción de Gingivitis que las que contienen solo flúor (Mazias, 2010, p.55)

- La combinación de Citrato de Zinc y Triclosan también son altamente efectivas en la inhibición de placa bacteriana y Gingivitis. La adición de Triclosan Pirofosfato actúa como agente anti cálculo y reduce la placa bacteriana y el sangrado gingival. Las cremas dentales con diferentes componentes adicionales a los fluoruros convencionales pueden mejorar el control de placa y, más importante, la salud gingival (Mazias, 2010, p.55).

Tabla 3. Requisitos de los dentífricos

P.H.	5.5	10.5
Metales pesados expresados como (Pb) total en mg/kg (ppm).		20
Para dentífricos que contengan sales de flúor, en mg/kg (ppm) de flúor:		
- Dentífricos para niños hasta 6 años.		500
- Dentífricos para adultos mayores de 6 años.	250	1500

Fuente: Norma Técnica Colombiana productos de higiene oral dentífricos. ICONTEC NTC 2028. Recuperado de Iruretagoyena (2007).

3) Consulta con especialista. Según Kids Health (2014), los dientes es parte importante de la sonrisa, y ayuda a triturar los alimentos. Es importante cepillarse los dientes, utilizar hilo dental y enjuague bucal (par.2).

También es importante acudir al odontólogo con regularidad cada 6 meses para conservar una buena salud bucal.


b) Prácticas de higiene

1) Cepillo dental

El cepillo dental ha evolucionado a lo largo de los años, estos han ido cambiando en sus formas, diseños, cerdas, mangos y elementos que conforman el cepillo dental, por lo tanto, de esta manera cada paciente, dependiendo de sus necesidades, tenga diferentes opciones de elección según sus necesidades de higiene oral, cumpliendo los requerimientos específicos para su uso, no afectando los tejidos blandos y duros (Aguilar, 2018, p. 23).

El cepillo dental se usa para la eliminación de placa bacteriana que se deposita sobre los tejidos bucodentales (Aguilar, 2018, p. 23).

Tabla 4. Técnica de cepillado recomendada: Bass modificada

Técnica de cepillado PI	PI: Posición inicial A: Acción del cepillo	Curso del movimiento
<p>Bass modificada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remueve placa supra y subgingival. - Se aplica en todos los sectores (2-3). 	<ul style="list-style-type: none"> - PI: Parte activa en posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival - A: leve presión contra los dientes y el margen gingival. - Pequeños movimientos circulares. 	<p>Pequeños movimientos vibratorios de un lado a otro.</p>
		
<p>Bass</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remueve placa supra y subgingival. - Puede ser aplicada en todos los sectores. - Riesgo: injuria por cerdas duras o demasiada fuerza. 	<ul style="list-style-type: none"> - PI: parte activa en posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival - A: leve presión contra los dientes y el margen gingival. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pequeños movimientos vibratorios de un lado a otro.
<p>Charters</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efecto masaje en encía. - Difícil de aprender. - No se aplica a todos los sectores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parte activa hacia coronas. - Presión-Rotación de parte activa contra los dientes y margen gingival. 	<ul style="list-style-type: none"> - Movimiento combinado involucra movimiento vibratorio y rotación parte activa de la superficie oclusal a la raíz.
<p>Stillman modificado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efecto masaje y estimulación en encía. - No remueve placa subgingival, difícil de aprender, no usa todos los sectores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parte activa posicionada hacia raíces y en posición vertical hacia las superficies oclusales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Movimiento combinado vibratorio - rotacional. Parte activa de la raíz a la superficie oclusal.
<ul style="list-style-type: none"> - Barrido - Sigue patrones individuales de movimiento aceptada para niños (movimientos torpes). - Omite sitios de riesgo de Caries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos sistemáticos y sin control. Presión variable. - Parte activa en posición vertical a superficies dentales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos horizontales gruesos hacia adelante y hacia atrás.

Fuente: Iruretagoyena (2007).

El cepillo tiene que ser biocompatible con los tejidos de la cavidad bucal, sin generar lesiones, estos tienen que tener haces redondeados, ser fuertes y resistentes.

Los cepillos con cerdas suaves mejoran la eliminación de placa en zonas interproximales, siendo más importante tener el conocimiento de una buena técnica de cepillado (Aaron, Biesbrock, Bartizek, Walters, 2008, p.7)

Se recomienda cepillos con cerdas suaves en pacientes con enfermedad periodontal y cerdas duras en pacientes que utilizan prótesis dental.

En pacientes portadores de implantes dentales, se recomienda el uso de cepillo manual, así como el uso del cepillo eléctrico. (Aaron, Biesbrock, Bartizek, Walters, 2008, p.7)

2) Hilo dental.

La seda dental es un elemento de higiene oral conformado por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta. Su material es fibra sintética, a la cual se le puede o no adicionar cera. Su función es remover la biopelícula y restos de comida desde las superficies proximales de dientes naturales o artificiales, encías y prótesis fijas. (ISO 28158, 2010)

El uso de la seda dental busca la eliminación de la placa bacteriana interproximal y el control de su neoformación muestra la existencia de un efecto adicional significativo en el control de la biopelícula interdental; por lo tanto, se recomienda con el fin de

disminuir el riesgo de desarrollar Enfermedad Gingival y Caries interproximal.

Es el elemento que actualmente remueve eficazmente los depósitos de alimentos en zonas interproximales, comparado con cualquier otro elemento recomendado para la limpieza interdental de uso manual.

Una higiene oral sin hilo dental no previene el desarrollo de enfermedad periodontal. Por lo tanto, se recomienda su uso antes y después del cepillado dental. (Hujoel, P., Cunha-Cruz, J, Banting, D, Loesche, W., 2006)


La International Organization Standarization, ISO expide la normatividad para seda dental (Norma 28158. Primera edición del 1 de julio de 2010), en la cual se estipulan las características que debe cumplir para ser aprobada y distribuida:

Características de la seda dental:

- Puede tener materiales adicionales como cera, pigmentos y agentes saborizantes que deben ser considerados como parte del dispositivo.
- Debe tolerar una fuerza de 10 Newtons sin romperse.
- No debe estar contaminado.
- Debe tener diámetro seccional de 2,5 mm, ya que, si es de menor medida, puede romperse.
- Tiene que venir empaquetada y contener el nombre del producto, dirección del fabricante, distribuidor, código de

manufacturación e instrucciones de uso. (Ministerio de la
Protección Social, 2007, p. 41)

Tabla 5. Tipos de Hilo dental

Tipo	Indicaciones	Ilustración
Seda dental o hilo dental Tiene superficie redondeada.	Para espacios interdientales normales.	
Cinta dental Tiene una superficie plana	Para espacios interdientales amplios.	
Súper floss Hilo de seda que tiene tres zonas diferentes: - Segmento rígido para introducirlo por debajo de la prótesis o aparatología de ortodoncia. - Un segmento esponjoso para la eliminación de la placa bacteriana. - Un segmento final de seda sin cera para el resto de los dientes.	Indicado para higiene en pacientes con prótesis fijas o aparatología de ortodoncia.	
Dispositivo con porta hilos	Para pacientes con dificultad motriz, prótesis fija o aparatología de ortodoncia.	

Fuente: Iruretagoyena (2007).

El uso de hilo dental debe recomendarse en todos los pacientes, con mayor énfasis en aquellos que tengan espacios interproximales cerrados. Recomiende el uso de la cinta dental en los pacientes con espacios interproximales amplios.

Para personas con problemas de destrezas, discapacidad física o mental, en niños preescolares y escolares se debe sugerir el uso

de dispositivos como porta hilos, los cuales mantienen tenso el hilo mientras se pasa a través del punto de roce entre los dientes, esta tarea debe ser desarrollada por el paciente o cuidador, guiado por la consejería y monitoreo del odontólogo a la auxiliar en salud oral.

A pesar de que la seda dental es el componente ideal deben proponerse otras opciones a las personas que no tenga posibilidades de adquirirla; en estos casos, se informará sobre el uso de componentes alternativos como hilo de coser y tiras de plástico de costales previamente lavadas y hervidas (Hujoel, Cunha Cruz, Banting, Loesche, 2006).

Tabla 6. Técnica de uso de Hilo dental

Técnica de uso	Ilustración
<ul style="list-style-type: none"> - Enrolle 4.5 centímetros de seda dental alrededor del dedo medio de cada mano. - Apriete la seda entre los dedos pulgares y los dedos índices dejando 2 ó 3 centímetros de largo entre uno y otro dedo. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Use los dedos índices para guiar suavemente la seda dental entre las superficies de contacto de los dientes usando un movimiento de zigzag. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Deslice la seda dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente y también debajo de la encía. - Limpie cada diente completamente con una sección limpia de la seda. 	

Fuente: Norma técnica para la protección específica de la caries y la enfermedad gingival, ministerio de la protección social. República de Colombia. 2007

3) Crema dental

Arweiler Netuschil L. Reich E. (2001, p. 76). El uso de cremas dentales es importante como elemento de higiene oral, ya que adicionar agentes químicos generando beneficios adicionales al cepillado dental. Componentes como las sales minerales inhiben el crecimiento de bacterias y la formación de placa bacteriana; el zinc reduce la placa blanda y placa dura.

4) Enjuague bucal

Son soluciones químicas que actúan impidiendo la adhesión de la placa por medio de agentes anti adhesivos, dificultando la

proliferación de bacterias, alterando su patogenicidad como antimicrobianos (Arweiler, Netuschil, Reich, 2001, p. 171)

Los enjuagues que disminuyen la placa bacteriana contienen antisépticos, que son agentes químicos antimicrobianos que uso tópica o subgingival en membranas mucosas, estos deshacen los microorganismos e impiden su metabolismo y proliferación. Arweiler, Netuschil, Reich (2001, p. 171). Están clasificados como: cosméticos, terapéuticos o la combinación de ambos por la Food and Drug Administration FDA.

Características de los enjuagues

Los enjuagues bucales deben cumplir con las siguientes características:

- Eliminar bacterias patógenas.
- No desarrollar resistencia bacteriana.
- Ser biocompatibles con los tejidos intraorales
- Reducir significativamente la placa bacteriana.
- No producir tinciones.
- No alterar el gusto.

Efectos adversos de los enjuagues

Las reacciones desfavorables se alteran o cambian según el tipo de enjuague usado. El uso ordinario de enjuagues bucales antisépticos con un elevado grado de alcohol, entre un 18% a un 26%, puede producir:

- Sensación de ardor en las mejillas, los dientes y las encías.
- Sensibilidad.
- Manchas extrínsecas.
- Cambio en la sensación del gusto.

- Para evitar estos efectos debe usarse enjuagues con concentraciones menores de alcohol al 18%. (Bascones, 2006, p.35)

Se recomienda los enjuagues orales después del cepillado, con el fin de eliminar bacterias patógenas y reducir la placa bacteriana.

- Se recomienda tener precaución con el uso de enjuagues bucales con contenido de alcohol en pacientes alcohólicos.
 - En infantes y escolares, no se recomienda el uso de enjugues a menos que el sepa escupir. En la higiene oral se recomienda una buena técnica de cepillado dental y los dientes tienen que estar limpios para que el enjuague bucal sea eficaz. (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B). (Lynda Boyer-Chu, RN, 2005)

Atención clínica profesional

Blumenthal (1996) piensa que la calidad técnica de alta calidad consiste en hacer que el profesional tome las decisiones correctas sobre la atención para cada paciente, y para hacerlo bien se requiere habilidad, juicio, ética y ejecución expedita.

Además, considera que, la calidad de la interacción entre médicos y pacientes depende de algunos elementos en su relación: como la calidad de comunicación, la confianza médico - paciente, y brindar un buen servicio.

Profilaxis

Según Estudi Dental Barcelona (2017), “la palabra profilaxis procede del griego, proviene de la palabra ‘prophylaxis’, que se traduce con la palabra prevención”.

Añaden que “llevar a cabo una rigurosa rutina de limpieza dental de forma diaria es esencial, pero debemos tener en cuenta que hay placa o biofilm dental que continúa acumulándose en la boca, ya que con el cepillado dental no conseguimos limpiar la cavidad oral al 100%”.

Esta placa dental que queda en la boca es la causante de múltiples enfermedades orales, algunas de gravedad, si no es eliminada de la manera correcta. Si esta no es limpiada adecuadamente, se va acumulando en el tiempo y llega a hacer un proceso de mineralización que se convierte luego en sarro, imposible de extraer con el cepillado dental. En ese momento, es cuando se tiene que recurrir al especialista para la realización de una limpieza profesional.

Es por este motivo que es de suma importancia visitar al odontólogo para extraer esta placa dental y sarro de manera constante. “En la placa dental hay bacterias que pueden causar enfermedad de las encías como la gingivitis o periodontitis, que afectan significativamente a la salud en general” (Estudi Dental Barcelona, 2017). Es por ello, que es recomendable realizar una limpieza dental con una frecuencia de, aproximadamente, cada seis meses.

Siguiendo con Estudi Dental Barcelona (2017):

Las ventajas de realizarse una limpieza dental profesional se resumen en un excelente estado de salud bucal, ya que se elimina cualquier residuo bacteriano dejando el esmalte dental (capa externa del diente) y la encía sanos y limpios. Una limpieza profesional nos libra de la placa bacteriana y de manchas superficiales, a la vez que desinflama las encías y remineraliza y protege el esmalte de los dientes.

Es este profesional quien está capacitado para evaluar la salud bucal para poder determinar el tipo de limpieza más adecuado para cada persona; existen dos tipos: “la limpieza dental manual, indicada para pacientes que tienen mucha sensibilidad dental, o la limpieza con ultrasonidos, para pacientes que no presentan sensibilidad dental aumentada”.

Gracias a este trabajo, que no es doloroso por lo que no suele requerir del uso de algún tipo de anestesia, se logra destruir el “hábitat ideal de las bacterias causantes de las enfermedades orales”. De esta manera, esta técnica permite la prevención eficaz de la acumulación de placa bacteriana, ya que se consigue con ella acceder a la limpieza de zonas más profundas.

El primer paso es analizar los dientes y las encías para poder descartar que haya algún tipo de enfermedad periodontal, o que algún diente pueda tener cierta movilidad y, así, localizar la ubicación de placa bacteriana y sarro. Para ello, se hace uso de una sustancia que permite teñir aquellas zonas con placa bacteriana acumulada (placa eritrosina).

Asimismo, Estudi Dental Barcelona (2017) menciona que posteriormente “se retira la placa bacteriana y el sarro valiéndose de una herramienta llamada aparato de ultrasonidos. El ultrasonido logra eliminar el sarro, la placa y algunas manchas en los dientes gracias a las vibraciones de frecuencia que emite este instrumento”.

Una vez que el odontólogo ha realizado correctamente la limpieza es necesario realizar un pulido de dientes con el fin de dejar un mejor aspecto a la dentadura. Para ello se aplica una pasta profiláctica, proceso que dura aproximadamente 30 minutos.

Esta limpieza es una de las intervenciones orales más sencillas y muy recomendable pues permite eliminar la totalidad de placa y sarro que se acumula entre los dientes y que a su vez es una de las principales causas de la aparición y desarrollo de diversas patologías orales.

Restauraciones dentales

Según Estudi Dental Barcelona (2017), la restauración dental tiene como objetivo devolver al diente dañado la forma y la función perdida mediante el uso de técnicas y materiales específicos. Generalmente se trata de rellenos con los que se tapa cualquier cavidad dental o de carillas y coronas con las que reparar fallos estructurales del diente.

En el caso de los rellenos, la restauración dental ocasionada por la pérdida de parte de un diente, a causa de una caries o un traumatismo, se realizaba hasta no hace mucho tiempo con una amalgama de metales (oro o plata). Sin embargo, en la actualidad se ha optado por el uso de materiales biocompatibles, que proporcionen al diente reparado una apariencia más natural, apenas son perceptibles después de aplicados y aportan una solución duradera:

- Resina compuesta.
- Ionómero de vidrio.
- Cerámica.
- Zirconio.

Por otra parte, Estudi Dental Barcelona (2017), menciona que la restauración de los dientes más visibles, especialmente los delanteros, se lleva a cabo mediante el uso de carillas de porcelana que cubren únicamente la parte frontal del diente y que necesitan una mínima pérdida de estructura para

colocarlas. Además, ofrecen una solución altamente estética y fácil de fabricar.

Es una opción inmejorable para restaurar:

- Dientes oscurecidos, pigmentados o decolorados.
- Dientes con defectos en el esmalte.
- Dientes desgastados por la masticación.
- Tapar una eventual separación entre dientes.

Las carillas están limitando considerablemente el uso de coronas para la restauración dental.

1.2.2. Calidad de vida

«Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa» (Levy y Anderson, 1980, p. 7).

«Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo» (Szalai, 1980).

«Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal» (Celia y Tulskey, 1990).

«Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo» (Chaturvedi, 1991).

«Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado» (Quintero, 1992).

a) Calidad de Vida Psicobiológico

En comparación con distintos temas, la psicología ha empezado recientemente a aceptar como objeto sobresaliente de estudio el

bienestar emocional, explorando con mayor fuerza las fortalezas personales y los factores que contribuyen a la felicidad de los seres humanos (Vera, 2006).

Arostegui (2002) El bienestar emocional es una dimensión importante e irremplazable de la calidad de vida. Es obligado a tener en cuenta esta dimensión subjetiva y personal en el diseño, así como la realización de los planes de apoyo orientados a potenciar y las competencias y el desarrollo personal (Schalock y Verdugo, 2003).

En base a distintas teorías psicológicas hay pocas dudas de que las emociones implican un deseo de actuar, ya sea para alcanzar un objetivo, expresar un determinado sentimiento a través de la acción o en los dos sentidos a la vez. De manera que desde un estado emocional determinado se quiere evitar, conseguir o seguir poseyendo psicológicamente algo (Rodríguez, 1999).

En los seres humanos la expresión de las emociones tiene mucho que ver con la funcionalidad del lenguaje, así como también con la efectividad social del comportamiento emitido.

Nivel de autoestima

Según Avensur (2000), "...la autoestima es el sentimiento de aceptación o rechazo de nosotros mismo de nuestra manera de ser y de nuestro cuerpo, y que se refleja en nuestras actitudes hacia nosotros mismos ven nuestra manera de actuar"

Nivel alto de autoestima

Calero (2000, par.21) Tener autoestima elevada no le garantiza que tendrá el éxito asegurado, pero si le ofrece la garantía de que se

sentirá bien consigo mismo y con los demás. Cuando uno se siente bien consigo mismo se pueden establecer relaciones más estrechas, encontrando más amigos, porque no tendrá miedo de desarrollar sus habilidades. Querrá arriesgarse y probar nuevas cosas, nuevas experiencias.

Nivel medio de autoestima.

Calero (2000, par 22) Menciona que no se habla de una alta autoestima, sino del narcisismo o de una buena autoestima. El narcisismo es el amor excesivo hacia uno mismo o de algo hecho por uno mismo, por eso se dice que una persona es narcisista, cuando está enamorado de sí mismo, es decir de lo que piensa, de lo que hace, de cómo es, de cómo se viste, etc., pero no del propio ser, sino de la imagen del yo.

Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si "pidiera perdón por existir", no cree que está molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta de que los demás tienen sus propios problemas en lugar de echarse la culpa "por ocasionar molestias".

Nivel baja de autoestima.

Calero (2000, parr 23) También menciona que todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden

asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos.

Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos* pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como, por ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicósomáticos.

Nivel emocional

Brody (1999, p. 2) Las emociones son sistemas motivacionales con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, ya sea positivo o negativo (sentirse bien o mal), que varían según su intensidad y suelen estar provocadas por situaciones interpersonales o hechos que merecen nuestra atención porque afectan nuestro bienestar, en la emoción es importante distinguir diferentes clases de estados afectivos.

Las emociones primarias son respuestas universales, fisiológicas, biológicas y neurológicamente innatas, mientras que las secundarias son el resultado de una combinación de las primarias, estando muy condicionadas social y culturalmente.

Nivel físico

Caspersen y otros (1985). La condición física es un conjunto de atributos físicos y evaluables que tienen las personas y que se relacionan con la capacidad de realizar alguna actividad física.

(OMS, 1968) Define la condición física como “la habilidad de realizar adecuadamente algún trabajo”, que implica la capacidad de las personas de realizar correctamente una determinada tarea en un entorno físico, social y psicológico.

b) Calidad de vida Interpersonal

Según Vera (2006), “uno de los elementos que más influye en nuestra forma de relacionarnos con los demás es la imagen que tenemos de ellos”.

Añade que “percibir no es entonces un proceso pasivo. Es un proceso muy activo que está determinado por las necesidades, valores sociales y aprendizajes de las personas”.

La percepción no es algo simple y común a todas las personas, sino que suele presentar peculiaridades que la hacen más compleja de lo que parece. Según este autor, las principales diferencias frente a la percepción de objetos son las siguientes:

- Intencionalidad: las personas son percibidas como agentes intencionales: los objetos no. Las personas hacemos las cosas con alguna intención, no simplemente por hacerlas; generalmente para conseguir algo deseado. Por ejemplo, es común que, al conocer a alguien, queramos generar cierta impresión en los demás, logrando hacer que perciban lo que nosotros deseamos que perciban. De la misma manera, los demás hacen lo mismo con nosotros. Para Vera (2006), “esto hace que el perceptor se implique en un proceso activo, intentando descubrir ‘cómo es realmente’ la persona percibida y cuáles son sus verdaderas intenciones”.

- Inferencias: todos somos personas y, como tales, tenemos la ventaja de hacer inferencias sobre los demás, cosa que no podemos hacer con los objetos. Por ejemplo, si una persona sufre una pérdida importante, sin preguntarle, podemos saber que están afectadas negativamente, sintiendo tristeza u otro malestar emocional. Esto se debe a que nosotros también podemos haber pasado por alguna pérdida y por eso tenemos esa capacidad de inferir lo que sienten los demás, por nuestras experiencias previas, cosa que no podemos hacer con los objetos.
- Dinamismo: la percepción de personas suele darse en interacciones dinámicas (Vera, 2006). Cuando nosotros estamos percibiendo a otra persona, ella también nos está percibiendo a nosotros y, así como yo puedo pensar lo que quiera de ella, ella también puede pensar lo que quiera de mí. Por otro lado, la percepción que yo tenga de la otra persona, va a influir en cómo me comporte con ella, y viceversa, afectándonos mutuamente en la continua interacción entre ambos. Vera refiere que “de esta manera se crea un círculo interactivo”.
- Complejidad: es importante tener en cuenta que las personas tenemos cualidades que no son observables (lo que en psicología se conoce con el término “constructo”; es decir, algo que no se puede observar directamente pero sí a partir de sus indicadores). Por ejemplo, nuestras actitudes, intereses, opiniones, valores, creencias sobre diversos temas, entre otras cosas. “Además, con un objeto podemos confirmar o rechazar nuestra percepción de

sus cualidades (tamaño, peso, dimensiones...) utilizando instrumentos de medida más o menos precisos” (Vera, 2006). No es igual con las personas. Existen instrumentos psicológicos que permiten acercarnos al conocimiento de algunas características o rasgos de las personas, pero no son 100% precisos como con los objetos, solo son aproximaciones, por lo que no se nos permite afirmar o rechazar la percepción que podemos tener de otra persona.

Finalmente, Vera (2006), menciona que:

El mal aliento, o halitosis, puede ser un gran problema en la vida de las personas y es causado por bacterias que producen mal olor en la boca. Las bacterias que provocan el mal olor son atraídas por las proteínas en la mucosa y en las flemas. Esto afecta seriamente las relaciones interpersonales y la autoestima.

La comunicación

Según Whetten y Cameron (2011) el desarrollo de habilidades directivas. Pearson. Octava Edición. El proceso de comunicación representa el intercambio de información, hechos, ideas y significados. Abarca la transferencia y comprensión de significados, procesos en los que se transmiten ideas y pensamientos y los demás lo comprenden. Ahora, en el ámbito organizacional, las personas se comunican constantemente. Por lo tanto, la comunicación es un proceso esencial en toda relación.

Capacidad para trabajar en equipo

Hunt (1996) define un equipo como:

“Un grupo de personas con una misión u objetivo común que trabaja

coordinadamente con la participación de todos los miembros bajo la dirección de un líder para la consecución de los intereses colectivos”

El trabajo en equipo en todos los niveles de la organización implica que las personas basen sus relaciones en la confianza y el apoyo mutuo, la comunicación espontánea, la comprensión y la identificación con los objetivos de la organización. El trabajo en equipo requiere habilidades para comunicar, colaborar, entenderse y pensar con los demás.

Según Kinlaw (1991) “un grupo de trabajo deviene en Equipo, en la medida que sus miembros comparten sus ideas para mejorar sus procesos de trabajo, desarrolla respuestas coordinadas a los cambios que afectan a todo el grupo, crea el respeto entre sus miembros, participan en la definición del mejoramiento de los objetivos comunes e inician acciones comunes para demostrar la apreciación de sus colegas por el rendimiento superior”

Calidad de las relaciones sociales

Desde el punto de vista existencialista, del proceso de interacción social de los seres humanos surgen las relaciones interpersonales, y en este sentido se describe que una relación social es una conexión que se da entre personas y en cuya dinámica se intercambian afectos, emociones, necesidades, experiencias, motivaciones y acuerdos de comportamiento o normas de conducta que son útiles para sobrellevar las situaciones a las que se ven expuestos los seres humanos en su cotidianidad (Nápoles, 2012).

Desde una perspectiva más contemporánea y de tipo organizacional, Gómez (2001) y Marqués, Farrerons, Arias & Quiroga (2012) exponen

que las relaciones sociales o relaciones informales como ellos las denominan, son interacciones que se dan entre personas que se encuentran en un contexto de cercanía y que rompen las barreras estructurales organizativas. Para estos autores, las relaciones informales son una estructura social, en la que un actor puede ser desde un individuo hasta una organización; así, las relaciones sociales son traducidas a conexiones entre diadas, triadas, etc. que pueden ser unidireccionales, bidireccionales o multidireccionales.

1.3 Definiciones conceptuales

Nivel de conocimiento

El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual. (UAL, 2003, pág.39).

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. (UAL, 2003, pág.39).

Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento. Conocimiento empírico, Conocimiento científico, Conocimiento filosófico y Conocimiento teológico (UAL, 2003, pág.39).

Calidad de vida

Medida de la energía o fuerza óptimas que le confiere a una persona la capacidad de afrontar con éxito el rango completo de los retos que plantea el mundo real.

La calidad de vida es un concepto referido al bienestar en todas las áreas del ser humano, respondiendo a la satisfacción de las necesidades físicas (de salud, seguridad), materiales (de vivienda, ingresos, transporte, pertenencias, comida), sociales (de trabajo, familia, relaciones personales, comunidad, responsabilidades), psicológicas o emocionales (de afecto, autoestima, inteligencia emocional, espiritualidad, religión), de desarrollo (educación, productividad) y ecológicas (calidad del agua, del aire, etc.). (Porporatto, 2015, parr.1)

Hábitos alimenticios

Zuñiga (2015) La repetición de acciones constituye un hábito, luego de un tiempo de practicarse se logra ejecutar esas conductas de modo automático, sin planificación previa. Comer bien, sano y natural puede constituirse en un hábito, como también puede serlo comer mal. Acostumbrarnos a comer en familia, masticando bien los alimentos, distribuyéndolos en varias comidas poco abundantes, desayunar más, almorzar poco y cenar aún más frugalmente, enriquecerá nuestros buenos hábitos en esta materia.

Higiene bucal

Constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas. Pero, sobre todo, la higiene oral representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. (Odontólogos, 2013, parr.1)

Atención clínica profesional

Son atenciones directas del paciente en los ámbitos de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

La atención al paciente por parte del odontólogo y todo su equipo, debe ser llevada a la máxima excelencia, es responsabilidad del odontólogo llenar de estímulos positivos a los pacientes, así como mantener una buena comunicación entre odontólogo–paciente mejorando constantemente la confianza, desde la primera visita. (Minsal, 2010, parr.1)

Psicobiológico

El concepto se emplea para nombrar a la disciplina que aplica criterios y nociones de la biología en el estudio de la conducta de las personas y de los animales. La psicobiología combina herramientas de la biología y de las ciencias sociales para comprender los procesos que se desarrollan en la mente. Estos procesos están vinculados a lo que ocurre en el cerebro, un órgano que puede estudiarse desde criterios biológicos (Pérez y Merino, 2013, párr. 1 - 2)

Interpersonal

El término interpersonal se usa para mencionar el conjunto de relaciones humanas que se llevan a cabo entre las personas. La relación interpersonal generalmente se refiere a enlaces que tienen un carácter estable y duradero y el concepto interpersonal no se usa para referirse a relaciones esporádicas (Editorial Definición MX, 2014, parr.1)

Salud bucodental

Es la ausencia de enfermedades que afectan la cavidad oral, como dolor orofacial, neoplasias, infecciones, aftas, enfermedad periodontal, caries

dental, pérdida de dientes, defectos congénitos y otros trastornos que afectan a la persona en la masticación, fonación, deglución y estética, impactando en tu bienestar psicosocial (Martín, 2012, p.2)

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Hipótesis

2.1.1. Hipótesis general

El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

2.1.2. Hipótesis específicas

- El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.
- El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 7. Variable: Conocimiento en salud bucal

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	VALORES DE LA ESCALA
CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL	Hábitos alimenticios	Alimentos ácidos Alimentos carbohidratados	¿Consumes alimentos ácidos? ¿Te excedes en el consumo de alimentos ácidos? ¿Sabías que el consumo excesivo de alimentos ácidos produce erosión dental? ¿Consumes carbohidratos? ¿Te excedes en el consumo de carbohidratos? ¿Sabías que el consumo excesivo de carbohidratos produce caries dental?	Prueba de evaluación	Escala ordinal 5 , 4 , 3 , 2 , 1
	Higiene Bucal	Piezas dentarias Periodonto	¿Te cepillas los dientes tres veces al día? ¿Le dedicas al cepillado de dientes el tiempo de 2 minutos cada vez que lo haces? ¿Consideras que tu cepillado dental es la adecuada? ¿Te sangran las encías al cepillado? ¿Utiliza el hilo dental en su higiene bucal? ¿Utiliza enjuagues bucales en su higiene bucal?		
	Atención clínica profesional	Profilaxis Restauraciones dentales	¿Tienes conocimiento de la importancia de la profilaxis dental? ¿Visitas al odontólogo para realizarte una profilaxis dental al menos una vez al año? ¿Su odontólogo le enseñó las técnicas del cepillado? ¿Usted ha acudido al odontólogo para algún tipo de restauración dental? ¿El odontólogo le comunico los cuidados que debe tener con sus restauraciones dentales? ¿Te sientes satisfecho con las restauraciones dentales que le realizó su odontólogo?		

Tabla 8. Variable: Calidad de vida

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	VALORES DE LA ESCALA
CALIDAD DE VIDA	Psicobiológico	Nivel de autoestima	¿Te preocupa mucho la impresión que causas sobre los demás? ¿Te consideras una persona tímida? ¿Alguna vez sientes que nadie te estima o quiere?	Prueba de evaluación	Escala ordinal 5 , 4 , 3 , 2 , 1
		Nivel emocional	¿Se siente a menudo melancólico? ¿Tiene con frecuencia cambios de humor? ¿Afectan las emociones a sus decisiones?		
Nivel físico		¿Crees que realizas suficiente actividad física? ¿Crees que tu condición física es la adecuada? ¿Realizas actividad física al menos una vez por semana ?			
Interpersonal	La Comunicación	¿Se comunica abiertamente de manera tranquila? ¿La comunicación con sus compañeros es frecuente y efectiva? ¿Te consideras una persona poco comunicativa?			
	Capacidad para el trabajo en equipo	¿Está dispuesto a compartir recursos con sus compañeros? ¿Te consideras una persona responsable para trabajar en equipo? ¿Crees que te dificulta trabajar en equipo?			
	Calidad de las relaciones sociales	¿Te consideras tolerante con las personas de tu entorno? ¿Tienes interés en hacer amigos? ¿Te consideras capaz de relacionarte con personas introvertidas?			

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño metodológico

No experimental Descriptivo Este tipo de estudio descriptivo tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre dos variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. (Marroquín, 2012, p.4) Aunque la investigación correlacional no establece de forma directa relaciones causales, puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno. Este tipo de investigación descriptiva busca determinar el grado de relación existente entre las variables. (Ibarra, 2011, parr.7)

Alcance: La investigación realizada en primera instancia, cumplió un alcance descriptivo, debido a que se describieron las características de los miembros de la muestra de estudio, en base a las variables y sus respectivas dimensiones (Hernandez, Fernández y Baptista, 2014, p.14)

Por otro lado, se cumplió un alcance correlacional, debido a que se realizaron pruebas estadísticas de correlación con el fin de evaluar la

existencia de relación entre las variables de estudio, además de su tipo y fuerza.

Enfoque: La presente investigación fue realizada en base a enfoque cuantitativo, debido a que las actividades contaron con una planificación rigurosa y secuencial que comprendió entre otras, el planteamiento del problema, sus objetivos, la redacción de un marco teórico que permitió la formulación de una hipótesis, el diseño de una metodología, un trabajo de campo para la recolección de datos y la realización de un conjunto de pruebas estadísticas que permitieron poner a prueba la hipótesis y por ende, dar respuesta al problema planteado. (Henriquez, E. y Zepeda, M., 2003)

Transversal: Puesto que solo cada sujeto de la muestra fue abordado una sola vez, por lo que no se consideró ninguna actividad de seguimiento.

3.2. Diseño muestral

La población de la investigación está conformada por todos los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia. Se trabajará con todos los alumnos matriculados en el primer ciclo del semestre académico 2018-II, los cuales suman 23.

3.3. Técnicas de recolección de datos

Se utilizará el cuestionario estructurado en base a las dimensiones con los ítems especificados para evaluar el conocimiento sobre salud bucal.

La prueba de evaluación de conocimiento en salud bucal consta de 18 preguntas, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se considerará:

- Nivel de conocimiento de hábitos alimenticios

- Nivel de conocimiento de higiene bucal
- Nivel de conocimiento en la atención clínica profesional

La prueba de evaluación de calidad de vida consta de 18 preguntas, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se considerará:

- Calidad de vida Psicobiológico
- Calidad de vida interpersonal

Las pruebas de evaluación se aplicarán al personal sujeto de la muestra. Voy a emplear dicha técnica porque es una técnica de recolección de datos que me va a permitir determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento en salud bucal y la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la facultad de Odontología de la USMP.

La fiabilidad y la validez de contenido de mi instrumento de recolección de datos se harán mediante la técnica de juicio de expertos. En nuestro caso estos expertos son designados por la USMP y ellos determinaran, si los ítems (indicadores) que componen cada variable son pertinentes y exhaustivos (suficientes). El número de expertos requeridos para la presente investigación son 3. En caso de sugerencias de algún experto para cambiar y/o modificar algún ítem se tendrá que hacer cambios en la prueba de evaluación y en el cuestionario.

3.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Análisis descriptivo: Se recurrió a tablas de frecuencia y gráficos de barra para las variables de estudio y sus respectivas dimensiones.

Para la prueba de hipótesis se recurrió a la Prueba de Correlación de Pearson, considerando un error inferior al 5% para aceptar la existencia de

correlación, así como una fuerza mínima de 70% para aceptar que esta correlación fue significativa.

3.5. Aspectos éticos

En la elaboración del proyecto de tesis, se dará cumplimiento a la Ética Profesional, desde su punto de vista especulativo con los principios fundamentales de la moral individual y social; y el punto de vista práctico a través de normas y reglas de conducta para satisfacer el bien común, con juicio de valor que se atribuye a las cosas por su fin existencial y a las personas por su naturaleza racional, enmarcadas en el Código de Ética de la USMP, dando observancia obligatoria a los siguientes principios fundamentales:

- Integridad.
- Objetividad.
- Competencia profesional y debido cuidado.
- Confidencialidad.
- Comportamiento profesional

En general, el desarrollo se ha llevado a cabo prevaleciendo los valores éticos, como proceso integral, organizado, coherente, secuencial, y racional en la búsqueda de nuevos conocimientos con el propósito de encontrar la verdad o falsedad de conjeturas y coadyuvar al desarrollo de la ciencia médica.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos de la primera variable

Variable 1: Conocimiento en salud bucal

Tabla 9. Frecuencias de la primera variable

Nivel	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	[18-31]	3	14.29%
Bajo	[32-45]	1	4.76%
Medio	[46-59]	8	38.10%
Alto	[60-73]	7	33.33%
Muy alto	[74-90]	2	9.52%

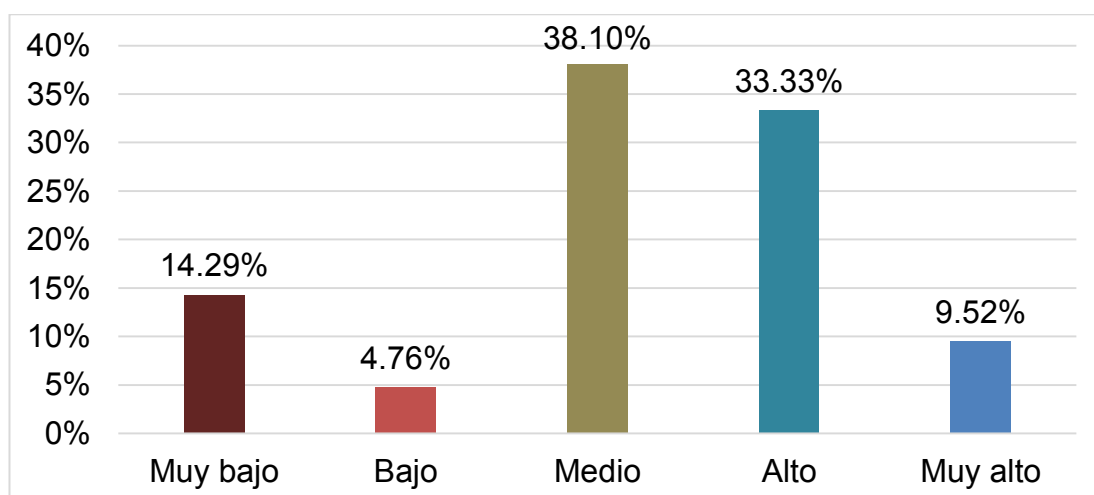


Figura 1. Gráfico de barras para la primera variable.

De acuerdo con la tabla 6 y la figura 1, se puede apreciar que el 14.29% de los alumnos encuestados indicó un nivel muy bajo respecto a sus conocimientos sobre salud bucal, mientras que el 4.76% indicó un nivel bajo, el 38.10% indicó un nivel medio, el 33.33% indicó un nivel alto y el 9.52% indicó un nivel muy alto.

Dimensión 1: Hábitos alimenticios

Tabla 10. Frecuencias de la primera dimensión

Nivel	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	[6-10]	3	14.29%
Bajo	[11-15]	2	9.52%
Medio	[16-20]	8	38.10%
Alto	[21-25]	6	28.57%
Muy alto	[26-30]	2	9.52%

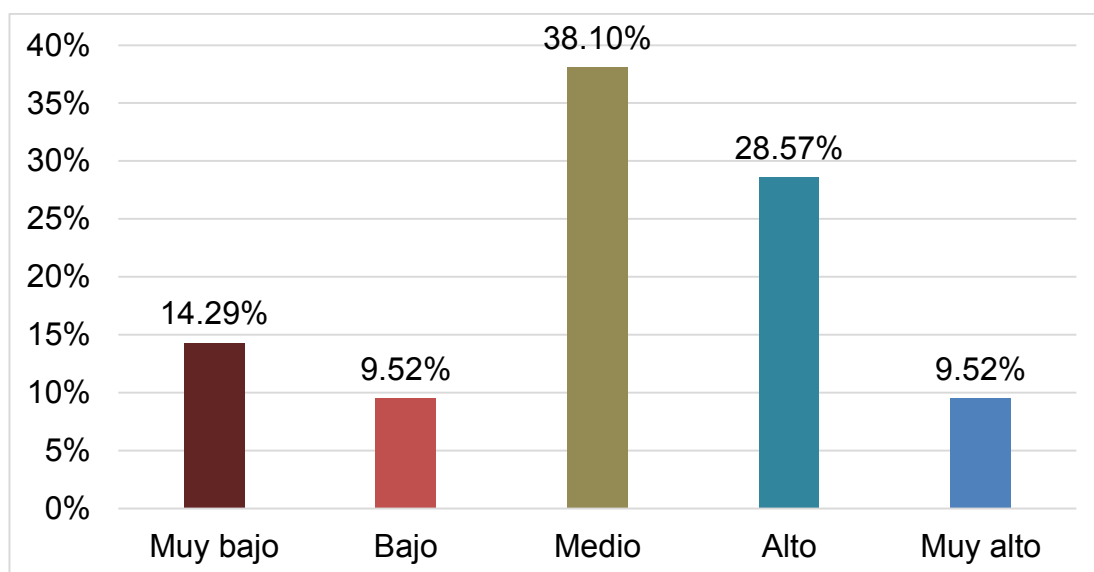


Figura 2. Gráfico de barras para la primera dimensión

De acuerdo con la tabla 7 y la figura 2, se puede apreciar que el 14.29% de los alumnos encuestados indicó un nivel muy bajo respecto a sus hábitos alimenticios, mientras que el 9.52% indicó un nivel bajo, el 38.10% indicó un nivel medio, el 28.57% indicó un nivel alto y el 9.52% indicó un nivel muy alto.

Dimensión 2: Higiene bucal

Tabla 11. *Tabla de frecuencias de la segunda dimensión*

Nivel	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	[6-10]	3	14.29%
Bajo	[11-15]	5	23.81%
Medio	[16-20]	8	38.10%
Alto	[21-25]	4	19.05%
Muy alto	[26-30]	1	4.76%

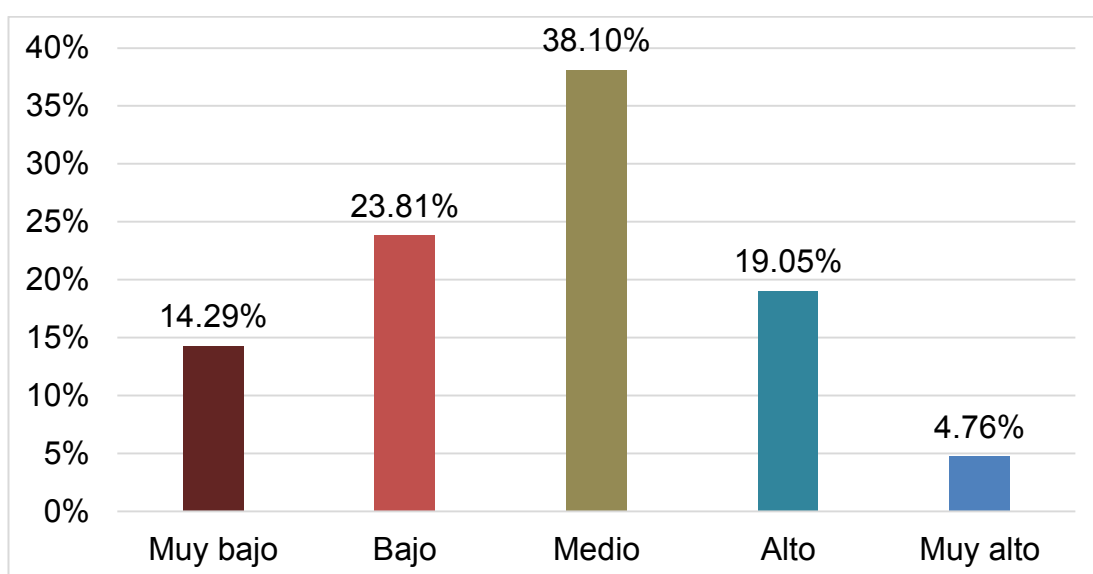


Figura 3. Gráfico de barras para la segunda dimensión

De acuerdo con la tabla 8 y la figura 3, se puede apreciar que el 14.29% de los alumnos encuestados indicó un nivel muy bajo respecto a su higiene bucal, mientras que el 23.81% indicó un nivel bajo, el 38.10% indicó un nivel medio, el 19.05% indicó un nivel alto y el 4.76% indicó un nivel muy alto.

Dimensión 3: Atención clínica profesional

Tabla 12. Frecuencias de la tercera dimensión

Nivel	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	[6-10]	2	9.52%
Bajo	[11-15]	3	14.29%
Medio	[16-20]	4	19.05%
Alto	[21-25]	6	28.57%
Muy alto	[26-30]	6	28.57%

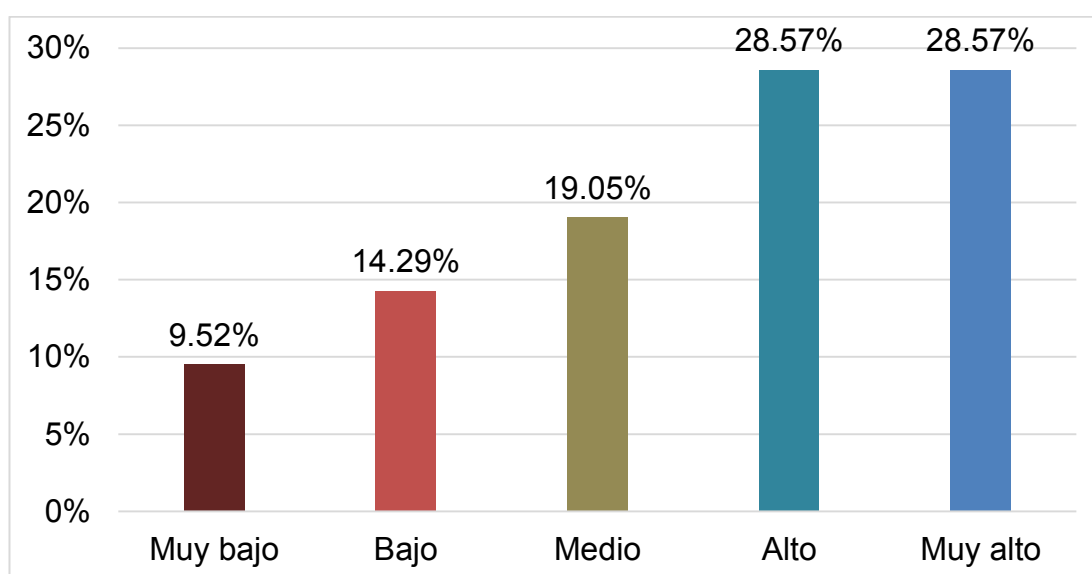


Figura 4. Gráfico de barras para la tercera dimensión

De acuerdo con la tabla 9 y la figura 4, se puede apreciar que el 9.52% de los alumnos encuestados indicó un nivel muy bajo respecto a atención médica profesional, mientras que el 14.29% indicó un nivel bajo, el 19.05% indicó un nivel medio, el 28.57% indicó un nivel alto y el 28.57% indicó un nivel muy alto.

4.2 Resultados descriptivos de la segunda variable

Variable 2: Calidad de vida

Tabla 13. Frecuencias de la segunda variable

Nivel	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	[18-31]	3	14.29%
Bajo	[32-45]	1	4.76%
Medio	[46-59]	9	42.86%
Alto	[60-73]	5	23.81%
Muy alto	[74-90]	3	14.29%

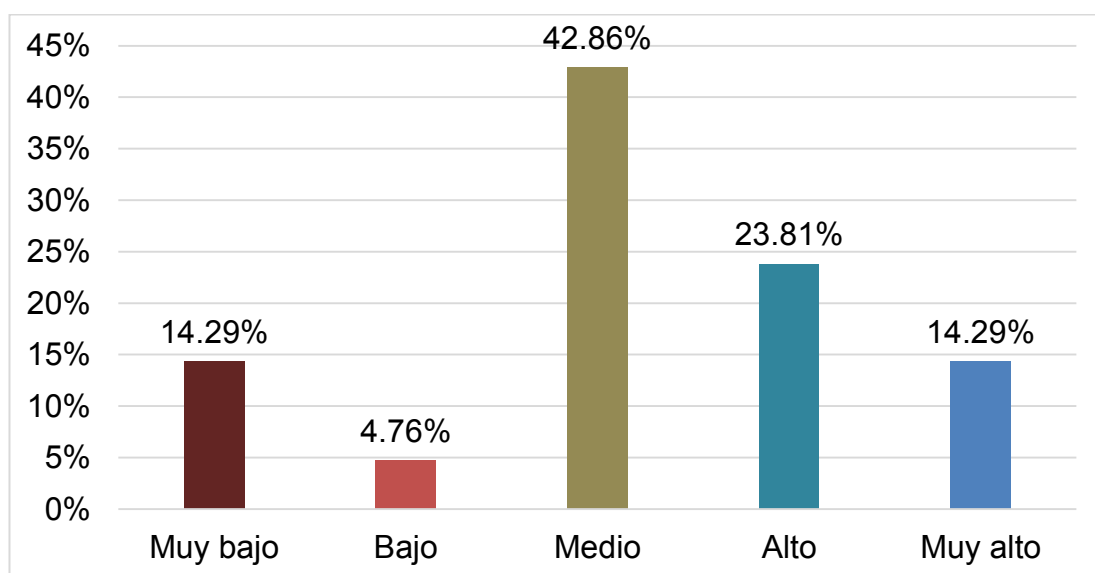


Figura 5. Gráfico de barras para la segunda variable

De acuerdo con la tabla 10 y la figura 5, se puede apreciar que el 14.29% de los alumnos encuestados indicó un nivel muy bajo respecto a su calidad de vida, mientras que el 4.76% indicó un nivel bajo, el 42.86% indicó un nivel medio, el 23.81% indicó un nivel alto y el 14.29% indicó un nivel muy alto.

Dimensión 1: Psicobiológico

Tabla 14. Frecuencias de la primera dimensión

Nivel	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	[9-16]	3	14.29%
Bajo	[17-24]	6	28.57%
Medio	[25-31]	7	33.33%
Alto	[32-38]	3	14.29%
Muy alto	[39-45]	2	9.52%

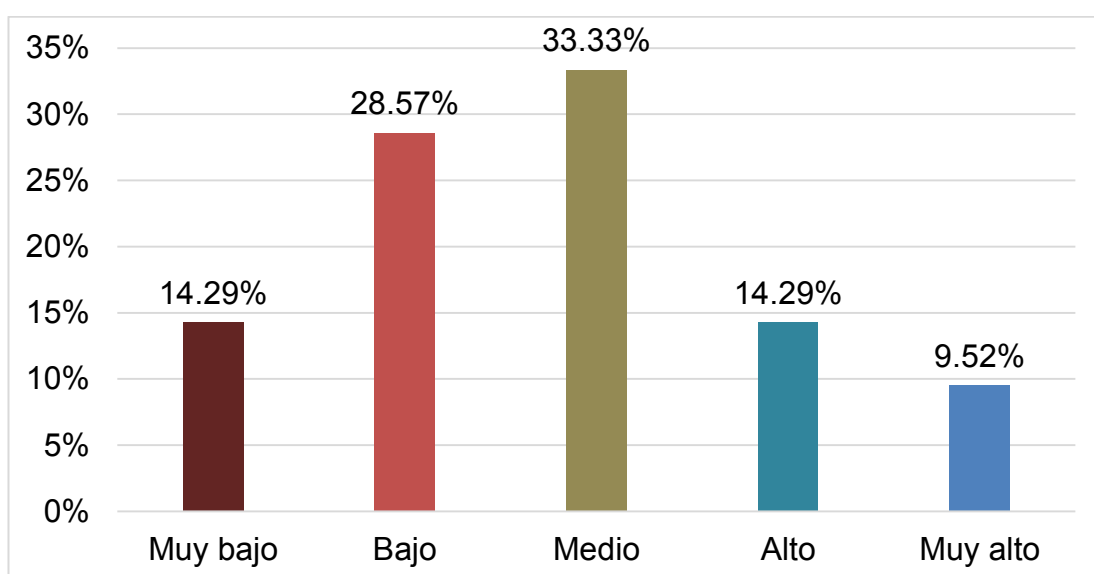


Figura 6. Gráfico de barras para la primera dimensión

De acuerdo con la tabla 11 y la figura 6, se puede apreciar que el 14.28% de los alumnos encuestados indicó un nivel muy bajo respecto a su calidad de vida psicobiológico, mientras que el 28.57% indicó un nivel bajo, el 33.33% indicó un nivel medio, el 14.29% indicó un nivel alto y el 9.52% indicó un nivel muy alto.

Dimensión 2: Interpersonal

Tabla 15. Frecuencias de la segunda dimensión

Nivel	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	[9-16]	2	9.52%
Bajo	[17-24]	2	9.52%
Medio	[25-31]	5	23.81%
Alto	[32-38]	10	47.62%
Muy alto	[39-45]	2	9.52%

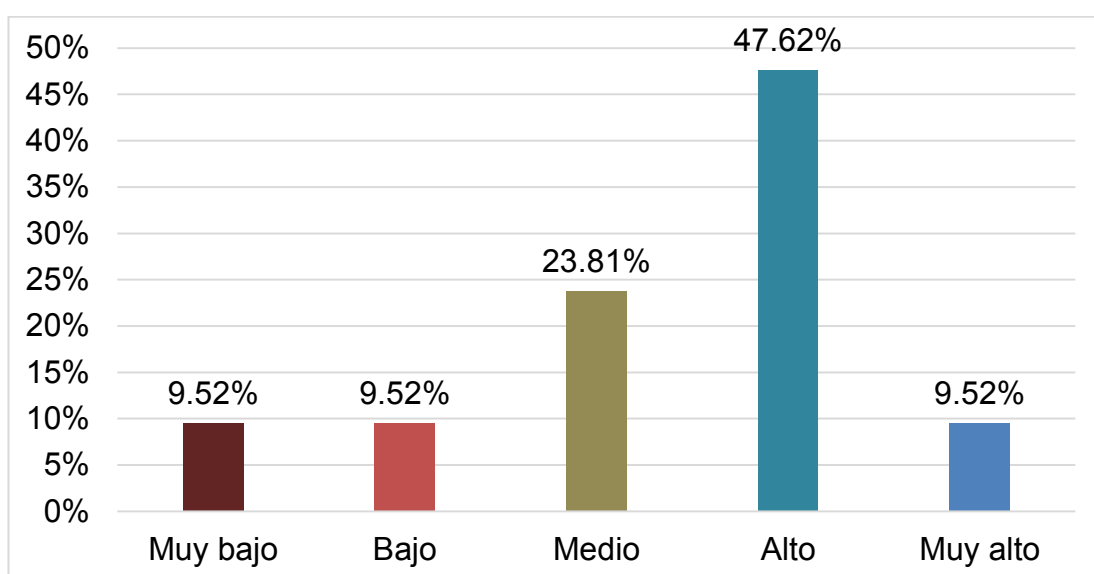


Figura 7. Gráfico de barras para la segunda dimensión

De acuerdo con la tabla 12 y la figura 7, se puede apreciar que el 9.52% de los alumnos encuestados indicó un nivel muy bajo respecto calidad de vida interpersonal, mientras que el 9.52% indicó un nivel bajo, el 23.81% indicó un nivel medio, el 47.62% indicó un nivel alto y el 9.52% indicó un nivel muy alto.

4.3 Pruebas de hipótesis

Para la prueba de las hipótesis formuladas, fue necesario recurrir a pruebas estadísticas de correlación, por lo que se revisaron los tipos de variables y dimensiones comprometidas. Esta revisión dio lo siguiente:

Tabla 16. *Revisión de los tipos de variables y dimensiones evaluadas*

Variable - dimensión	Tipo
Variable 1 Conocimiento sobre salud bucal	Variable cuantitativa
Variable 2 Calidad de vida	Variable cuantitativa
Dimensión 1 Psicobiológico	Dimensión cuantitativa
Dimensión 2 Interpersonal	Dimensión cuantitativa

Como se puede apreciar en la tabla 16, las variables de estudio y las dimensiones fueron de tipo cuantitativo, por lo que se recurrió a pruebas de normalidad para determinar el uso de una prueba de correlación paramétrica o no paramétrica. Por tal motivo, y teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra (21) fue pequeño (inferior a 30), se recurrió a la Prueba de Normalidad de Shapiro-Wilk, considerando un error inferior al 5% (0.05) para determinar que las distribuciones sean significativamente distintas a la normal. Esta prueba dio los siguientes resultados:

Tabla 17. *Resultados de las pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk*

Variable - dimensión	Error calculado	Tipo de distribución
Variable 1 Conocimiento sobre salud bucal	0.082006	Semejante a la normal
Variable 2 Calidad de vida	0.172496	Semejante a la normal
Dimensión 1 Psicobiológico	0.741894	Semejante a la normal
Dimensión 2 Interpersonal	0.076938	Semejante a la normal

Como puede apreciarse en la tabla 17, en todos los casos se cumplieron distribuciones semejantes a la normal, por lo que fue conveniente recurrir a pruebas paramétricas de correlación. Por tanto, se recurrió a la Prueba de Correlación de Pearson, considerando un error inferior al 5% (0.05) para aceptar la existencia de correlación. Además, los coeficientes de correlación, para cada prueba de hipótesis, fueron evaluados de acuerdo con los siguientes criterios:

Tabla 18. *Criterios para evaluación del coeficiente de correlación*

Valores	Significado
[-1.00]	Correlación negativa perfecta
<-1.00 — -0.90]	Correlación negativa muy alta
<-0.90 — -0.70]	Correlación negativa alta
<-0.70 — -0.40]	Correlación negativa moderada
<-0.40 — -0.20]	Correlación negativa baja
<-0.20 — - 0.00>	Correlación negativa muy baja
[0.00]	Correlación nula
<0.00 — 0.20>	Correlación positiva muy baja
[0.20 — 0.40>	Correlación positiva baja
[0.40 — 0.70>	Correlación positiva moderada
[0.70 — 0.90>	Correlación positiva alta
[0.90 — 1.00>	Correlación positiva muy alta
[1.00]	Correlación positiva perfecta

Correlaciones deseadas: positiva alta, muy alta y perfecta.

Prueba de la hipótesis principal

El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

Tabla 19. *Resultados de la prueba de correlación para la hipótesis principal*

Variables evaluadas	Resultados de correlación
Variable 1 Conocimiento sobre salud bucal	Error calculado 2.6054E-9
Variable 2 Calidad de vida	Coefficiente de correlación 0.922840

Como se aprecia en la tabla 19, el error calculado de (rho) Spearman (2.6054E-9) fue inferior al establecido (0.05). Por tal motivo, se aceptó la existencia de correlación. Por otro lado, el coeficiente de correlación de (rho) Spearman (0.922840) indicó que esta fue positiva y muy alta.

Por tanto, se aceptó la hipótesis principal, especificando lo siguiente: El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona positiva y significativamente con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

Prueba de la primera hipótesis derivada

El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

Tabla 20. *Resultados de la prueba de correlación para la primera hipótesis derivada*

Variable y dimensión evaluadas	Resultados de correlación
Variable 1 Conocimiento sobre salud bucal	Error calculado 0.000007
Dimensión 1 Psicobiológico	Coefficiente de correlación 0.813349

Como se aprecia en la tabla 20, el error calculado de (ρ) Spearman (0.000007) fue inferior al establecido (0.05). Por tal motivo, se aceptó la existencia de correlación. Por otro lado, el coeficiente de correlación de (ρ) Spearman (0.813349) indicó que esta fue positiva y alta.

Por tanto, se aceptó la primera hipótesis derivada, especificando lo siguiente: El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona positiva y significativamente con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

Prueba de la segunda hipótesis derivada

El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

Tabla 21. Resultados de la prueba de correlación para la segunda hipótesis derivada

Variable y dimensión evaluadas	Resultados de correlación
Variable 1 Conocimiento sobre salud bucal	Error calculado 9.8572E-10
Dimensión 2 Interpersonal	Coefficiente de correlación 0.930568

Como se aprecia en la tabla 21, el error calculado de (ρ) Spearman (9.8572E-10) fue inferior al establecido (0.05). Por tal motivo, se aceptó la existencia de correlación. Por otro lado, el coeficiente de correlación (ρ) Spearman (0.930568) indicó que esta fue positiva y muy alta.

Por tanto, se aceptó la segunda hipótesis derivada, especificando lo siguiente: El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona positiva y significativamente con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación han demostrado que el nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona de forma positiva con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP, con un error del 2.6054E-7% y una fuerza del 92.2840%. Esto tiene coincidencia con los resultados de Villareal Neyra (2012), quien concluyó que el dominio de prácticas preventivas contra la caries de sus adultos mayores abordados se relaciona positivamente con su percepción de calidad de vida, con un error del 4.00 %; no obstante, la fuerza de esta correlación fue solo del 19.10 %, lo cual debe deberse a la existencia de otros factores influyentes en las percepciones de sus adultos mayores, peculiares con su situación.

También se observó una coincidencia con los resultados de Vallejo Aguirre (2016), quien determinó la existencia de una correlación con fuerza del 78.10% entre las buenas prácticas de salud bucal y la calidad de vida en sus alumnos abordados; además que destacó una fuerza significativamente superior en los alumnos provenientes de instituciones privadas, con un error aproximado del 0.01%. Del mismo modo, se apreciaron coincidencias con los resultados de Gutiérrez Quispe (2018), quien determinó una correlación significativa entre la

salud bucodental y la calidad de vida de sus alumnos abordados, por medio de un error aproximado de 0.00% y una fuerza de correlación del 71.70%.

Por otro lado, la presente investigación demostró una correlación positiva entre el nivel de conocimiento en salud bucal y la calidad de vida psicobiológico de los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP, con un error del 0.0007% y una fuerza positiva y alta del 81.3349%. Esto guarda coincidencia con los resultados de Galecio Calle (2017), quien concluyó en una correlación negativa entre la existencia de dientes permanentemente cariados y el bienestar emocional de sus alumnos abordados, con un error inferior al 0.1%.

Finalmente, la presente investigación demostró una correlación positiva entre el nivel de conocimiento en salud bucal y la calidad de vida interpersonal de los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP, con un error del 9.8572E-8% y una fuerza positiva y alta del 93.0568%. Esto guarda coincidencia con los resultados de Galecio Calle (2017), quien concluyó en una correlación negativa entre la existencia de dientes permanentemente cariados y el bienestar social de sus alumnos abordados, con un error aproximado del 0.5%.

También se observó coincidencia con los resultados de Rodríguez (2016), quien concluyó que los dominios sobre salud bucal de sus alumnos abordados se relacionan positivamente con su estilo de vida, con un error del 0.1856 % y una fuerza del 85.36 %. Además, se mantiene una coincidencia con los resultados de Tello (2017), quien concluyó que los alumnos que conocen más sobre higiene bucal tienden a vivir una mayor calidad, gracias a un error del 1.005 % y una fuerza del 96.321 %

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona de forma positiva con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP, con un error del 2.6054E-7%, además que esta relación es muy alta, gracias a una fuerza del 92.2840%.
- El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona de forma positiva con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP, con un error del 0.0007% además que esta relación es alta, gracias a una fuerza del 81.3349%.
- El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona de forma positiva con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP, con un error del 9.8572E-8%, además que esta relación es muy alta, gracias a una fuerza del 93.0568%.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres reforzar las prácticas de salud bucal en sus alumnos, desde los primeros ciclos de estudio, por medio de su Oficina de Bienestar Universitario. Para ello, recomendable contar con el apoyo de sus docentes y centros odontológicos con los que se dispongan convenios.
- Por otro lado, se recomienda que la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, por medio de su Oficina de Extensión y Proyección Universitaria dirija programas de concientización y capacitación en el cuidado de la salud bucal en las diferentes facultades de la mencionada casa de estudios, contando con el apoyo de sus docentes y la participación de sus alumnos, incentivados por el reconocimiento como prácticas pre profesionales.
- Del mismo modo, se recomienda que la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, por medio de Oficina de Extensión y Proyección Universitaria, realiza campañas de cuidado de la salud bucal en instituciones educativas públicas y privadas de Lima Metropolitana, con lo que se espera que calidad de vida de los alumnos de educación básica

regular mejore de forma significativa. Esta iniciativa deberá contar tanto con el apoyo del personal docente como de los alumnos de pregrado, con el respectivo reconocimiento de prácticas pre profesionales hacia su labor.

- Finalmente, se recomienda que la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, dedique un esfuerzo en la elaboración de artículos científicos respecto a las labores sociales relacionadas con las anteriores recomendaciones, además de evaluar la posibilidad de redactar nuevos libros; con ello, se espera que estos esfuerzos por la mejora de la salud bucal sea replicado en otras universidades e instituciones educativas de todos los niveles.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Abanto, J., Carvalho, T., Mendes, P., Wanderley, M., Bonecker, M. y Ragio, D. (2011). Impact of oral diseases and disorders on oral health related quality of life of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 8(12), 114. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21029148>
- Abanto, J., Tello, G., Cunha, G., Butini, L., Murakami, C. y Bönecker, M. (2015). Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population populationbased. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 2(18), 28.
- Aguilar, S. (2018). Grado de entendimiento sobre hábitos de higiene oral en adolescentes de una institución educativa. (Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima- Perú). Recuperado de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2759/TESIS_%20STEPHANY%2C%20AGUILAR%20GUTARRA.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Arostegui, I. (2002). *Calidad de vida y retraso mental*. Bilbao: Mensajero.
- Arweiler, N., Netuschil, L. y Reich E. (2001). Alcohol- free mouthrinse solutions to reduce supragingivalplaque regrowth and vitality. a controlled clinical study. *J. clin Periodontol*, 28, 168-174.
- Aubert, J.; Sanchez, S., Castro, R., Monsalves, M., Castillo, P. y Moya, P. (2014). Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la

- comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe. *Chile. Int. J. (Odontostomat, 8(1), 141-145.)* Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100019
- Avensur, L., Bustamante, E. y otros. (2000). *Elementos básicos para nuestra Formación* (1 ed.). Lima, Perú: Impreso Gráficos SRL.
- Bagdadi, Z. y Muhajarine, N. (2015). Effects of Dental Rehabilitation under General Anesthesia on Children's Oral – Health Related Quality of Life: Audi Arabian Parents' Perspective. *Dent J, 3, 1-13.* doi:10.3390/dj3010001
- Bascones. (2006). Antisépticos orales, revisión de la literatura y perspectiva actual. *Av. PeriodonImplanto, 18(1), 31-59.*
- Biesbrock, A; Bartizek, R, Walters, P. (2008). Improved plaque removal efficacy with a new manual toothbrush. *Published in The journal of contemporary.* doi:10.5005/jcdp-9-4-1
- Blumenthal, D. (1996). Effects of market reforms on doctors and their patients. *Health Aff (Millwood), 15(2), 170-84.* doi: 10.1377/hlthaff.15.2.170
- Bonecker, M., Abanto, J., Nahas, S., Pettorossi, J., Guedes, A. (2014). *Problemas bucales en odontopediatria: Uniendo la Evidencia científica a la practica clínica.* (1 ed.). Madrid: Ripano.
- Brody, L. (1999). *Gender, Emotion, and the Family.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Calero, M. (2000). *Autoestima y docencia.* Lima-Peru: Editorial San Marcos.
- California Dental Association. (2012). Salud Bucal. *CDA, 1.* Recuperado de http://www.cda.org/portals/0/pdfs/fact_sheets/oral_health_spanish.pdf
- Campos, F., Vazquez, F., Cortellazzi, K., Guerra, L., Ambrosano, G. y Meneghim, M. (2015). Máoclusao e sua associacao com variaveis socioeconomicas habitos e cuidados emcriancas de cinco anos de idade. *Revista de Odontologia da UNESP, 42(1), 160-166.* Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-25772013000300003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Carr, E., McLaughlin, M., Giacobbe-Grieco, T. y Smith, C. (2003). Using mood ratings and mood induction in assessment and intervention for severe problem behavior. *American Journal on Mental Retardation, 108(1), 32-55.* Recuperado de 10.1352/0895-8017(2003)108<0032:UMRAMI>2.0.CO;2

- Caspersen, C., Powell, K. y Christenson, G. (1985). Physical-activity, exercise, and physical-fitness - definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-31. Recuperado de [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=977102](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=977102)
- Celia, D. y YTulsky, D. (1990). Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4, 29-38. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/21013442_Measuring_Quality_of_Life_Today_Methodological_Aspects
- Celis, E., Flores, C., Santa Cruz, I. (2015). Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una Institución Educativa en la provincia de Chiclayo-Lambayeque, 2014. (Tesis de licenciatura Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71999776.pdf>
- Chong, M. e. (2007). Educación odontológica en escolares de 7-9 años del colegio Andrés Rázuri del distrito San Martín de Porres. *Odontología Sanmarquina* ; 10(2): , 21-23.
- Cohen, L, y Jago, J. (1976). Hacia la formulación de indicadores sociodentales. *Int J Salud Serv*, 6, 681 - 7.
- De la Fuente, J., Aguilar, F., Villanueva, M. (2015). Emerging Trends in Oral Health Sciences and Dentistry. *Oral Health Related Quality of Life, In Tech - open science, open minds*(12), 22. Recuperado de <http://www.odonto.unam.mx/index.php/es/salud-publica>
- Diaz, S., Gonzalez, F., Vidal, M., Tirado, L., Martelo, J., Guzman, E. (2013). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los Adultos atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena. (Tesis doctoral, Universidad de Cartagena, Cartajena, Colombia). Recuperado de <http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/11227/2622/1/TESIS%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20ADULTOS%20JOVENES%20Y%20MADUROS-2013%20EDWIN%20Y%20JULIE..pdf>
- Editorial Definición MX. (2014). *Definición de Interpersonal*. Recuperado de <https://definicion.mx/interpersonal/>

- Espinoza, M. y León, R. (2015). Prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de una Universidad Particular Peruana. *Rev. Estomatol Herediana*, 25(3), 187-193.
- Estudi Dental Barcelona. (2017). La profilaxis dental: ¿en qué consiste y cuándo es necesaria?. Recuperado de <https://estudidentalbarcelona.com/la-profilaxis-dental-consiste-cuando-necesaria/>
- Galecio, R. (2017). *Impacto de la caries dental en la calidad de vida de los escolares de 11-14 años de la institución educativa Carlos Augusto Salaverry- La Victoria 2016*. Tesis de maestría, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú. Recuperado de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4049/TESIS%20MAESTRIA%20CALIDAD%20DE%20VIDA.%20OROSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez, A. (2001). El sociograma, estudio de las relaciones informales en las organizaciones. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 18, 111-114. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/31729631_El_sociograma_estudio_de_las_relaciones_informales_en_las_organizaciones
- Gutierrez, Z. (2018). Salud bucodental y calidad de vida de los escolares de doce años de la institución educativa Inca Manco Cápac 109, San Juan de Lurigancho, Lima 2018. (Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo, Lima- Peru). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22571>
- Henriquez, E. y Zepeda, M. (2003). Preparación de un proyecto de investigación. *Cienc. enferm. Concepción dic.* , 9(2).
- Hernández, A., Vilcarromero, S., Rubilar, J. (2015). Desatención a la salud oral infantil como problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 1(32(3):), 603-616. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300029
- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com>

- Hidashida, B. (2000). *Odontología Preventiva* (1 ed.). México: Editorial MC Grawhill Interamericana S.A.
- Hujoel, P., Cunha-Cruz, J, Banting, D, Loesche, W. (2006). Dental Flossing and Interproximal Caries: a Systematic Review. *Journal Sage*. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/154405910608500404?journalCode=jdrb>
- Hunt, J. (1996). *La Dirección de personal en la Empresa*. España: Editorial McGraw-Hill International.
- Ibarra, C. (2011, parr.7). *Metodología de la Investigación*. Recuperado de <http://metodologadelainvestigacinsiis.blogspot.com/2011/10/tipos-de-investigacion-exploratoria.html>
- Inostroza, H. (1992). *Alimentación y nutrición básica*. Perú: EdSola.
- Iruretagoyena, A. (2007). *Manual de ceremonial y protocolo*. Argentina: Dunken.
- ISO 28158. (2010). *Dentistry - Integrated dental floss and handles* (1 ed.). ISO, Standard international 28158.
- Kemper, T. (1987). How many emotions are there? Wedding the social and autonomic components. *American Journal of Sociology*, 93, 263–289. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/2779585?seq=1#page_scan_tab_contents
- Kids Health. (2014). *La visita al dentista*. Recuperado de <https://kidshealth.org/es/kids/go-dentist-esp.html>
- Kinlaw, D. (1991). *Desarrollo de Equipos de Trabajo. Constitución de calidad y competitividad. En Equipos de Trabajo Efectivos*. Argentina: Editorial Lexington.
- Lawler, E. (1999). Bringing emotions into social exchange theory. *Annual Review of Sociology*, 25, 217–244. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/223504?seq=1#page_scan_tab_contents
- Locker, D. y Quiñonez, D. (2011). To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent. Oral Epidemiol*, 1(39), 3-11. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/49642260_To_what_extent_do_oral_disorders_compromise_the_quality_of_life
- Loe, H., Theilade, E. y Jensen, S. (1965). Experimental gingivitis in man. *Journal Of Periodontology*, 36, 177- 87.

- Lynda Boyer-Chu, RN. (2005). MPH Salud y seguridad en establecimientos de cuidado de niños: Promoviendo la salud bucal infantil . *California Childcare Health Program*.
- Marqués, P., Farrerons, L., Arian, N., y Quiroga, E. (2012). Las relaciones informales: un valor añadido en la gestión de personas. *Revista electrónica Enfermería Global*, 26, 310-323. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200020
- Marroquín, R. (2012). *Metodología de la investigación*. Universidad Nacional De Educación Enrique Guzmán y Valle, Programa de Titulación, Lima, Perú. Recuperado de http://www.une.edu.pe/Sesion04-Metodologia_de_la_investigacion.pdf
- Martín, R. (2012). *Salud bucal y alimentación. Patologías bucodentales relacionadas con alteraciones nutricionales*. Recuperado de <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documentos/Documentos-Publica/2012-MAQUETACION-MATERIAL-FORMATIVO-Salud-bucal-alimentacion-Tema-4.pdf>
- Marun, J. (2012). *Protocolo de higiene oral*. Fundación Caminos.
- Mazias, C. (2010). *Guía de práctica clínica en salud oral* . Bogotá: Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC.
- Meneses, E. (2010). Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid-España). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>
- Minaya, S., & Tito, R. (2012). Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del puesto de salud La Florida de distrito de Chimbote, provincia del santa, departamento de Ancash- Noviembre 2012 (Tesis de licenciatura, Universidad Católica Los Angeles, Chimbote-Perú)
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Norma técnica para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival*. Bogotá, Colombia: Bogotá Bicentenario.
- Minsal. (2010). *Estrategia Nacional De Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Recuperado de

- <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf> 2010
- Napoles, M. (2012). Asertividad. Promotores deportivos comunitarios y salud. *Revista digital Educación física y deportes*, 16(165). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4267035.pdf>.
- Odontólogos. (2013). *Salud Bucal*. Recuperado de <https://www.odontologos.mx/pacientes/noticias/904/salud-bucal>
- OMS. (12 de Abril de 2012). Salud bucal. Nota Informativa Nro 318. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Paz, F. (10 de Febrero de 2016). Normas Legales. *El Peruano*, pág. 33.
- Pérez, J. y Merino, M. (2013). *Definición de psicobiología*. Recuperado de <https://definicion.de/psicobiologia/>
- Porporatto, M. (2015). *Calidad de vida*. Recuperado de <https://quesignificado.com/calidad-de-vida/>
- Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Col. Cardiol*, 14(4). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000400004
- Ramos, J., Motta, T., Silva, L., Martins, S. y Ramos, M. (2015). Association between anterior open bite and impact on quality of life of preschool children. *Brazilian Oral Research*, 1(7), 29. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242015000100241
- Rodríguez, C. (2005). Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. (Tesis de licenciatura, Universidad de Chile, Santiago-Chile). Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/110717/rodriguez_c.pdf?sequence=4
- Rodríguez, M. (1999). *Una introducción a la filosofía de las emociones*. Madrid: Huerga & Fierro Editores.

- Rosel, E. (2009). Evaluación del programa de asistencia dental infantil en Andalucía: salud oral y calidad de vida oral. (Tesis doctoral, Universidad de Granada, Granada- España). Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/18131980.pdf>
- Sánchez, M. (2008). Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la provincia de salamanca. (Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Salamanca-España) Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/22511/DMPSPMM_Evaluacion%20estado%20salud%20bucodental.pdf;jsessionid=447888428E6E92B57E533468F6ECB751?sequence=1
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Sculean, A., Schwarz, F., Berakdar, M., Romanos, G., Brex, M., Willershausen, B. y Becker, J. (2004). Anon-surgical periodontal treatment with a new ultrasonic device (Vector-ultrasonic system) or hand instruments. 2004. *J Clin Periodontol*, 31(6), 428-33. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15142210>
- Silva, R. (2016). Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E Nro 66 “César Vallejo Mendoza” de la provincia de Chepén, región La Libertad, durante el año 2015. (Tesis de licenciatura, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Trujillo, Perú). Recuperado de <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/631>
- Slade, G. (1997). Measuring Oral Health and Quality of Life. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC201012/>
- UAL. (2003). *Naturaleza del conocimiento científico* . Recuperado de http://ual.dyndns.org/biblioteca/metodo_cientifico/pdf/unidad_03.pdf
- Vallejo, R. (2016). Calidad de vida en relación a la salud bucal y rendimiento académico en escolares de 11 a 12 años de edad del Cantón Azogues – Ecuador 2015. (Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú). Recuperado de <https://docplayer.es/57613886-Calidad-de-vida-en-relacion-a-la-salud-bucal-y-rendimiento-academico-en-escolares-de-11-a-12-anos-de-edad-del-canton-azogues-ecuador-2015.html>
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/778/77827102.pdf>

Villarreal, L. (2012). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de atención residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro. Año 2011. (Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú). Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3646/Impacto_VillarreaINeyra_Lisbeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Whetten, D. y Cameron, K. (2011). *Desarrollo de habilidades directivas* (8 ed.). México: Pearson Educación.

Zuñiga(2015). Página web. Recuperado de <http://julianampe.blogspot.com/2015/05/habitos-alimenticios.html>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Valores de la escala
<p>Problema General:</p> <p>¿En qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar en qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Nivel de conocimiento en salud bucal</p>	<p>Hábitos alimenticios</p> <p>Higiene Bucal</p> <p>Atención clínica profesional</p>	<p>Escala ordinal</p> <p>5 , 4 , 3, 2, 1</p>
<p>Problemas específicos:</p> <p>a) ¿En qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP?</p> <p>b) ¿En qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP?</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>a) Determinar en qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.</p> <p>b) Determinar en qué medida el nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.</p>	<p>Hipótesis específicas:</p> <p>a) El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida psicobiológico en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.</p> <p>b) El nivel de conocimiento en salud bucal se relaciona significativamente con la calidad de vida interpersonal en los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la USMP.</p>	<p>Variable 2:</p> <p>Calidad de Vida</p>	<p>Calidad de vida Psicobiológico</p> <p>Calidad de vida Interpersonal</p>	

Anexo 2. Instrumentos para la recolección de datos

PRUEBA DE EVALUACIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL

Nombres y Apellidos: _____

La presente prueba de evaluación tiene por finalidad recoger información acerca del NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES. La información que usted nos proporcione será utilizada solo con fines académicos y de investigación, por lo que se le agradece su valiosa información y colaboración.

Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi nunca	Nunca
5	4	3	2	1

1. ¿Consumes alimentos ácidos?
 - a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()

2. ¿Te excedes en el consumo de alimentos ácidos?
 - a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()

3. ¿Sabías que el consumo excesivo de alimentos ácidos produce erosión dental?
 - a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()

4. ¿Consumes carbohidratos?
 - a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()

5. ¿Te excedes en el consumo de carbohidratos?
 - a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()

6. ¿Sabías que el consumo excesivo de carbohidratos produce caries dental?
- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()
7. ¿Te cepillas los dientes 3 veces al día?
- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()
8. ¿Le dedicas al cepillado dental el tiempo de 2 minutos cada vez que lo haces?
- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()
9. ¿Consideras que tu cepillado dental es el adecuado?
- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()
10. ¿Te sangran las encías al cepillado?
- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()
11. ¿Utilizas el hilo dental en tu higiene bucal?
- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()
12. ¿Utilizas enjuagues en tu higiene bucal?
- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

13. ¿Tienes conocimiento de la importancia de la profilaxis dental?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
14. ¿Visitas al odontólogo para realizarte una profilaxis dental al menos una vez al año?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
15. ¿Tu odontólogo te enseñó las técnicas del cepillado?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
16. ¿Has acudido al odontólogo para algún tipo de restauración dental?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
17. ¿Tu odontólogo te comunica los cuidados que debe tener con sus restauraciones dentales?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi Nunca ()
 - e) Nunca ()
18. ¿Te sientes satisfecho con las restauraciones dentales que le realizó su odontólogo?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()

PRUEBA DE EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA

Nombres y Apellidos:

La presente prueba de evaluación tiene por finalidad recoger información acerca del "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES". La información que usted nos proporcione será utilizada solo con fines académicos y de investigación, por lo que se le agradece su valiosa información y colaboración.

Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi nunca	Nunca
5	4	3	2	1

1. ¿Te preocupa mucho la impresión que causas sobre los demás?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

2. ¿Te consideras una persona tímida?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

3. ¿Alguna vez sientes que nadie te estima o quiere?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

4. ¿Te sientes a menudo melancólico?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

5. ¿Tienes con frecuencia cambios de humor?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

6. ¿Afectan las emociones a tus decisiones?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

7. ¿Crees que realizas suficiente actividad física?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
8. ¿Crees que tu condición física es la adecuada?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
9. ¿Realizas actividad física al menos una vez por semana?
- a) Siempre ()
 - b) casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
10. ¿Te comunicas abiertamente de manera tranquila?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
11. ¿La comunicación con tus compañeros es frecuente y efectiva?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
12. ¿Te consideras una persona poco comunicativa?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
13. ¿Estás dispuesto a compartir recursos con sus compañeros?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()
14. ¿Te consideras una persona responsable para trabajar en equipo?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) Regularmente ()
 - d) Casi nunca ()
 - e) Nunca ()

15. ¿Crees que te dificulta trabajar en equipo?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

16. ¿Te consideras tolerante con las personas de tu entorno?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

17. ¿Tienes interés en hacer amigos?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

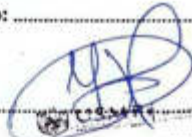
18. ¿Te consideras capaz de relacionarte con personas introvertidas?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Regularmente ()
- d) Casi nunca ()
- e) Nunca ()

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DE TESIS: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES

1. Nombre y Apellido: Geraldo Javier Páez Zacarias
 2. Institución donde trabaja: Facultad Odontología - USMP
 3. Cargo que desempeña: Docente clínica Mutagen II
 4. Especialidad: Rehabilitación Oral - USMP
 5. Maestría: Docencia e Investigación en Estomatología UNFV
 6. Doctorado: _____

Firma:  DNI: 09946128

Mg. Esp. Javier Páez Zacarias
COP N° 13753

CONTENIDO

Validar las pruebas 1 y 2 así como el instrumento de evaluación correspondientes que se utilizan para medir el nivel de conocimiento en salud bucal y la calidad de vida de los alumnos del primer ciclo de la facultad de Odontología de la Universidad De San Martín de Porres.

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo, marcando con una (X) en el casillero correspondiente.


N°	Indicadores	Definición	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa sin ambigüedades		✓			
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del proyecto		✓			
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio		✓			

4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende datos e instrucciones		✓			
5	Orden	Las preguntas han sido redactadas de manera ordenada		✓			
6	Marco de referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: Lenguaje y nivel de formación		✓			
7	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores		✓			
8	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado					

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DE TESIS: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES

1. Nombre y Apellido: EDUARDO JULIO CHAUCA EDWARDS
 2. Institución donde trabaja: CLÍNICA UNIVERSITARIA USMP
 3. Cargo que desempeña: DOCENTE DIAGNOSTICO
 4. Especialidad: GENERAL
 5. Maestría: DOCENCIA UNIVERSITARIA
 6. Doctorado: —

Firma:  DNI: 07700498
 C. D. EDUARDO CHAUCA EDWARDS
 DOCENTE DE DIAGNÓSTICO
 COP N° 4981

CONTENIDO

Validar las pruebas 1 y 2 así como el instrumento de evaluación correspondientes que se utilizan para medir el nivel de conocimiento en salud bucal y la calidad de vida de los alumnos del primer ciclo de la facultad de Odontología de la Universidad De San Martin de Porres.

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo, marcando con una (X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa sin ambigüedades	✓				
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del proyecto	✓				
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio	✓				

4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende datos e instrucciones	✓				
5	Orden	Las preguntas han sido redactadas de manera ordenada	✓				
6	Marco de referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: Lenguaje y nivel de formación	✓				
7	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores	✓				
8	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado	✓				

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE TESIS: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES

1. Nombre y Apellido: JORJE ALEJANDRO LEYES JAOEKREIN
2. Institución donde trabaja: CLINICA UNIVERSITARIA USMP
3. Cargo que desempeña: DOCENTE DE INTERVENCION CLINICA FO-USMP
4. Especialidad: ODONTOLOGIA DE PEDIATRIA ESPECIALIZADA
5. Maestría: INVESTIGACION Y DOCENCIA UNIVERSITARIA
6. Doctorado: _____

Firma:  DNI: 0810336



CONTENIDO

Validar las pruebas 1 y 2 así como el instrumento de evaluación correspondientes que se utilizan para medir el nivel de conocimiento en salud bucal y la calidad de vida de los alumnos del primer ciclo de la facultad de Odontología de la Universidad De San Martin de Porres.

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo, marcando con una (X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa sin ambigüedades	✓				
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del proyecto	✓				
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio	✓				

4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende datos e instrucciones	✓				
5	Orden	Las preguntas han sido redactadas de manera ordenada	✓				
6	Marco de referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: Lenguaje y nivel de formación	✓				
7	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores		✓			
8	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado		✓			

Anexo 3. Constancia emitida por la institución donde se realizó la investigación.



N° 01-2019-SECR-FO-USMP

LA SECRETARIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

HACE CONSTAR:

Que, el C.D. Luis Felipe Bonilla Murga ha realizado trabajo de campo consistente en una encuesta, para el desarrollo de su tesis titulada: "Nivel de conocimiento en salud bucal y calidad de vida de los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres", para optar el grado académico de Magister en Docencia e Investigación Universitaria en el Instituto para la Calidad de la Educación de la USMP.

Este trabajo de campo fue realizado con los estudiantes de la asignatura del primer ciclo de pregrado "Introducción a la Vida Universitaria y Métodos de Estudio".

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente a los doce días de setiembre de dos mil diecinueve.


Mg. LILIA INÉS MORI GUERRERO
SECRETARIA DE FACULTAD

LIMG/Nelly

Esta Facultad está acreditada internacionalmente por:  
Facultad de Odontología
Jr. Las Calandrias N° 151 - 291 - Santa Anita
Telf: 317-2130
odontologia@usmp.pe
www.usmp.edu.pe/odonto/index.php