



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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PATOLOGÍAS  
ODONTOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA EDUCACIÓN  
PREVENTIVA PARA LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE  
PORRES FILIAL NORTE**

**PRESENTADA POR  
MARÍA THELMA NORABUENA HUAPAYA**

**ASESOR  
OSCAR RUBÉN SILVA NEYRA**

**TESIS**

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

**LIMA – PERÚ**

**2019**



**CC BY-NC-SA**

**Reconocimiento – No comercial – Compartir igual**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PATOLOGÍAS  
ODONTOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA EDUCACIÓN  
PREVENTIVA PARA LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE  
PORRES FILIAL NORTE**

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

**PRESENTADA POR:  
MARIA THELMA NORABUENA HUAPAYA**

**ASESOR:  
DR. OSCAR RUBÉN SILVA NEYRA**

**LIMA, PERÚ**

**2019**

## **ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

### **ASESOR:**

Dr. Oscar Rubén Silva Neyra.

### **PRESIDENTA DEL JURADO**

Dra. Alejandra Dulvina Romero Díaz.

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

Dra. Patricia Edith, Guillén Aparicio.

Dr. José Eufemio, Lora Rodríguez.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a:

Mis padres y hermano por su apoyo y ejemplo de vida.

Mi esposo por el apoyo incondicional en todas mis aventuras.

Mis abuelitos que me guían desde el cielo.  
y a mí misma por el esfuerzo, tiempo y trabajo invertido.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi Alma Mater la Universidad San Martín de Porres, al Instituto para la Calidad de la Educación y a todos mis Maestros y Doctores por los conocimientos impartidos. A quienes participaron a realizar este estudio, compañeros y amigos de toda la vida y a los estudiantes de la Universidad San Martín de Porres Filial Norte

## ÍNDICE

<b>ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO</b> .....	ii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iv
<b>ÍNDICE</b> .....	v
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	viii
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	ix
<b>RESUMEN</b> .....	x
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b> .....	10
1.1. Antecedentes de la investigación .....	10
1.2. Bases teóricas .....	16
1.2.1 Variable 1: El conocimiento .....	16
1.2.2 Variable 2: Educación Preventiva para la Salud Bucal:.....	33
1.3 Definición de términos básicos.....	48

<b>CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	51
2.1 Formulación de la hipótesis .....	51
2.1.1 Hipótesis General .....	51
2.1.2 Hipótesis Derivadas.....	51
2.1.3 Variables.....	52
2.2 Operacionalización de variables .....	53
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	55
3.1 Diseño metodológico .....	55
3.2 Diseño Muestral.....	57
3.2.1 Población.....	57
3.2.2 Muestra .....	57
3.3 Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	58
3.4 Aspectos éticos.....	59
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b> .....	61
4.1 Datos Descriptivos:.....	61
4.2 Estadísticas básicas por variable: .....	75
4.2.1 Hipótesis Principal .....	75
4.2.2 Hipótesis Específica 1.....	76
4.2.3 Hipótesis Específica 2.....	78
4.2.4 Hipótesis Específica 3.....	79
4.2.5 Hipótesis Específica 4.....	80
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b> .....	82

<b>CONCLUSIONES</b> .....	84
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	85
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	93

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Nivel de conocimiento en patologías Odontológicas.....	61
<b>Tabla 2:</b> Educación preventiva para la salud .....	63
<b>Tabla 3:</b> Sujetos según edades .....	65
<b>Tabla 4:</b> Sujetos por sexo.....	67
<b>Tabla 5:</b> Sujetos por edad según sexo .....	69
<b>Tabla 6:</b> Porcentaje de sujetos por sexo según nivel de conocimiento en patologías odontológicas .....	71
<b>Tabla 7:</b> Porcentaje de sujetos por sexo según educación preventiva para la salud bucal .....	73

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Porcentaje de Sujetos según nivel de conocimiento en patologías Odontológicas.....	62
<b>Figura 2:</b> Porcentaje de sujetos según la educación preventiva para la salud bucal.....	64
<b>Figura 3:</b> Porcentaje de sujetos según edades .....	66
<b>Figura 4:</b> Porcentaje de sujetos según sexo .....	68
<b>Figura 5:</b> Sujetos por edad según sexo.....	70
<b>Figura 6:</b> Porcentajes de sujetos por sexo según nivel de conocimiento en patologías odontológicas .....	72
<b>Figura 7:</b> Porcentaje de sujetos por sexo según educación preventiva para la salud bucal .....	74

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables nivel de conocimiento en patologías odontológicas con la educación preventiva para la salud bucal en los jóvenes estudiantes de la facultad de odontología de la USMP Filial Norte 2018, con tal finalidad se aplicó el diseño observacional, no experimental para recabar la información necesaria para este estudio, la población estuvo constituida por todos los estudiantes que cursaban el primer año de la Facultad de Odontología de la USMP Filial Norte que fueron en total 69 alumnos.

Mediante la técnica de evaluación y cuestionario; se describieron las variables conocimiento en patologías odontológicas, los resultados obtenidos fueron de muy bueno 15.9%, bueno 31.9%, regular con 37.7%, malo 13.1% y muy malo 1.4%. y para la variable educación preventiva para la salud bucal los resultados obtenidos fueron muy bueno 14.5%, bueno 46.4%, regular 27.5%, malo 7.2% y muy malo 4.4%.

En el presente estudio se estableció un coeficiente de Rho de Spearman entre ambas variables de ( $p < 0,05$ ).

En esta investigación se concluyó que existe una relación significativa entre el conocimiento de patologías odontológicas y la educación preventiva para la salud bucal en los estudiantes de primer año de odontología de la USMP filial Norte.

**Palabras claves:** Nivel de conocimiento en patologías odontológicas, educación preventiva para la salud bucal.

## ABSTRACT

The objective of this study was to establish the relationship between the level of knowledge in dental pathologies with preventive education for oral health in young students of the faculty of dentistry of the USMP North 2018, for this purpose the design was applied observational, not experimental to gather the necessary information for the present study, the population was conformed by all the students who attended the first year of the Faculty of Dentistry of the USMP North 2918, were in total 69 students.

Through the evaluation and questionnaire technique; the knowledge variables in dental pathologies were described, being very good 15.9%, good 31.9%, regular with 31.9%, bad 13.1% and very bad 1.4%. and for the variable preventive education for oral health very good 14.5%, good 46.4%, regular 27.5%, bad 7.2% and very bad 4.4%. .A Rho coefficient of Spearman was found between both variables ( $p < 0.05$ ). It was concluded that there is a significant relationship between the knowledge of dental pathologies and preventive education for oral health in first-year dentistry students of the USMP North.

**Key words:** level of knowledge in dental pathologies, preventive education for oral health.

## **INTRODUCCIÓN**

Las patologías bucales son muchas, pero la caries y la enfermedad periodontal según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son las que muestran una mayor incidencia en la población en general, llegando a afectar las condiciones de salud en los individuos. Los estudiantes de odontología adquieren conocimientos y competencias clínicas sobre salud bucal, estos deben recibir educación en prevención y tratamiento, siendo un modelo de asistencia que este orientado hacia el paciente como a la sociedad, sensibilizando en la adquisición de buenas conductas que desarrollen correctos hábitos de salud bucal.

Para contribuir un cambio de actitud y comportamiento que sea saludable para la comunidad, es primordial la obtención de información y habilidades sobre educación en salud bucal. Es importante que este cambio de actitud se realice dentro de los primeros años del estudiante para que la prevención iniciada se torne efectiva y fácil de difundir, como futuros profesionales tendrán una tarea muy importante que realiza todo profesional de la salud, la cual es, educar en salud, quiere decir que vamos a enseñar, indicar y estimular a adquirir conductas y actitudes favorables; que deben ser efectivos, beneficiosos y favorables para

los pacientes, esta debería ser una competencia lograda al final de la educación universitaria de todo profesional de la salud, entonces diremos que es preferente advertir en el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales y educación preventiva que poseen, su desconocimiento constituye un problema importante de educación en esta población.

En el 2004 la OMS en el Informe acerca del problema mundial de las enfermedades bucales, lo describe como un problema de salud que va en aumento; registrándose a nivel mundial y que involucra a los países desarrollados así como a los países subdesarrollados y mostrando mayor incidencia en las comunidades de bajos recursos; una deficiente salud bucodental presenta resultados desfavorables en el bienestar mental, físico y social, los índices elevados de enfermedades relacionadas a la salud oral, han sido un reto para la salud pública y se le ha tomado menos consideración de lo que realmente merece por la mayor parte países en el mundo. Los resultados obtenidos por la OMS sobre salud bucal, han demostrado que cinco mil millones de personas en el mundo tienen o han tenido caries dental. Según Robello en el 2014, en los hallazgos publicados por Díaz y Gonzáles encontraron una prevalencia de caries de 55,9% en Lima. Estos datos encontrados fueron similares a los de Araya en Chile, donde un 45,0% de los estudiantes universitarios presentaron caries dental, estos datos contrastan con Arévalo quién observó la presencia de caries dental en el 98.5% de los estudiantes que acudían a la Universidad en Honduras; lo que demuestra que el problema es mayor en esta parte de América Latina. Respecto a las enfermedades periodontales se determinó que el 93.2% de la población en estudio presentaron un marcador de le enfermedad, este hallazgo fue mayor a los resultados

encontrados por Tanaka en estudiantes de la carrera de odontología de una Universidad en el Japón (85,0%) y Nava en estudiantes de odontología de México (49,0%).

Para el Ministerio de Salud del Perú (2017) afirma que "La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal" (Ministerio de Salud del Perú [MINSA] ,2017).

La adolescencia y juventud temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a los 19 años) constituyen el grupo etario de mayor número en nuestra población; es un periodo en el que ocurre la transición del niño al adulto; en el cual se producen experiencias para el desarrollo, maduración física, psicológica y sexual, incluye la independencia económica y social, así como el desarrollo de identidad y la responsabilidad.

Mafla (2008) En este grupo etario determinado por las edades de 10 a 19 años, las características dadas por el desarrollo, crecimiento y el impacto psicológico social son importantes para determinar la conducta del futuro profesional, porque al finalizar la madurez biológica en términos dentofaciales más la instauración de correctos hábitos de higiene bucal dan como resultados cambios en el aspecto físico, que es un área muy valorada por los jóvenes afectando de manera directa sobre el desarrollo de la autoestima y sobre la interacción social de cada uno de los adolescentes.

El escaso conocimiento acerca de prevención y educación en Salud Bucal impartido por los docentes y los padres, dentro del ámbito familiar y los centros educativos, no logran generar responsabilidad en el adolescente acerca de su salud bucal, ni que estos mismos adopten estilos de vida más sanos. De esta manera cuando estos adolescentes llegan a ser padres educan a sus hijos con los conocimientos que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para su generación; en consecuencia, este grupo poblacional llegan a tener escasos conocimientos sobre enfermedades bucales, educación y prevención para la salud bucal.

De allí que Hechavarria et al (2013), nos menciona la poca voluntad por parte de los adolescentes para asistir a las citas odontológicas, ni manifestar responsabilidad sobre su salud bucal; a su vez se observa un comportamiento negativo con poca importancia cuando se desarrollan acciones preventivas y educativas.

Avalos (2015), en algunos casos, "El conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta, pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente; debido al impacto que pueda tener esta etapa de maduración en la conducta del adolescente, va influir sobre ella la adquisición de nuevos hábitos que pueden ser favorables o no, desarrollando estilos de vida que influyan en generaciones posteriores (p.2) ". Según Inocente (2012) "La Educación es un proceso dinámico de experiencias de aprendizaje que se da durante todos los momentos de la vida del ser humano (p.3) ".

Según La Real Academia Española (2017), el concepto de Prevención es la preparación y disposición que se hace anticipada para evitar un riesgo o ejecutar algo. (Real Academia Española [RAE],2017).

Podemos definir como educación preventiva a las acciones encaminadas a promover conciencia y evitar riesgos potencialmente prevenibles teniendo capacidad crítica para poder discernir manteniendo su propia posición.

El profesional de la salud tiene como una de sus funciones, educar sobre la importancia de una buena salud, es decir, enseñar, estimular y adquirir conductas y actitudes favorables en los pacientes generando resultados beneficiosos para ellos, esto debería ser una competencia adquirida al final de la educación universitaria.

Por esa razón se plantea la siguiente investigación que busca identificar el nivel de conocimiento en patologías odontológicas en su relación con la educación preventiva para la salud bucal en alumnos que asisten a la universidad San Martín de Porres Filial Norte; ante las anteriores premisas surge las siguientes interrogantes. El problema general de la investigación es: ¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías odontológicas, se relaciona con la educación preventiva en la salud bucal en estudiante de Odontología de la universidad San Martín De Porres Filial Norte? Y los problemas específicos son:

¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, se relacionan con la educación preventiva y la higiene bucal, en estudiantes de Odontología de Universidad San Martín De Porres Filial Norte?

¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, se relacionan con la educación preventiva y la dieta, en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte?

¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, se relacionan con la educación preventiva con la ingesta de drogas y medicación,

en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte?

¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, se relacionan con la educación preventiva y con las acciones preventivas, en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte?

Y como objetivo de la investigación tomaremos en cuenta lo siguiente:

#### Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, y su relación con la educación preventiva para la salud bucal en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte

#### Objetivos Específicos:

Determinar el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, y su relación con la educación preventiva para la salud bucal en higiene en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte

Determinar el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, y su relación con la educación preventiva para la salud bucal en dieta. en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

Determinar el nivel de conocimiento en patologías odontológicas, y su relación a con la educación preventiva para la salud bucal en la ingesta de drogas y medicación. en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

Determinar el nivel de conocimiento en patologías odontológicas, y su relación con la educación preventiva para la salud bucal en acciones preventivas. en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

La investigación se justificó necesaria debido a que existe poca información en la población acerca del tema, lo que nos permite evidenciar la problemática de los alumnos del primer año, respecto al nivel de conocimiento en patologías odontológicas y educación preventiva con miras a aportar sugerencias para mejorar el plan de estudios; las cuales enriquezcan los cursos orientados a patologías odontológicas y odontología preventiva durante la carrera universitaria.

En este sentido, el investigador considera que esta investigación sirvió de base a futuras investigaciones; al observar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal que poseen los estudiantes de odontología nos permite proponer acciones orientadas con una mayor visión hacia la educación preventiva; en la actualidad el odontólogo enfoca el tratamiento de odontología a la resolución de los problemas bucales ya existentes; pero no muestra interés en la prevención de estos; es importante que los estudiantes conozcan las patologías odontológicas y refuercen la educación preventiva como futuros profesionales de la salud; ya que el Perú existen insuficientes recursos para la atención en salud sobre todo en poblaciones alejadas de la capital.

Es importante identificar ciertos factores de riesgo en este grupo relacionados con la aparición de patologías odontológicas como la Caries, Gingivitis, Periodontitis o Mal oclusiones dentarias, con el presente proyecto de investigación se abre la posibilidad de incrementar el nivel de conocimiento en patologías odontológicas reducir el riesgo que se presenten o se mitiguen parte de sus efectos.

La adolescencia es un periodo transición de la vida en el que se producen muchos cambios entre ellos los de aspectos corporal, físicos, emocional y las relaciones interpersonales pasan a tomar un rol destacado que antes no se tenía, en esta el adolescente presenta mejores índices de salud y una mayor vitalidad que le permite realizar diversas actividades en la vida cotidiana.

Díaz (2016) nos refiere “Todo problema de salud puede ser prevenido comenzando con la prevención misma, educando a la población (p2)”. Es indispensable abordar sobre educación preventiva de salud Bucal en este grupo etario, desarrollando estilos de vida saludables para los adolescentes ya que estas conductas y proceder influirán en generaciones posteriores, sin embargo, es conocido que estas enfermedades bucales, pueden evitarse mediante la educación preventiva de la Salud con medidas de autocuidado y protección específica.

El profesional de la salud es el que se encarga de organizar y realizar programas de salud bucal orientados a la población como madres gestantes, niños y adultos; para que estos programas tengan mayor éxito, resultará conveniente evaluar el nivel de conocimiento acerca del tema, las actitudes y las prácticas que los mismos estudiantes tienen y realizan en su propia salud bucal, teniendo en cuenta que serán los futuros profesionales encargados de mejorar y reducir los índices de enfermedades bucales en nuestro país.

Se espera que el estudiante de odontología se convierta en un ejemplo a seguir en sus propias actitudes y comportamiento sobre la salud bucal y esto se refleje en sus funciones como promotor de la salud, en este periodo es importante la adquisición de conocimientos relacionados a la prevención en salud.

Algunas de las limitaciones del estudio es la diversidad de enfermedades bucales, esto hace necesario que en el presente trabajo solo se dimensionen los más relevantes y de mayor prevalencia, tales como la Caries, Enfermedades Gingivales, Enfermedades Periodontales y Maloclusiones Dentarias, debido a su complejidad, no se han considerado factores socio culturales ni socio económicos, acceso y disponibilidad de la población a los servicios de salud en el presente estudio. Se requiere solicitar los permisos respectivos para la aplicación del instrumento dentro de la institución universitaria, con lo que lleva a cumplir plazos y reglamentos. Se requiere coordinar con los docentes encargados del aula para la ejecución del instrumento, así mismo el día de la ejecución de los instrumentos podría haber poca asistencia del alumnado.

Debido a que la participación en la elaboración de la siguiente investigación es voluntaria, existe la probabilidad que los estudiantes de odontología no decidan participar en la investigación.

De igual manera, se identificó escasez de trabajos de investigación referidos al tema realizados en nuestro país, que abordaran ambas variables: conocimiento en enfermedades bucales y educación preventiva.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Antecedentes de la investigación**

Abbas (2014), la siguiente investigación “Conocimiento y comportamiento relacionado a la salud bucal en los universitarios de ciencias de la salud de la universidad de Jimma, Etiopia”, presente en la revista europea de odontología general como artículo de investigación, en el estudio los objetivos fueron evaluar los conocimientos y comportamiento sobre frecuencia y calidad en la salud bucal de los estudiantes de esta universidad. Fue un trabajo descriptivo de corte transversal en el cual se les realizó un cuestionario con 32 preguntas de ambas variables el cual tenían que completar, 300 estudiantes de las carreras de salud básica, enfermería y odontología, fueron seleccionados para la investigación, entre ellos 206 hombres y 94 mujeres, entre 18 y 21 años, la data fue procesada mediante SPSS versión 14.1; un total de 119 estudiantes (57,6%) varones y 53 (52,5%) mujeres, obtuvieron puntajes altos en el conocimiento de caries. Las tasas correspondientes al conocimiento de la gingivitis fueron 102 estudiantes (49%) varones y 46 (44%) mujeres respectivamente; los resultados mostraron que el cepillado se realizaba en

forma regular por lo menos dos veces al día, este resultado correspondió en 117 varones (56,8%) y 68 mujeres (58,2%), con respecto al tiempo de cepillado 130 varones (63,1%) y 61 mujeres (63,4%) indicaron que la duración de su cepillado era mayor a 3 minutos. Aproximadamente la mitad de varones y mujeres usaron cepillo dental y las técnicas que utilizaron durante el cepillado fueron la técnica Horizontal y Vertical; más de 230 de personas que usaron el cepillo dental tenían buena limpieza: el estudio concluye que el conocimiento de los alumnos sobre los problemas de salud bucal fueron altos, pero existen algunos conceptos que aún no quedan claros; se detectó en los estudiantes de salud, varones y mujeres iguales resultados acerca del conocimiento de higiene bucal.

El estudio aporta el nivel de conocimiento de los estudiantes de la carrera de odontología en las variables patologías odontológicas y educación preventiva con los indicadores de cepillado, técnica de cepillado y patologías odontológicas estos mismos indicadores son tomados en el presente estudio, estas también fueron utilizadas para elaborar el instrumento de medición de las variables mencionadas, lo cual determino que los conceptos no quedaban aún muy claros.

Rahman (2013), en la investigación titulada “La relación entre el comportamiento de la salud bucal, higiene oral y el estado gingival en estudiantes en una universidad en los emiratos árabes”, investigación de la Revista de Odontología Europea. Esta evalúa la relación entre el comportamiento en salud bucal, higiene bucal y gingivitis de los estudiantes en la Universidad de los Emiratos Árabes, nos dice que el odontólogo como

profesional de la salud bucal juega un papel importante en la mejora de la educación pública de salud oral. Por lo tanto, adquirir conocimiento y actitudes relacionadas con salud bucal y la prevención de enfermedades bucales es de beneficio durante la futura formación de los odontólogos; el objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de los conocimientos adquiridos por los estudiantes de odontología de los Emiratos Árabes en relación a su higiene bucal y estado de salud gingival. Fue una investigación de corte transversal de diseño descriptivo. La muestra fue constituida por 93 estudiantes voluntarios de primer ciclo que participaron en el estudio de la universidad de Sharjah en los Emiratos Árabes Unidos, el método que utilizaron fue comparar la situación clínica de los estudiantes con respecto a las actitudes de salud bucal reportados, se realizó un examen clínico por un especialista calibrado de la placa dental bacteriana con el índice de Quigley y Heins y el índice de sangrado gingival, la data fue procesada mediante SPSS versión 14.1, la data fue analizada por frecuencia de distribución, el test de chi cuadrada fue utilizada la variable de género y la comparación de grupos. los resultados fueron: El 29% de los participantes se les encontró sangrado de las encías; 83% estaban preocupados por el color de estas, mientras que el 63% informó que era imposible prevenir la enfermedad gingival con un solo cepillado, el 10% reportó depósitos blancos pegajosos en sus dientes. Sin embargo, aproximadamente el 92% indicaron en que no tendrían dientes postizos cuando crecieran, 56% mencionaron que usan el hilo dental regularmente y el 86% cepilla sus dientes durante dos veces al día o más. Concluyeron en el siguiente estudio que las mujeres presentaron mayores actitudes favorables frente a la salud bucal que los hombres; los estudiantes que tuvieron mejores actitudes frente a su higiene

bucal reportaron índices moderados de placa bacteriana y sangrado gingival, esto indica que se necesita mayor énfasis en la prevención en la educación de salud bucal por parte de los estudiantes.

Este estudio fue de utilidad ya que nos mostró la verdadera conciencia que el alumno adopta hacia su propia salud bucal, ya que el objetivo de la educación en prevención es para que el futuro profesional de la salud adopte y motive a sus pacientes a conseguir buenos hábitos de salud bucal.

Diaz (2016), en su investigación "Nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental en universitarios" presente en la revista de investigación CES Odontología. Siendo un estudio descriptivo de corte transversal, se observó en 131 estudiantes matriculados en el 2015 de odontología que cursaban el primer año de la Universidad del Pacífico en Asunción Paraguay, el nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental, este estudio fue descriptivo de corte transversal, se les realizó encuestas sobre los diferentes mecanismos de prevención de caries dental, el porcentaje revelado en el presente estudio determinó que un 63,4% pertenecieron al sexo femenino, 58,8% fueron de 20 años, solo un 8,4% respondió que las bacterias aparecen en el niño desde que nace, considerando un 25,1% a la caries dental como una enfermedad transmisible, en la pregunta si la técnica de cepillado así como la marca de cepillo eran importantes un 41,2% contestó que eran importantes, solo un pequeño grupo con 19,1% consideró que se debe realizar limpieza bucal desde el nacimiento, mientras que un 56,5% pensaba que la limpieza se debe realizar a partir de la erupción del primer diente en boca, de esa misma población solo un 35,1% consideró que los dientes deciduos que presentan caries dental deben ser tratados para conservar el espacio de los dientes permanentes; los

resultados hallados determinaron la escasa información acerca de los conocimientos sobre prevención en caries dental, lo que prueba que esta población necesita mayores y mejores estrategias para corregir la salud bucal. El estudio nos refuerza la selección de la muestra porque es conveniente conocer en principio el nivel de conocimiento de la población sobre las patologías odontológicas y la educación preventiva para que sirvan como base para el diseño de nuevas estrategias que colaboren a reforzar los conocimientos adquiridos a medida que cursen las diferentes asignaturas durante su formación profesional porque son importantes para la prevención de una buena salud bucal.

Medrano (2016), elaboró la siguiente “Conocimiento, creencias y percepción de universitarios mexicanos sobre caries temprana de la infancia”, presente en la revista Acta Universitaria de México en la ciudad de Zacatecas, un estudio denominado conocimientos, creencias y percepción de universitarios mexicanos sobre caries de infancia temprana (CTI), el objetivo fue determinar el nivel de conocimiento, creencias y percepción de un grupo de estudiantes mexicanos en el área de salud sobre CIT, se empleó el cuestionario a los alumnos que estudiaban el décimo semestre de las escuelas de enfermería, medicina y odontología llegando a un total de 515 alumnos participantes del total encuestado el 80,7% obtuvo un conocimiento regular, 13,3% bueno y 6% deficiente, lo que demostró que los estudiantes de estas carreras mencionadas tienen un conocimiento general sobre prevención y CIT. Los conocimientos sobre la enfermedad y la capacitación de los profesionales de la salud en general son claves para una mejor atención del paciente con CIT, desde el

punto de vista multidisciplinario. En este al igual que el presente toma a alumnos universitarios del área de odontología como muestra para ser evaluados acerca de La Caries dental que es una de las patologías odontológicas junto con las periodontales más frecuentes en nuestra población. Lafebre (2015), en el estudio denominado "Actitudes y conductas de Salud oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Cuenca 2014" publicado en la revista Acta Odontológica Colombiana, Fue un estudio descriptivo de corte transversal, reutilizando el test de actitudes y conductas de la universidad de Hiroshima, realizó una evaluación mediante un test a todos los estudiantes de pre y post grado, se concluyó que el índice de HU-DBI para estudiantes pre clínicos fue de 8,89 (bueno) y los estudiantes de clínica de 9,49, se encontró que no había diferencia significativa entre hombres y mujeres, y que el conocimiento aumenta a medida que cursan las materias teóricas y con el contacto con los pacientes. Este estudio fue de importancia porque sirvió de referencia para diseñar las preguntas que fueron evaluadas en el presente trabajo.

Espinoza (2010), en el estudio "Hábitos de Higiene Oral en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile", publicado en la revista Clínica de periodoncia e implantología oral de Chile este es un estudio transversal descriptivo, se seleccionaron 150 estudiantes desde 1 al 4 año , se efectuó un cuestionario sobre hábitos de higiene oral , que incluía uso y frecuencia de cepillado, uso de hilo dental y enjuagatorio bucal, tiempo transcurrido en la última cita al dentista y la variable sociodemográfica, concluyeron que un 98% se cepillaba los dientes por lo menos dos veces al día, 37% usaba hilo dental diariamente y 74% había acudido al dentista por lo menos una vez al año, no

se encontraron diferencia significativa según sexo, nivel socioeconómico y años de estudio. Este estudio fue de importancia porque mostró la misma población que se utilizó y sirvió de referencia al igual que el anterior para diseñar las preguntas que fueron evaluadas en el presente trabajo

## **1.2. Bases teóricas**

### **1.2.1 Variable 1: El conocimiento**

Es un proceso en el cual una persona se hace consciente de la realidad y presenta un conjunto de representaciones que no existen. En términos neurológicos es reforzar conexiones entre las neuronas de la corteza cerebral. El conocimiento puede ser entendido de las siguientes formas como: una contemplación porque se dice que conocer es ver o como una asimilación porque el conocimiento es nutrirse o como una creación porque conocer es engendrar.

4 son los elementos que deben existir para que se produzca:

1. El sujeto que conoce
2. El objeto de conocimiento
3. La operación misma de conocer
4. El resultado obtenido que no es más que la información que recogemos del objeto (Martínez, 2006) .

El conocimiento no es solo racional también incluye valores, ideas, imágenes, emociones y símbolos, es una mezcla de razón con emoción

de lo que se puede explicar y lo que parece tácito, de lo que no se sabe de lo que se sabe con anterioridad (Martínez, 2009).

### **Conocimiento no Científico o Empírico:**

La constante aplicación en la vida cotidiana del conocimiento intuitivo de manera natural y sin que se lleve a cabo una sistematización hace que el ser humano desarrolle experiencia, este es el enfoque principal del conocimiento empírico, los éxitos de este conocimiento se basan en la práctica, estos son un conjunto de conocimientos que obtenemos a través de los sentidos adquiridos desde el nacimiento y se denomina conocimiento empírico (González, 2011).

### **Conocimiento Científico:**

El conocimiento científico se caracteriza por la búsqueda de leyes y principios que originen los fenómenos, estos son comparados con la realidad hasta formar ideas que sean conceptos y pretende explicar de forma objetiva y racional las formas en la que se manifiestan los procesos existentes, este tipo de conocimiento no está basado en las primeras impresiones que provienen de la apariencia de las cosas como es el caso del conocimiento empírico.

#### Características del conocimiento Científico:

- Experimenta y Comprueba resultados del objeto estudiado.
- Rigurosidad, es decir lo somete a prueba.
- Objetivo, no caben las ideas propias del investigador científico.
- Establece teorías a partir de la validación académica y científica (Martínez, 2009).

### **.2.1.1 La Educación**

La educación es un proceso que sintetiza dos actividades que son la enseñanza y el aprendizaje. La enseñanza se refiere a la acción de un agente educador sobre los educandos que puede estar programado o no y que transforma al alumno a partir de la capacitación. El aprendizaje es una experiencia que se va dando durante toda la vida del ser humano, se inicia con el nacimiento y es la familia la primera fuente de aprendizaje; además es un proceso interactivo y continuo que genera en el aprendiz la capacidad crítica para que pueda elegir entre las diversas opciones que se le presenten durante su vida manteniendo su propia posición, también mediante la educación se desarrolla su personalidad la cual ayuda en el proceso de socialización, involucra una concienciación conductual e incrementa su nivel cultural donde nuevas generaciones obtienen conocimientos de generaciones anteriores.

La educación es aquella en la que agentes especializados (educadores) realizan labor sobre materia prima (alumnos) con instrumentos adecuados y con el propósito que el individuo se adapte a una determinada sociedad, produce cambios intelectuales, emocionales y sociales; la educación logra su objetivo cuando se produce un cambio de actitud o hábito de la persona a educar o cuando el conocimiento o información se transforma en la práctica diaria y efectiva de ciertas acciones. Entre las barreras que se deben vencer están las cognoscitivas que se expresan como ignorancia,

las emocionales, expresadas a través de desinterés y las ambientales debido a conductas económicas (Tabares, 2002).

### 1.2.1.2 Teorías de enseñanza aprendizaje

#### **Teoría Desarrollo Cognitivo de Piaget:**

Domenech (2015) nos menciona que para Piaget "La adquisición de conocimiento es un proceso dinámico que está en continuo cambio" (p.572). El desarrollo cognitivo es una reorganización progresiva de los procesos mentales que resultan de la maduración biológica y la experiencia ambiental considera que los niños construyen una comprensión del mundo que los rodea, luego lo relacionan entre lo que ya saben y lo que descubren de su entorno, a esto Piaget, en su estudio en el ámbito de educación lo involucró en 2 procesos:

**La Asimilación:** Interpretamos elementos externos en base a aquellos que podemos tener a través de la experiencia, esto es como el individuo se acomoda a la nueva información, se adecua nueva información a los esquemas cognitivos existentes.

**La Acomodación:** es un proceso en el cual el individuo adquiere información de su entorno y lo altera, de esta forma adecuarlos a la nueva información, ocurre cuando el conocimiento que existe no funciona y es necesario modificarlo para hacer frente a una nueva situación (Domenech, 2015).

Piaget propuso 4 etapas del desarrollo cognitivo:

## **Etapas del Desarrollo Cognitivo**

Piaget, propuso etapas de desarrollo, marcadas por cambio cualitativos, estas etapas presentan dos características importantes la primera es que son invariables, esto quiere decir que ocurren siempre en el mismo orden donde ninguna puede ser omitida, la segunda es que son universales ya que se presentan en niños de cualquier parte del mundo; sin embargo, factores tanto ambientales como hereditarios pueden afectar el tiempo con el cual cada niño supera cada etapa. Estas son 4:

**1.- Etapa Sensorio Motor:** Etapa comprendida desde el nacimiento hasta la adquisición del lenguaje desde 0 hasta los 2 años, en esta los bebés van comprendiendo el mundo que los rodea y construyen progresivamente su propio conocimiento mediante experiencias a través de los sentidos y las tareas motrices de su cuerpo, con la relación física de los objetos (chupar, coger, pisar) en esta etapa un logro muy importante es el desarrollo de la permanencia del objeto, el niño comprende que el objeto u objetos están presentes a pesar que queden fuera del alcance de sus sentidos.

**2.- Etapa Pre Operacional:** Abarca de los 2 a los 7 años, es la segunda de las etapas, se inicia cuando empieza el habla, el pensamiento egocéntrico sigue presente lo que significa que el niño presenta dificultad para entender el punto de vista de los demás, asume que los demás niños ven y sienten como él, durante el juego entiende el concepto de agrupar, pueden aplicar

esta comprensión con objetos que han experimentado mediante sus sentidos. En el juego simbólico utilizan juegos de roles o desarrollan amigos imaginarios, al aumentar los años en esta etapa el egocentrismo va disminuyendo y el niño empieza a disfrutar del juego con otros niños. El razonamiento transductivo es cuando el niño no puede entender las reacciones de causa efecto esto se refiere cuando un niño razona desde concreto a lo específico.

### **3.- Etapa de las Operaciones Concretas:**

Es el tercer estadio, ocurre entre los 7 y 11 años y su principal característica es el uso adecuado de la lógica, el niño posee un pensamiento más maduro y empieza a desarrollar problemas de manera más lógica sobre lo que ha experimentado y lo emplea de una manera más simbólica (operaciones aritméticas), piensa hacia adelante y hacia atrás, a esta capacidad Piaget la denomina reversibilidad, el niño puede reconocer que si se vierte medio vaso de líquido que se encuentra en un recipiente alto a uno corto sigue siendo la misma cantidad, puede llegar a deducciones como ( $2+2=4, 4-2=2$ ), pueden hacer seriaciones, clasificar en grupos.

### **4.- Periodo de las Operaciones Formales:**

Esta etapa comprende desde los 12 años hasta la madurez de la persona, es la última de las etapas propuesta por Piaget, el niño presenta la capacidad de razonamiento lógico sobre cosas abstractas que desconoce y que nunca había llegado a investigar de manera directa, razona deductivamente e hipotéticamente. Los

niños son capaces de distinguir soluciones múltiples a los diferentes problemas que se le presenten y su forma de pensar es más científica sobre el mundo que los rodea (Domenech, 2015).

### **Teoría Sociocultural de Vygotski**

Para Vygotski durante el proceso de aprendizaje el desarrollo cognitivo proviene de la interacción social, este promueve un estilo de enseñanza recíproca; la teoría sociocultural se basa no sólo en como los compañeros y los adultos influyen en el aprendizaje de cada persona, sino que intervienen también las actitudes y creencias culturales en el desarrollo de este aprendizaje.

Vygotski denominó a su método instrumental, porque la resolución de las tareas queda aumentada si interviene un instrumento psicológico, los niños consiguen con estas herramientas utilizar sus habilidades mentales básicas de tal manera que les permite adaptarse a la cultura en la que viven. El niño aprende a percibir, pensar, memorizar a través de la mediación de otro ser humano, dando origen a la ley de doble formación de las funciones psicológicas. Vygotski (1978) afirma “En el desarrollo del niño toda función aparece dos veces: primero a nivel social, entre personas, interpersonal o interpsicológico y después a nivel individual, en el interior del propio niño, intrapsicológico” (p.157).

Otro aporte de Vygotsky fue:

### **La Zona de Desarrollo Próximo:**

Es la distancia entre el nivel real de desarrollo determinado por la capacidad del niño de resolver un problema sin ayuda de los demás y el nivel de desarrollo potencial determinado por la resolución del problema guiado por un adulto o un compañero más capaz (Domenech, 2015).

#### **1.2.1.3 Evaluación del Aprendizaje**

En el artículo publicado por Gómez (2013) consideran la evaluación como una oportunidad para desarrollar competencias fomentar el aprendizaje significativo en los estudiantes universitarios, para Domenech (2015), la evaluación constituye una actividad realizada por el docente con mayor repercusión sobre el estudiante, la evaluación puede afectar al estudiante de alguna de las siguientes formas: en la motivación o intención de aprender, su forma de estudiar y sobre todo en su éxito académico.

Siguiendo con el autor; múltiples investigaciones educativas comprueban que el estudiante adopta un enfoque de aprendizaje según como percibe que va a ser evaluado; este enfoque influye en la calidad del aprendizaje que alcance desarrollando algún tipo de capacidad o habilidad independientemente en cada alumno. El enfoque profundo desarrolla capacidades de alto nivel (ejemplo: resolución de problemas, análisis o pensamiento crítico) en tanto el enfoque superficial desarrolla capacidades de bajo nivel (ejemplo: comprensión deficiente y memorización).

En opinión de la autora Fernández (2010) la evaluación se debe enfocar según estos tres planteamientos:

### **Evaluación Inicial o Diagnóstica:**

Adecuar el punto de inicio al grupo de estudiantes, el proceso está centrado en:

- Comprobar las habilidades y conocimientos previos de los alumnos necesarias para el inicio del aprendizaje planteado.
- Detectar los conocimientos que el alumno posee sobre el proceso de aprendizaje a tratar.

Las decisiones que el profesor toma antes el resultado de la evaluación inicial pueden ser las siguientes:

- Modificar el contenido del proceso educativo.
- Remitir información complementaria a los alumnos.
- Iniciar el proceso tal como estaba previsto.

### **Evaluación Formativa:**

El objetivo principal de esta evaluación es determinar el grado de adquisición de los aprendizajes, de esta manera el profesor puede orientar, prevenir y ayudar a los alumnos sobre los aprendizajes no aprendidos o aprendidos erróneamente; su finalidad es también informar a los alumnos sobre sus aciertos o errores de manera que el feed-back permita reconducir sus futuras acciones; este feed-back también es útil para el profesor sobre todo para analizar los resultados a nivel de grupo y destacar los puntos de dificultad de sus contenidos. Este examen sin nota puede mostrar rechazo entre los alumnos, pero finalmente se convierte en un estímulo para

seguir aprendiendo. Para cumplir el objetivo de mejorar se deben dar las siguientes condiciones:

- Debe de ser realizado durante el proceso educativo.
- Fragmentar los contenidos y los objetivos de aprendizaje en unidades para poder analizarlas detalladamente.
- Informar a los alumnos, haciendo sugerencias y atendiendo las dificultades presentadas, el análisis y la reflexión que se realice de esta información servirá de guía y orientación futura.

#### **Evaluación Sumativa:**

Su finalidad es asignar calificaciones o puntuaciones a los alumnos y la determinación de niveles para poder seleccionarlos.

Si bien es cierto su función es más social que pedagógica se trata de determinar si los alumnos reúnen las condiciones necesarias para superar un determinado nivel.

#### **Planificación de la Evaluación:**

La efectividad de la evaluación dependerá en gran parte de cómo se prepare o programe adecuadamente, teniendo en cuenta el grado de complejidad o simplicidad que exija la situación, se trata de definir como se recogerá la situación (técnicas) y que instrumento nos garantice la validez y fiabilidad, por otra parte, establecer los niveles de ejecución y criterios de valoración.

#### **1.2.1.4. Patologías Odontológicas:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que "las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública

que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades con menos recursos económicos” (OMS, 2004).

Según el Ministerio de Salud, “la Salud Bucal constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal” (MINSa, 2017).

Tanto la población de altos y bajos recursos, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales. La población de bajos recursos a diferencia de la de altos recursos tiene que priorizar la parte económica para sus gastos.

Las enfermedades bucodentales, en poblaciones de niños y adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos de bajos recursos (MINSa, 2017)

La Federación Dental Internacional publica en su Atlas de Salud Bucodental (2015) “define a la salud bucodental, como la ausencia de dolor orofacial, o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial” (p.25). Se reconoce a la salud bucodental como parte integral del derecho a la salud y por tanto se convierte en uno de los derechos básicos incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas.

Según el Estudio Epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2017) a nivel nacional realizado los años 2001-2002 indica “La prevalencia de caries dental es de 90,4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6 dientes, ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en un país en estado de emergencia, según un estudio del año 1990 la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de maloclusiones es del 80%” (p.1).

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) publicado en la página web del MINSA, entidad encargada de identificar los problemas sanitarios en el Perú; señala que, debido a la Alta Prevalencia de Enfermedades Bucales, nuestro país se ubica entre los 12 principales problemas sanitarios existentes, el estado peruano tiene como compromiso la formación de estrategias sanitarias nacionales de salud bucal que nos permitan mitigar o erradicar con esta enfermedad.

### **Caries dental: Definiciones.**

Henostroza (2007) se refiere a la a caries como una de las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia en todo el mundo. Cuando nos remitimos a la historia del estudio de las causas de esta enfermedad se observan diversas características. Desde la unicausal atribuida exclusivamente a las bacterias, hasta los complejos modelos biopsicosociales. La caries dental es el resultado

de la interacción de múltiples factores, tanto biológicos, como de estilo de vida, y medioambientales. El estilo de vida, en particular, ha ido cobrando mayor interés en el estudio de las causas asociadas con la caries.

En otro estudio realizado sobre la Caries Dental Gomez (2012), se refiere a esta como una enfermedad multifactorial, causada por la interacción entre la superficie del diente, el biofilm bacteriano (placa dental) y la presencia de azúcares en la dieta. Las bacterias del biofilm metabolizan los azúcares produciendo ácidos que, con el tiempo, van a desmineralizar el esmalte. La forma de comienzo de la caries normalmente es de manera oculta a la vista en las fisuras del diente o en los espacios interproximales. Esta en sus estadios iniciales puede ser detenida e incluso revertida con ayuda de los barnices de flúor, pero en la fase avanzada se forma una cavidad. Entonces es necesario un tratamiento para restaurar la función del diente, incluyendo la remoción del tejido cariado y la realización de una obturación o corona. Si la caries se deja sin tratamiento, puede conllevar a una extensa destrucción del diente, con dolor e infección, llegando a originar la formación de un absceso o incluso una septicemia; haciéndose necesaria la realización de un tratamiento de endodoncia o la extracción del diente. Se debe agregar que Soria (2008) dentro de los estudios epidemiológicos que registra encuentra que el porcentaje de adolescentes con edad promedio de 17 años que han desarrollado caries dental es de 18% y el 7% de estos han perdido un diente permanente.

## **Clasificación de la caries según Bordoni (2010):**

### **Según su localización:**

- Superficie Lisa del esmalte: mancha blanca y lesión cavitada.
- Superficie Oclusal: Fosas y Fisuras
- Caries Dental Radicular en Cemento o en Dentina Expuesta.
- Caries Dental de la Niñez Temprana
- Caries Rampante

### **Según su Actividad:**

- Caries Dental Activa de esmalte o dentina
- Caries Dental Detenida en esmalte o dentina.

## **Enfermedad Gingival y Periodontal**

Bordoni (2010) comenta que se trata de un proceso inflamatorio reversible de la encía que provoca cambios de color enrojecimiento de la encía, edema, inflamación o agrandamiento gingival, cambio de forma menos festoneado, menor firmeza, y tendencia al sangrado; puede evolucionar a periodontitis con consecuencias locales por la afección de las estructuras de apoyo del diente y sistémicas como afección cardiovascular, entre otras.

Castro (2016) y Romero (2016) dentro de las enfermedades gingivales el cuadro clínico más predominante es las enfermedades gingivales asociadas a placa bacteriana, estudios reportan que existe una tendencia relacionada con la edad para el desarrollo en la enfermedad de gingivitis, se encontraron prevalencias bajas en

niños en edad pre escolar mientras que esta va aumentando progresivamente hasta encontrar un pico alto en la pubertad, donde los hombres suelen ser los más afectados.

Romero (2016) indica también que la gingivitis en la población joven fluctúa entre 43 y 46% de la población. También refiere a la gingivitis como la enfermedad que afecta a la mayoría de la población mundial, y es la segunda causa de morbilidad bucal.

Duque (2011) indica que el principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad periodontal es el inadecuado control de la placa bacteriana por parte del paciente; así como el desconocimiento de las características de la gingivitis y la periodontitis como también las malas prácticas en salud por parte de la población, estos factores pueden empeorar el estado de la salud bucal.

La Academia Americana de Periodoncia (2004) considera que en los niños y adolescentes se pueden presentar las siguientes enfermedades periodontales:

- Enfermedad gingival
- Periodontitis crónica
- Periodontitis agresiva
- Periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica
- Enfermedad Periodontal Necrosante

#### **Maloclusiones Dentarias:**

Ourens (2010) las define como los problemas de crecimiento músculo esquelético durante la infancia y la adolescencia, que

pueden llegar a producir problemas estéticos dentales y faciales, así como alterar ciertas funciones básicas como la masticación, fonación y oclusión.

Bezerra da Silva (2008) nos indica que es difícil conocer la etiología de las maloclusiones, se sabe en general cuáles son las posibilidades que deben ser consideradas en el planteamiento del tratamiento, se puede resumir las causas de la maloclusión en 7 grupos:

- 1.- Los factores hereditarios
- 2.- Anomalías congénitas o adquiridas
- 3.- Traumatismos
- 4.- Agentes físicos
- 5.- Hábitos
- 6.- Enfermedades
- 7.- Desnutrición

### **Clasificación De Angle**

Vellini (2004) según Angle (1899), determina la relación sagital entre las arcadas dentarias considerando la relación entre el primer molar inferior y el superior, su clasificación solo puede ser usada después de la erupción de los primeros molares permanentes.

Angle consideró tres tipos de maloclusión sagitales: Clase I, Clase II y Clase III.

#### Clase I:

Relación mesiodistal de los arcos dentales, la cúspide mesio vestibular del primero molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. Las alteraciones se presentan por mal posiciones individuales de los dientes, mala relación transversal o vertical de los maxilares o desviación sagital de los incisivos.

#### Clase II:

Relación mesiodistal anormal de los arcos dentales, también denominada disto oclusión, se caracteriza porque el surco mesiovestibular del primer molar inferior ocluye por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.

#### Clase III:

Clase III o llamada también mesio oclusión caracterizada porque el surco mesiovestibular del primer molar inferior ocluye por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La relación de los incisivos generalmente se encuentra invertida, ocluyendo los incisivos superiores por lingual de los inferiores.

## **1.2.2 Variable 2: Educación Preventiva para la Salud Bucal:**

### **1.2.2.1 Concepto de Educación Preventiva para la Salud Bucal:**

Según la OMS (2004) son las disposiciones para adoptar nuevas conductas acerca de mantener la salud bucal, generando una actitud responsable hacia los cuidados que todos debemos tener para prevenir patologías odontológicas, estos se realizan mediante el uso de cepillo dental, hilo dental y flúor de forma diaria. Esta educación preventiva debe estar incluida en todos los niveles educativos tanto en formación pre escolar como en la formación de profesionales de la salud de esta manera generamos salud bucal en la población.

### **1.2.2.2 Higiene Bucal**

Boj (2011) La higiene bucal es el cuidado que se debe tener sobre la boca encía y dientes para prevenir o minimizar enfermedades bucales. Una buena higiene bucodental incluye cepillarse, usar hilo dental, uso de enjuagatorios bucales y visitar al profesional odontólogo regularmente.

Los dientes limpios son menos propensos a la caries dental y en ellos los depósitos de sarro son mínimos o no son observables.

Las encías sanas se observan como un tejido rosado y firme, razón por la cual el cuidado de nuestra higiene bucal constituye el medio ideal para lograr una buena salud oral, ya que eliminando los restos de alimento de la boca, evita la formación de caries, sarro y mal olor, mejorando la estética y la calidad de vida de las personas, pero sobre todo la higiene oral mantiene una buena salud bucal porque

contribuye a la prevención de enfermedades orales más frecuentes como son: la caries dental y la enfermedad periodontal.

### **Índices para determinar higiene oral:**

Bordoni (2010) dice que se han desarrollado índices epidemiológicos que clasifiquen los depósitos de placa bacteriana, inflamación e inserción gingival; estos son:

El Índice de Higiene Oral, Avalos (2015): Determina el grado de higiene bucal considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental (sarro), y el índice de Greene y Vermillion; Silness y Loe son dos de los índices que determinaron que el nivel de higiene oral y el nivel de enfermedad periodontal constituían una relación causa efecto. Se han utilizado versiones simplificadas de estos índices para evaluar la presencia/ausencia de inflamación y placa bacteriana. Bajo los estándares de la OMS.

### **Control de la Placa Dentobacteriana**

Según Ireland (2008) los adolescentes deben tener un especial cuidado en el control de la placa bacteriana deben utilizar auxiliares interdentales para establecer una efectiva remoción de placa de por vida, la técnica de cepillado dental se debe de cambiar si se considera inadecuada según la edad, habilidad motora, restricción física o psicológica, etc.

### **Control Mecánico de la Placa dentobacteriana**

Bezerra da Silva (2008) El control mecánico, es la remoción de la placa bacteriana y prevención de la acumulación de esta, sobre las

superficies dentarias y encía adyacente. Importante para el control de la placa bacteriana es mantener al adolescente motivado, fomentarle hábitos de salud bucal y sobre todo brindarle educación preventiva en salud bucal este es un factor importante para el control de la placa bacteriana, esto se lleva a cabo por medio de un correcto cepillado y el uso de hilo dental, el control adecuado del biofilm efectuado en el hogar o en el consultorio odontológico a nivel profesional, es un método conveniente para el control del desarrollo y progresión de la caries dental cuando se combina con dentífricos fluorados. Cuando el cepillado falla en prevenir la caries dental probablemente no se deba a la ineficacia del método si no a fallas del individuo que lo aplica.

## **Tipos de Cepillo**

### **Cepillo Manual.**

Ireland (2008) nos indica que el cepillo debe ser de un cabezal lo suficientemente pequeño para cumplir con las necesidades del paciente, sus cerdas deben ser agrupadas en penachos y tener estructura media o blanda con la capacidad de no causar daño a los tejidos gingivales, son preferibles las cerdas de material sintético por razones higiénicas, el mango del cepillo debe ser el adecuado para la edad y destreza de la persona que lo va a utilizar, este debe ser cambiado cada 3 meses o cuando las cerdas se abran, de lo contrario el cepillo dejará de cumplir su función de eliminar la placa bacteriana.

### **Cepillo Eléctrico:**

Ireland (2008) existe varias marcas en el mercado de cepillos que funcionan a batería o que son recargables, por lo general tienen la cabeza redonda pequeña y ejercen movimientos oscilatorios o giratorios, nos menciona que un estudio realizado por la Cochrane Collaboration en el 2005 que los cepillos eléctricos con acción giratoria oscilatoria reducen la placa y la gingivitis en mayor proporción que el cepillo manual. Estos cepillos deben ser más apropiados en casos en personas con problemas para cepillarse los dientes ya sea por falta de destreza o motivación, también personas con artritis u otras discapacidades que puedan encontrar difícil utilizar de manera efectiva un cepillo manual.

### **Higiene Interproximal: Enriles (2009)**

- Hilo dental.
- Cepillos Interproximales

### **Elementos Auxiliares Dentífrico: Enriles (2009)**

- Pastilla reveladora.
- Control de Placa Químico.
- Colutorios

### **Técnicas de Cepillado Dental**

Enriles (2009) Son varias las técnicas de cepillado que tenemos, algunas toman el nombre de su creador y otras según el tipo de

movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo primordial es cepillar todas las áreas de la boca, considerando la lengua y el paladar.

### **Técnica de Shaters**

Enriles (2009) esta técnica tiene énfasis en las áreas interproximales de los dientes; las cerdas del cepillo dental se colocan en un ángulo de 45° en relación al borde gingival apuntando hacia la superficie oclusal, los movimientos a realizar son de forma vibratoria en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de la cerda. El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica es utilizada también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, no es recomendada en presencia de las papilas interdentes.

### **Técnica de Stillman**

Enriles (2009) El cepillo se utiliza formando un ángulo de 45 grados dirigiendo las cerdas hacia la raíz del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una ligera presión realizando movimientos vibratorios con el cepillo.

### **Técnica de Bass:**

Enriles (2009) Esta técnica es recomendada para pacientes con encías inflamadas y surcos periodontales. El cepillo se coloca como si fuera un lápiz con las cerdas apuntando hacia abajo en el maxilar inferior y hacia arriba en el maxilar superior formando un ángulo de 45 grados en relación al eje longitudinal del diente, considerando que las cerdas ingresen suavemente al surco gingival, se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por cada lado. El mango del cepillo se ubica de forma horizontal durante la limpieza de las caras vestibulares de los dientes y las caras linguales de las premolares y molares; durante el cepillado de las caras linguales se sostiene en sentido vertical de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo una ligera presión con movimientos cortos anteroposteriores.

### **Técnica de Bass modificado:**

Enriles (2009) Es considerada la técnica más eficiente en odontología. En esta como en las anteriores se debe colocar las cerdas sobre la encía, con un ángulo de 45 grados, no se debe colocar el cepillo nunca de forma perpendicular al diente porque se daña las encías, cepillar suavemente con movimientos de vibración y hacia abajo en la superficie de los dientes superiores en grupos de 2 a 3 dientes de adelante hacia atrás. Repetir la forma en la parte inferior con movimientos de vibración y hacia

arriba en grupos de 2 a 3 dientes de adelante hacia atrás. De la misma forma se realizará el cepillado en la parte interna de los dientes tanto en inferior como en superior.

#### **Dentífricos Fluorados:**

Cameron (2010) Estos resultan ser métodos muy eficaces en la prevención y disminución de la caries dental, los dentífricos fluorados mantienen la concentración elevada de flúor en la interfase esmalte y placa, el flúor se encuentra en los dentífricos en la forma de fluoruro sódico, monofluorofosfato sódico (MPF), estañoso o fluoruro de amina, en una revisión para la Cochrane, Walsh (2010) indica que el uso de pastas con flúor reduce 24% la prevalencia de caries dental en comparación de aquellas sin flúor, existe en el mercado dentífricos fluorados que contienen 250 ppm, 500 ppm, 1000 ppm hasta 1100 ppm de Flúor.

#### **Uso de Hilo Dental:**

Enriles (2009) El Hilo dental es el método más recomendado para los casos de periodontitis y gingivitis, casos de apiñamiento dental y, también para las encías sanas, de manera muy útil se utiliza para limpiar debajo de los pónicos entre dientes ferulizados o para pacientes con ortodoncia, presenta una disminución de 80% de la placa interdental e incluso subgingival al poder introducirse hasta 2 a 3 mm debajo de la papila, cuando es usado de forma regular y correcta.

Higashida (2009) Existen varios tipos disponibles en el mercado de acuerdo a su grosor, con cera o sin ella y de diferentes

materiales utilizados en su fabricación, su indicación depende de las características de cada persona, para usar el hilo dental se extraen del rollo aproximadamente 60 cm y este se enrolla en el dedo medio de una mano y se deja suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano, conforme se utiliza el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro dedo con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental, el hilo se introduce de manera suave entre los espacios del surco gingival, en seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o vaivén en sentido vestibulolingual a continuación se mueve encima de la papila interdental con cuidado y se pasa al siguiente espacio interdental, en los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares en los dientes inferiores se guía con los dos índices.

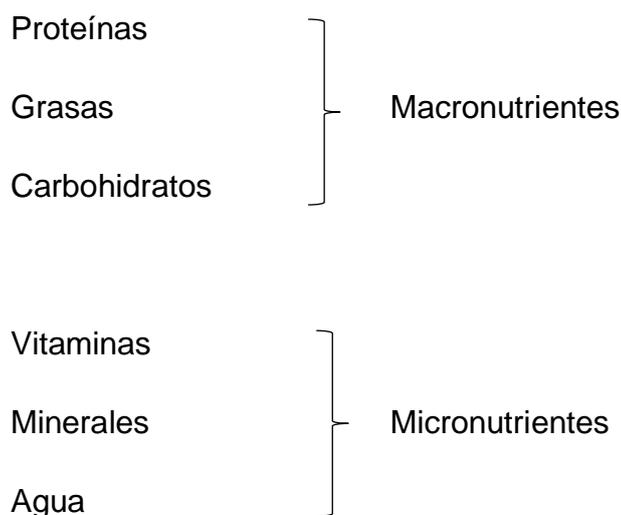
### **Enjuagues con Flúor:**

Cameron (2010) nos dice que el uso de enjuague bucal al 0.05% de forma diaria puede ayudar a reducir la carie en un 20 a 50%, se recomienda el uso de estos enjuagues en personal con alto riesgo de caries.

Walsh (2016) menciona que la revisión realizada para la Cochrane encontró que el uso correcto de enjuagues bucales con flúor de forma regular se asocia con la reducción en el incremento de caries dental en dientes permanentes.

### 1.2.2.3 Dieta

Henostroza (2007). La instauración y desarrollo de la caries se debe a los nutrientes indispensables para el metabolismo de los microorganismos que provienen de los alimentos sobre todos los carbohidratos fermentables son los responsables de su aparición y desarrollo. Sarabia (2005) indica que una dieta balanceada debe incluir los siguientes nutrientes, Cada uno de ellos guarda una relación con la resistencia del huésped al ataque carioso y con el medio bucal en el que se encuentra, puede o no proporcionar caries dental o enfermedad periodontal.



Gonzales (2013) indica que la malnutrición influye en el crecimiento, desarrollo craneofacial y constituye un antecedente adverso que puede conllevar a secuelas entre las que están: alteraciones en la calidad y textura de ciertos tejidos (hueso, ligamento periodontal y dientes) , el estado de salud bucal se asocia de manera significativa con el estado nutricional de la persona pudiendo determinar, mayor

prevalencia de gingivitis, aparición más elevada de caries dental e incremento de maloclusiones dentarias, podemos encontrar defectos en el esmalte dental asociadas a enfermedades como hipocalcemia, déficit vitamínico y minerales y malnutrición.

### **Consumo de Sustratos:**

Henostroza (2007) y Boj (2011), Ireland (2008) comentan que el principal carbohidrato fermentable con mayor potencial cariogénico es la Sacarosa, se llama carbohidrato fermentable debido a la capacidad de las bacterias cariogénicas de metabolizarlos con rapidez dando como resultado una disminución rápida en el Ph de la placa; la Sacarosa se encuentra en alimentos como: azúcares de caña, azúcar de remolacha, melaza, confitería, además en alimentos procesados y en el azúcar de mesa, ya que sirve al *S. Mutans* para producir glucanos; pero también están la Glucosa que se encuentra en la miel y fructuosa que se encuentra en las frutas; que favorece a los microorganismos orales como a la adhesividad de la placa, lo cual permite su mejor fijación y colonización en la superficie del diente.

Boj (2011) indica que la frecuencia y la forma del consumo es más importante que la cantidad de azúcares consumidas; la desmineralización del esmalte es debido a la combinación de un Ph de la placa bajo y la duración del contacto de este con la superficie dentaria; por tanto la mayor frecuencia de la ingesta entre horas o la presencia de azucares viscosos que favorecen su retención sobre la superficie dentaria o un déficit de aclaramiento bucal facilitan el inicio de caries al prolongarse los niveles de Ph bajos en el medio bucal.

Según el autor, el aporte en la dieta de ácidos fuertes como los refrescos carbonatados, bebidas para deportistas y jugos de frutas exacerbarán el problema.

### **1.2.2.3 Vitaminas**

Sarabia (2005) En periodos de formación dentaria, es importante consumir alimentos ricos en calcio, fósforo, Vitaminas A,C y D, se aconseja a mujeres embarazadas, periodos de lactancia y en niños menores de 12 años, ingerir de forma adecuada de leche, huevo y frutas cítricas; un déficit de vitamina A durante el periodo pre eruptivo, produce cambios desfavorables en la formación del esmalte , dentina, pulpa y hueso alveolar, en el esmalte atrofia los ameloblastos, es hipoplásico, favorece a la formación de carbohidratos fermentables y microorganismos bucales de igual forma ocurre con la deficiencia de vitamina C; la vitamina D también interviene en la formación de la caries dental y enfermedades periodontales ya que participa en el metabolismo del Calcio y Fosforo; los minerales como el, fósforo, magnesio, calcio y flúor concentraciones ópticos de estos minerales garantizan una mayor resistencia del diente hacia la caries dental y a las enfermedades periodontales.

### **1.2.2.4 Consumo de Drogas**

#### **Tabaquismo, alcoholismo y Marihuana:**

Lidnhe (2008) en el libro del autor nos indica una posibilidad biológica de que exista una asociación entre el hábito de fumar y la periodontitis, sobre la función y estructura de las células, esto se basa en los efectos que contiene el tabaco sobre esta, Existe también una

asociación con el hábito de fumar y la vascularización, los estudios recientes demostraron que en los fumadores los sitios poco profundos están colonizados en niveles altos de patógenos periodontales como T. Forsythia, Treponema Dentícola y P.Gingivales, y que estas diferencias están atenuadas en bolsas profundas y enfermas, Lindhe,(2008). menciona a Haber y col (1993) sugieren que la prevalencia excesiva de enfermedad periodontal en la población atribuida solamente al tabaquismo es mucho mayor que la debida a otra posición sistémica como es la Diabetes Mellitus. Lindhe (2008) también menciona a Makino et al. indican que los fumadores se asocian a una mayor presencia de saco periodontal profundos, perdida de inserción, perdida ósea y mayor tasa de perdidas dentales, concluye que el tabaquismo influye sobre el tejido periodontal e indirectamente sobre la flora periodonto patógena., respecto al alcohol Barrios (2008), el alcohol lo mismo que el tabaco es una droga de gran consumo en la población, es un depresivo del sistema nerviosos central, en los adictos a este podemos observar caries, enfermedades periodontales, abscesos pulpares, desgaste incisal, bruxismo el alcohol produce las siguientes patologías debido al elevado consumo de carbohidratos y la mala actitud ante las medidas de higiene bucal. En cuanto al consumo de Marihuana Barrios (2008) y Rotemberg (2015) podemos observar caries a nivel cervical de los dientes, a nivel de los tejidos periodontales se presenta gingivitis, queilitis y candidiasis, también podemos observar caries Rampante debido a la

naturaleza acida de la droga, también podemos observar desgaste de la parte incisal por la ansiedad que presenta.

Gigena (2012) En el consumo de marihuana hay una alteración del flujo salival, reducción de la capacidad buffer, erosiones, abrasiones, caries y perdida dentaria, también se observa variaciones en el umbral del dolor, percepción del gusto, atrofia de las glándulas salivales y úlceras en la mucosa bucal de estos pacientes. El uso de metanfetaminas ha sido también asociado con efectos sobre la salud bucal existe un patrón de caries inducida por anfetaminas.

### **Consumo de Medicamentos:**

Un gran número de medicamentos pueden afectar la salud bucal, ya que muchos pacientes ingieren medicamentos pre escritos por un médico o automedicados es el caso, Seymour (1996) quien expone que el uso de algunos fármacos como los anticonvulsivantes (Fenitoína), los inmunosupresores (ciclosporina A), los bloqueadores de los canales de calcio (nifedipino, verapamilo, diltiazem y valproato sódico) y los anticonceptivos orales; producen agrandamiento gingival, dificulta la eliminación del biofilm oral y puede llegar a desarrollar gingivitis; los signos clínicos de esta afección son enrojecimiento, sangrado y aumento de volumen de las encías, algunas personas manifiestan dolor y escozor, luego de un periodo largo de inflamación crónica comienza a secretar sustancias que pueden llegar a destruir el hueso alveolar y llegar a una Periodontitis; la hiperplasia aparece en la encía marginal en forma de superficie lobulada, sin tendencia al sangrado que puede llegar a cubrir por

completo las coronas dentarias, aquí influyen diferentes factores como son edad del paciente, duración del tratamiento, las concentraciones plasmáticas alcanzadas, el biofilm oral y la existencia anterior de una afección gingival o periodontal. Huartamendia (2012) la revisión bibliográfica que realiza demuestra que el uso de medicamentos para el uso de afecciones respiratorias no infecciosas por vía inhalatoria, tanto preventiva como en crisis, se relaciona con la erosión dental, gingivitis, halitosis, xerostomía y candidiasis especialmente con el consumo de corticoides en pacientes asmáticos que consumen con regularidad este medicamento.

#### **1.2.2.5 Acciones Preventivas**

##### **Uso de Flúor:**

Cameron (2010) Nos dice que el flúor es ampliamente utilizado en la reducción y prevención de la caries dental, el flúor actúa de forma tópica promoviendo la Re mineralización dental en presencia del calcio y el fosfato.

##### **Gel de Fluoruro de Fosfato (FFA):**

Ireland (2008) Este gel de fluoruro de fosfato se puede utilizar en pacientes de alto riesgo de caries, así como también en los pacientes de ortodoncia, este gel contiene (1.23% que equivale a 12300 ppm) y es de uso exclusivo del profesional este tratamiento va acompañado del cepillado dental en la casa.

### **Barnices de flúor:**

Ireland (2008) este es un barniz con altas concentraciones de fluoruro para pacientes con alto riesgo de caries; (contienen 22600 ppm) un barniz a base de Poliuretano que contiene fluoruro (0.1%) en la forma de Silano de Flúor (0.9% por peso), este debe aplicarse con cuidado con el microbrush para evitar el riesgo de toxicidad, la Cochrane Collaboration resaltó el efecto inhibitor de la caries tanto en dentición permanente como en decidua, por tanto es muy recomendada para pacientes de alto riesgo estomatológico.

### **Sellantes:**

Escobar (2004) estos son a base de Bis – GMA bisfenol a-glicidimetacrilato; Bezerra Da Silva (2008) Los sellantes se aplican en las fosas y fisuras y son materiales resinosos o ionoméricos, metacrilato, que al ser aplicados en los dientes, se utilizan según el riesgo de caries y la actividad cariogénica de cada paciente, actúan como una barrera mecánica que impide el contacto del Esmalte con los carbohidratos y las bacterias; que son los responsables de la desmineralización del diente lo que ocasiona la presencia de caries dental,.

### **Ionómeros**

Escobar (2004) Son sales formadas por reacción del ácido Polialquenoico y un vidrio que contiene Aluminio, los modificados con Resina contienen además (ácido polialquenoicos, vidrio fluorsilicato y aluminio) se agregan resinas hidrofílicas con foto iniciadores; este material tiene la propiedad de liberar Flúor es liberado por varias

semanas hasta un 10% pasadas las 3 a 4 semanas permaneciendo en ese nivel alrededor de un año de ser colocado.

El Ionómero de Vidrio de alta viscosidad posee una característica que los hace único que durante las 24 horas a 48 horas libera iones de Flúor, pasado este periodo este tiene la capacidad de captar y liberar Flúor del medio bucal fenómeno que es conocido como efecto cisterna una adhesión química con la superficie dentaria, lo que lo hace único.

#### **Visitas al Dentista:**

Soria (2008) Las visitas al odontólogo deben programarse 2 veces al año esta revisión nos permite ubicar los factores de riesgo de caries dental, no sólo detectando la lesión una vez instaurada o esperar que el paciente refiera dolor, evitando así el costo de rehabilitaciones.

### **1.3 Definición de términos básicos**

#### **Conocimiento en Patologías Odontológicas**

El conocimiento es el conjunto de datos, hechos o información, que están relacionadas a las principales enfermedades bucales.

La OMS (2004), afirma que “las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades con menos recursos económicos”.

#### **Educación Preventiva**

Son las disposiciones que se realizan en forma anticipada para minimizar un riesgo también son acciones que promueven conciencia social sobre los

efectos que tendrán determinadas actitudes en nuestras vidas; mediante la educación preventiva se crea conciencia, se adopta nuevas conductas y se genera una actitud responsable, nos permite actuar a tiempo, esta educación preventiva debe estar incluida en todos los niveles educativos tanto en formación pre escolar como en la formación de profesionales de la salud.

### **Caries Dental:**

Es una enfermedad que presenta mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial, es el resultado de múltiples factores como estilo de vida biológicos y medioambientales su clasificación según la localización es esmalte, dentina, lesión cavitada, lesión en cemento, lesión adyacente a restauraciones.

### **Enfermedad Gingival:**

Es un proceso inflamatorio de la encía que provoca cambios en el color, edema, inflamación o agrandamiento gingival menor firmeza y tendencia al sangrado podemos encontrar gingivitis leve, gingivitis moderada y gingivitis grave.

### **Enfermedad Periodontal:**

Una gingivitis puede evolucionar a Periodontitis con consecuencias locales afectando las estructuras alrededor del diente y sistémicas como afección cardiovascular entre otras, podemos encontrar periodontitis gingival, periodontitis crónica, periodontitis agresiva, periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. y enfermedad periodontal necrosante.

### **Maloclusión Dentaria:**

Problemas de crecimiento músculo esquelético durante la infancia y adolescencia que pueden producir problemas estéticos, dentales y faciales

se dividen según Angle en maloclusión clase I, Maloclusión clase II y Maloclusión clase III.

### **Higiene Bucal:**

Es el cuidado que debemos tener sobre dientes, encía y boca para prevenir o minimizar problemas bucales incluye educación con un correcto cepillado, educación en el uso de hilo dental y educación en el uso de enjuagues bucales.

### **Dieta:**

Henostroza (2007). El desarrollo e instauración de la caries se debe a los nutrientes necesarios para el metabolismo de los microorganismos que provienen de los alimentos sobre todos los carbohidratos fermentables son los responsables de su aparición y desarrollo es conveniente ingerir dietas saludables dejar de lado las dietas no saludables y las vitaminas.

### **Ingesta de Drogas y Medicación:**

El consumo de medicamentos y drogas como la marihuana, alcohol y tabaco favorece a la aparición de gingivitis y periodontitis también a la pérdida ósea, dental y a la aparición de sacos periodontales.

### **Acciones Preventivas:**

Entre las acciones preventivas que podemos tomar tenemos el uso de flúor de forma diaria en los enjuagues o pastas dentales, y visitas al dentista en las cuales aplicará ionómero y sellantes para preservar la salud bucal.

## **CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1 Formulación de la hipótesis**

#### **2.1.1 Hipótesis General**

Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal en los estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

#### **2.1.2 Hipótesis Derivadas**

Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con higiene en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con la

dieta en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal con la ingesta de drogas y medicación en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con las acciones preventivas en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

### **2.1.3 Variables**

- La variable1: Nivel de conocimiento en Patologías Odontológicas.
- La variable 2: Educación preventiva para la salud bucal.

## 2.2 Operacionalización de variables

### Nivel de Conocimiento en Patologías Odontológicas y su relación con la Educación Preventiva para la Salud Bucal en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín de Porres Filial Norte

Variables	Dimensión	Indicadores	Instrumento	Escala de Intervención					
				1	2	3	4	5	
<b>Variable 1</b>  Nivel de Conocimiento en Patologías Odontológicas	• Conocimiento sobre Caries Dental	Lesión de Esmalte Lesión de Dentina Lesión no Cavitada Lesión Cavitada Lesión en cemento Lesión adyacente a Restauraciones	Prueba de Evaluación	• Muy Bueno • Bueno • Regular • Malo • Muy Malo					
	• Conocimiento sobre Enfermedad Gingival	Gingivitis Leve Gingivitis Moderada Gingivitis Grave							
	• Conocimiento sobre Enfermedad Periodontal	Enfermedad Gingival Periodontitis Crónica Periodontitis Agresiva P. como manifestación de enfermedades sistémicas Enfermedad Periodontal Necrosante							
	• Conocimiento sobre Maloclusiones Dentarias	Mal oclusión Clase I Mal oclusión Clase II Mal oclusión clase III							
<b>Variable 2</b>  Educación Preventiva para la Salud Bucal	• Higiene Bucal	Educación en Cepillado Dental Educación en uso de Hilo Dental Educación en uso de Enjuagues Bucales	Cuestionario	• Muy Bueno • Bueno • Regular • Malo • Muy Malo					

- Dieta
    - Dietas Saludable
    - Dietas No Saludable
    - Vitaminas
  - Ingesta de Drogas y medicación
    - Consumo de Drogas, Alcohol, tabaco, Marihuana
    - Uso de Medicamentos
  - Acciones Preventivas
    - Flúor
    - Ionómero
    - Sellantes
    - Visitas al dentista
-

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1 Diseño metodológico

La investigación tiene:

- **Enfoque:** cuantitativo
- **Diseño:** Observacional – No experimental  
Analítico – Descriptivo  
Correlacional – Corte transversal.

- **Técnicas de recolección de datos**  
Prueba de evaluación y cuestionario

- **Descripción de los instrumentos**

El instrumento elaborado por la autora y validado mediante el juicio de expertos fue una ficha de recolección que consta de 20 preguntas tanto para la variable 1 como para la variable 2. Se solicitó permiso al Director Universitario de la USMP filial Norte, Ing. Carlos Mecha Carmona para la ejecución del proyecto de tesis en los alumnos de pre grado que cursen el primer ciclo.

Luego de instalar y acondicionar el ambiente, materiales e instrumental necesario para realizar las evaluaciones respectivas, se

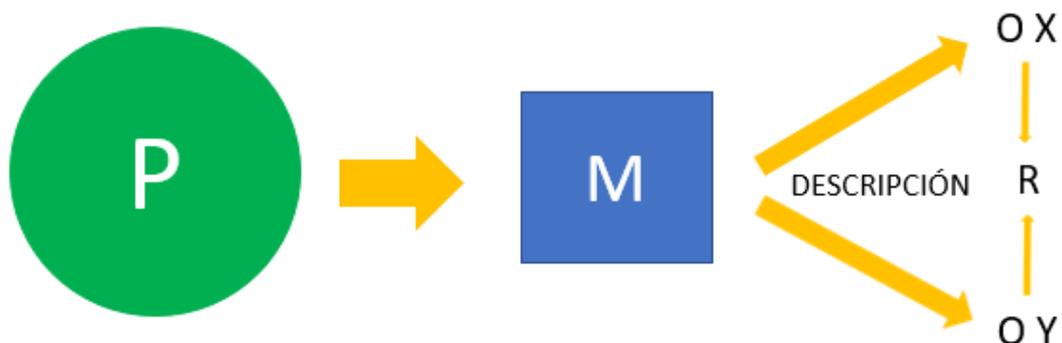
procedió a realizar la evaluación y cuestionario, se anotó el género y la edad de cada alumno.

El tiempo estipulado para la realización de estas pruebas a cada alumno es de 20 minutos aproximadamente.

### **Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

El análisis y recolección de los datos se realizará empleando el programa SPSS versión 23.0. Además del apoyo de una base de datos en Excel.

Se construirán tablas de distribución de porcentajes, frecuencias, moda, mediana, media aritmética, desviación estándar y varianza para realizar el análisis univariado de cada variable estudiada. La relación de cada uno de las dimensiones de estrategias participativas y el tratamiento de caries dental se evaluaron mediante el índice de correlación de Spearman.



Fuente de información: Dr. Oscar Rubén Silva Neyra

## **3.2 Diseño Muestral**

### **3.2.1 Población**

Estudiantes matriculados en la Facultad de Odontología de la Universidad San Martín de Porres Filial Norte.

### **3.2.2 Muestra**

Estudiantes matriculados del primer año de la Facultad Odontología de la Universidad San Martín de Porres Filial Norte siendo un total de 69 alumnos.

#### **Criterios de inclusión**

Interesados en colaborar con la investigación

Estudiantes matriculados en el primer ciclo.

Haber aceptado voluntariamente participar en el estudio

Haber firmado el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

Estudiantes que decidieron no participar en el estudio

Estudiantes que se encuentren ausentes el día de ejecución de la investigación.

Estudiantes de otros años de la carrera profesional de Odontología.

Estudiantes que no firmaron el consentimiento informado.

### 3.3 Validez y confiabilidad de los instrumentos

#### Análisis de confiabilidad de la muestra piloto

Como el instrumento tiene respuesta dicotómica con ceros y unos se usará el coeficiente de Kuder-Richardson (KR20). Cuya fórmula es la siguiente:

$$KR20 = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum p_i * q_i}{ST^2} \right]$$

#### Interpretación del Coeficiente de Confiabilidad

Una manera práctica de interpretar la magnitud de un coeficiente de confiabilidad puede ser guiada por la escala siguiente:

---

RANGOS	MAGNITUD
0.81 a 1.00	Muy Alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy Baja

---

Fuente de información: Carlos Ruiz Bolívar, PhD.

Profesor Titular UPEL/PIDE

#### VARIABLE: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PATOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS

Dónde:

n: es el número de ítems (20 ítems)

p: respuesta correcta (valor 1)

q (1-p): respuesta incorrecta (valor 0)

ST<sup>2</sup>: varianza total (4.3053)

$\sum p*(1-p) = 1.4216$

Reemplazando los resultados de la muestra piloto tenemos lo siguiente:

$$KR2 = \frac{20}{19} \left[ 1 - \frac{1.4216}{4.3053} \right] = 0.7051$$

De acuerdo con el resultado obtenido existe una confiabilidad alta.

### **VARIABLE: EDUCACIÓN PREVENTIVA PARA LA SALUD BUCAL**

Dónde:

n: es el número de ítems (20 ítems)

p: respuesta correcta (valor 1)

q (1-p): respuesta incorrecta (valor 0)

ST<sup>2</sup>: varianza total (3.8421)

$$\sum p*(1-p) = 1.4778$$

Reemplazando los resultados de la muestra piloto tenemos lo siguiente:

$$KR2 = \frac{20}{19} \left[ 1 - \frac{1.4778}{3.8421} \right] = 0.6478$$

De acuerdo con el resultado obtenido existe una confiabilidad alta.

### **3.4 Aspectos éticos**

La presente investigación cumple con la normativa ética de la Universidad involucrada. Manteniendo la confidencialidad tanto de la Universidad como de los estudiantes, garantizando que lo presentado en este estudio no

compromete los valores de la Universidad ni expone la identidad de sus estudiantes. En tal sentido, se informa a los participantes el propósito de la investigación, para que puedan colaborar del llenado de la prueba de evaluación (cuestionario posterior a la clase con didácticas participativas).

Tampoco es interés de la investigadora desprestigiar la forma cómo la Universidad viene desarrollando su currícula y metodología de enseñanza; por el contrario, se busca contribuir a su modelo pedagógico, proponiendo algunos elementos innovadores de didáctica participativa.

Asimismo, toda información ha sido debidamente citada, respetando la propiedad intelectual de los autores.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1 Datos Descriptivos:

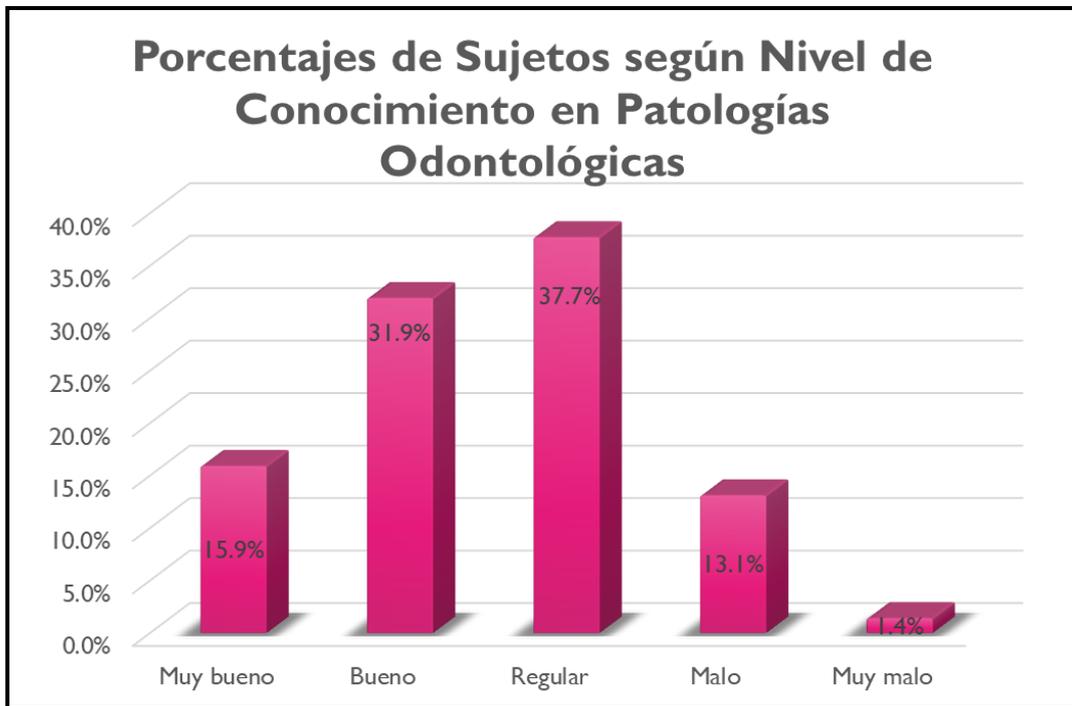
**VARIABLE 1:** Nivel de conocimiento en patologías odontológicas

**Tabla 1: Nivel de conocimiento en patologías Odontológicas**

CATEGORÍA	f	%
MUY MALO	1	1.4
MALO	9	13.1
REGULAR	26	37.7
BUENO	22	31.9
MUY BUENO	11	15.9
<b>TOTAL</b>	69	100.0

En la table 1 se observa que el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas el mayor porcentaje fue de Regular con 37.7% (26 alumnos) seguido del bueno con 31.9% (22 alumnos), muy bueno 15.9% (11 alumnos), malo 13.1% (9 alumnos) y finalmente muy malo 1.4% (1alumno).

**Figura 1**



En la Figura 1 se observa que el mayor porcentaje de sujetos según el nivel de conocimiento en patologías odontológicas fue de Regular con 37.7% (26 alumnos) seguido del bueno con 31.9% (22 alumnos), muy bueno 15.9% (11 alumnos), malo 13.1% (9 alumnos) y finalmente muy malo 1.4% (1 alumno).

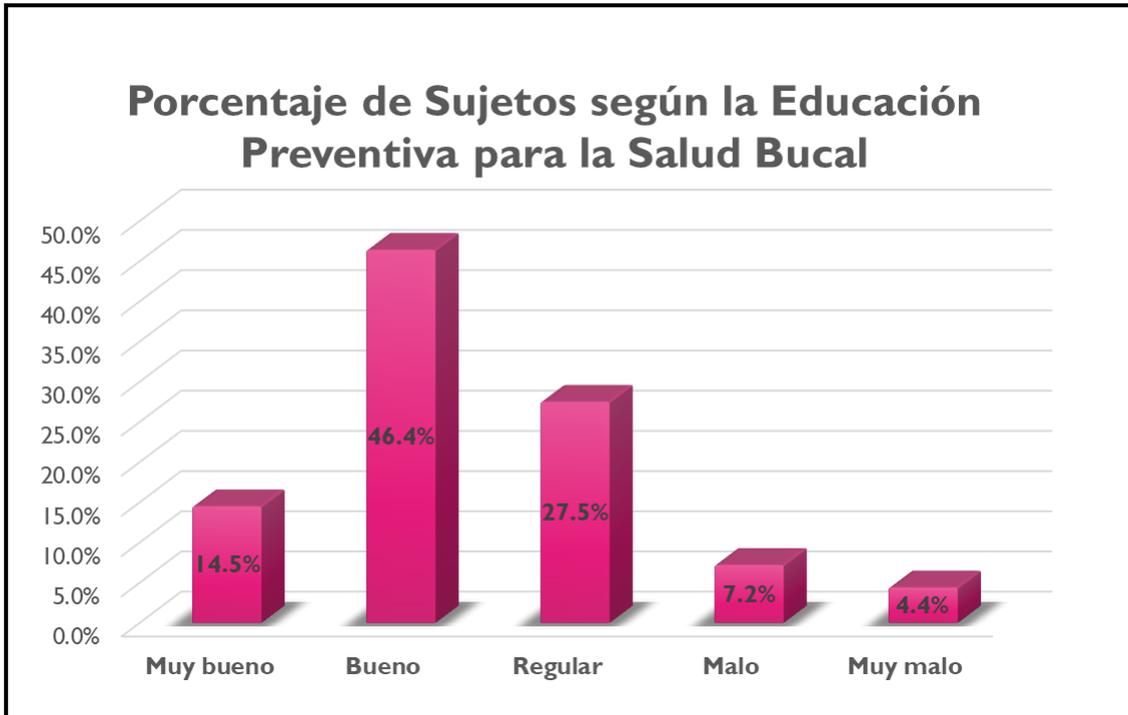
**VARIABLE 2:** Educación preventiva para la salud bucal.

**Tabla 2: Educación preventiva para la salud**

<b>CATEGORÍA</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
MUY MALO	3	4.4
MALO	5	7.2
REGULAR	19	27.5
BUENO	32	46.4
MUY BUENO	10	14.5
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

En la table 2 observamos que el mayor porcentaje respecto a la educación preventiva para la salud presento Bueno con 46.4% (32 alumnos), regular con 27.5% (19 alumnos), muy bueno 14.5 (10 alumnos), malo 7.2% (5 alumnos), muy malo 4.4% (3 alumnos).

**Figura 4**



En la figura 2 observamos que el mayor porcentaje de sujetos según la educación preventiva para la salud bucal presento Bueno con 46.4% (32 alumnos), regular con 27.5% (19 alumnos), muy bueno 14.5 (10 alumnos), malo 7.2% (5 alumnos), muy malo 4.4% (3 alumnos).

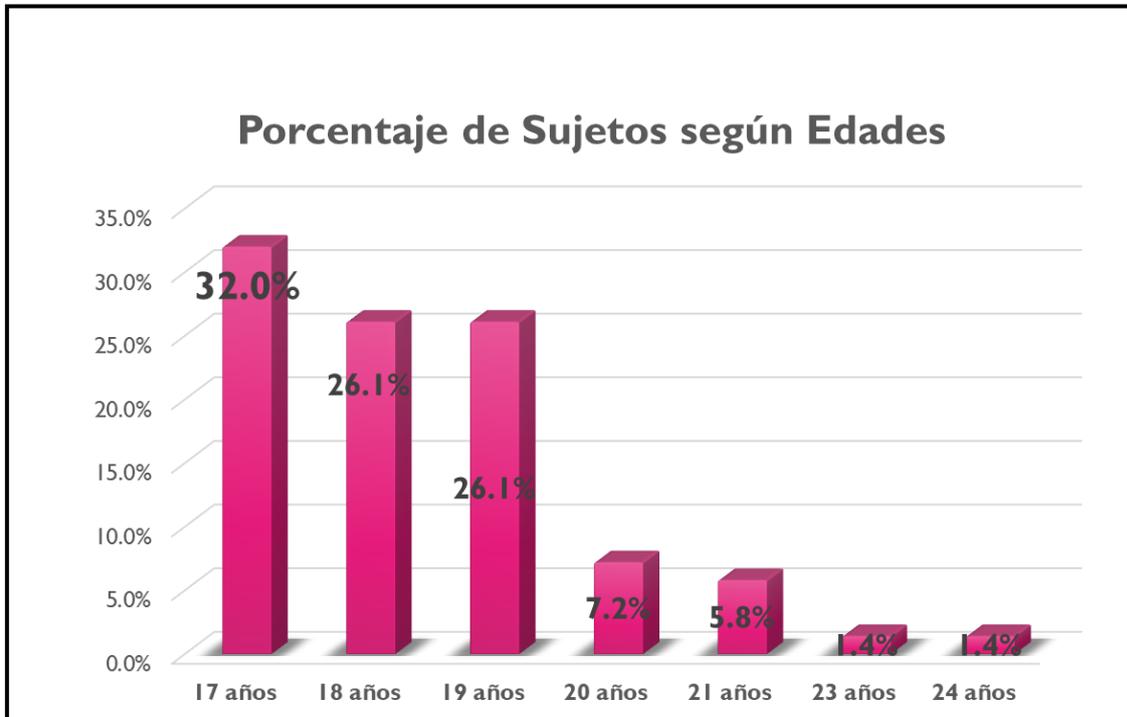
**Edad:**

**Tabla 3: Sujetos según edades**

<b>EDAD</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
17	22	32.0
18	18	26.1
19	18	26.1
20	5	7.2
21	4	5.8
23	1	1.4
24	1	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

Con respecto a la edad de los sujetos entrevistados, el mayor porcentaje lo obtuvo el 32.0% (22 alumnos) con 17 años, seguido de un 26.1% (18 alumnos) con 18 años, 26.1% (18 alumnos) con 19 años, 7.2% (5 alumnos) con 20 años, 5.8% (4 alumnos) de 21 años, 1.4% (1 alumno) con 23 años, y 1.4% (1 alumno) con 24 años.

**Figura 7**



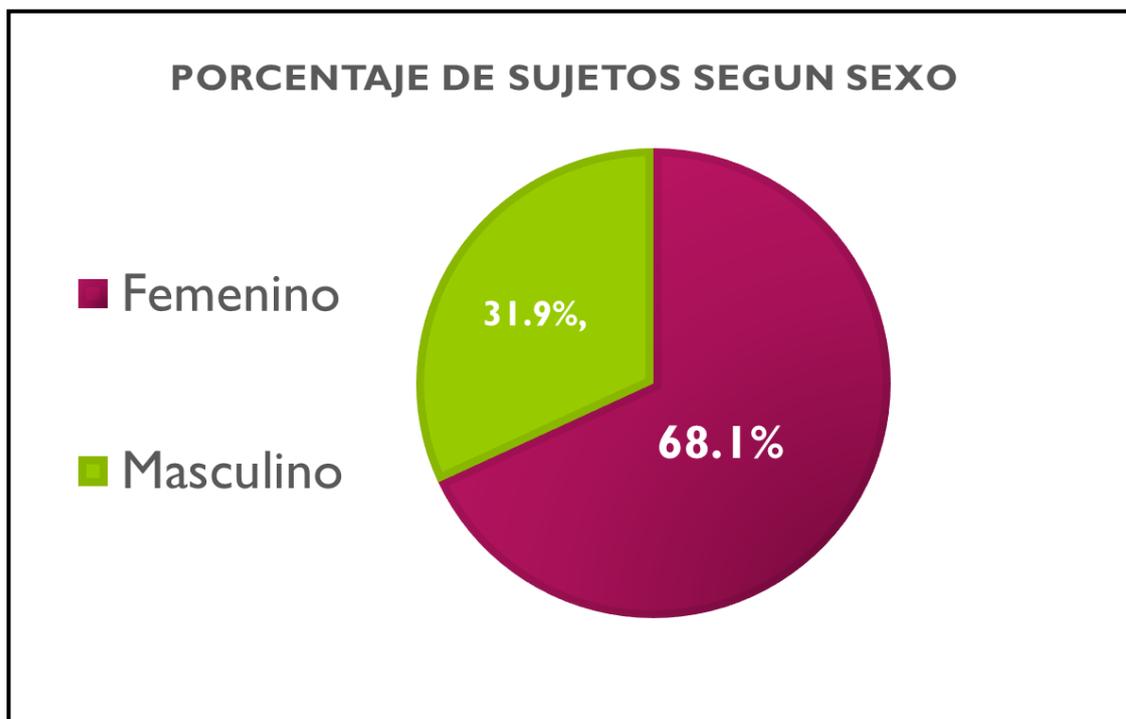
En la edad el mayor porcentaje lo obtuvo el 32.0% (22 alumnos) con 17 años, seguido de un 26.1% (18 alumnos) con 18 años, 26.1% (18 alumnos) con 19 años, 7.2% (5 alumnos) con 20 años, 5.8% (4 alumnos) de 21 años, 1.4% (1 alumno) con 23 años, y 1.4% (1 alumno) con 24 años.

**Tabla 4: Sujetos por sexo**

<b>SEXO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
FEMENINO	47	68.1
MASCULINO	22	31.9
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

En la tabla 4 observamos los sujetos según el sexo donde se identifica un 68.1% correspondiente al sexo femenino (47 alumnas), y correspondientes al sexo masculino un 31.9% (22 alumnos).

**Figura 10:**



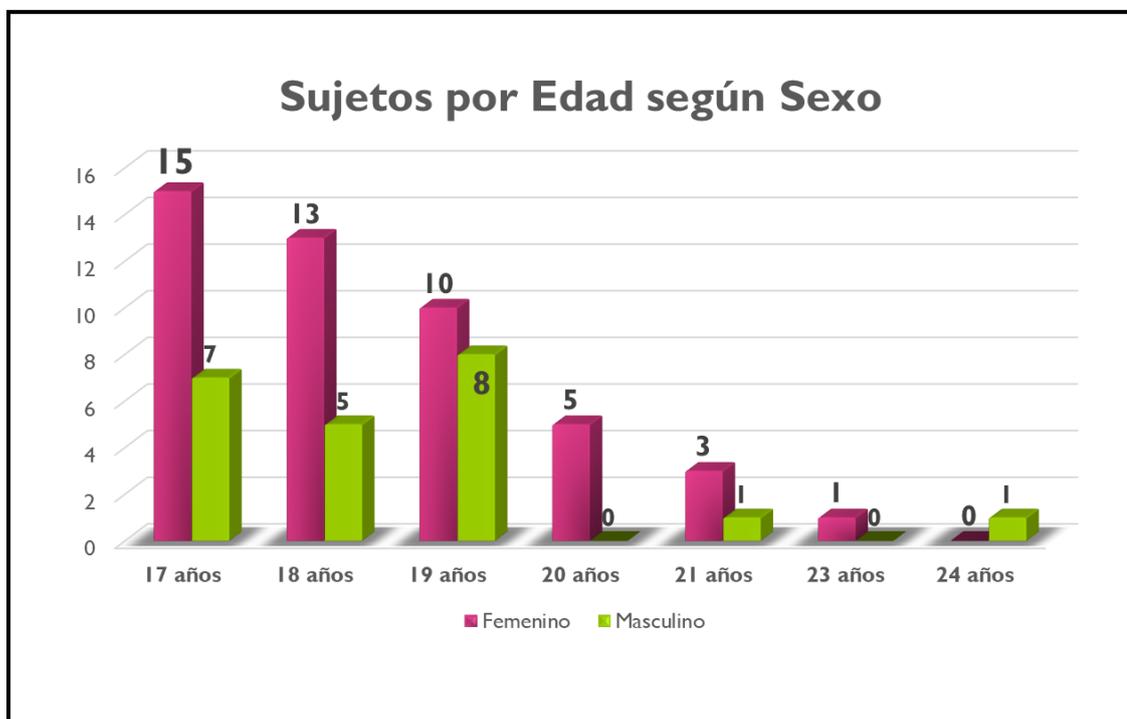
En la figura 4 observamos el porcentaje de los sujetos según el sexo, donde se evidencia un 68.1% correspondiente al sexo femenino y un 31.9 % corresponde al sexo masculino. Siendo mayor el porcentaje de mujeres que hombres

**Tabla 5: Sujetos por edad según sexo**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
17	7	15	22
18	5	13	18
19	8	10	18
20	0	5	5
21	1	3	4
23	0	1	1
24	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>69</b>

En la tabla 5 se encuentran los sujetos por edad según sexo donde se observa a los alumnos de del sexo masculino con 17 años (7 alumnos), con 18 años (5 alumnos), con 19 años (8 alumnos), con 20 años (0 alumnos), con 21 años (1 alumno), con 23 años (0 alumnos) y con 24 años (1 alumno). Alumnos del sexo femenino con 17 años (15 alumnos), con 18 años (13 alumnos), con 19 años (10 alumnos), con 20 años (5 alumnos), con 21 años (3 alumnos), con 23 años (1 alumno) y con 24 años (0 alumnos).

Figura 13



En la presente figura identificamos a los Sujetos por edad según sexo los alumnos de del sexo masculino con 17 años equivalen a 7 alumnos, con 18 años (5 alumnos), con 19 años (8 alumnos), con 20 años (0 alumnos), con 21 años (1 alumno), con 23 años (0 alumnos) y con 24 años (1 alumno).

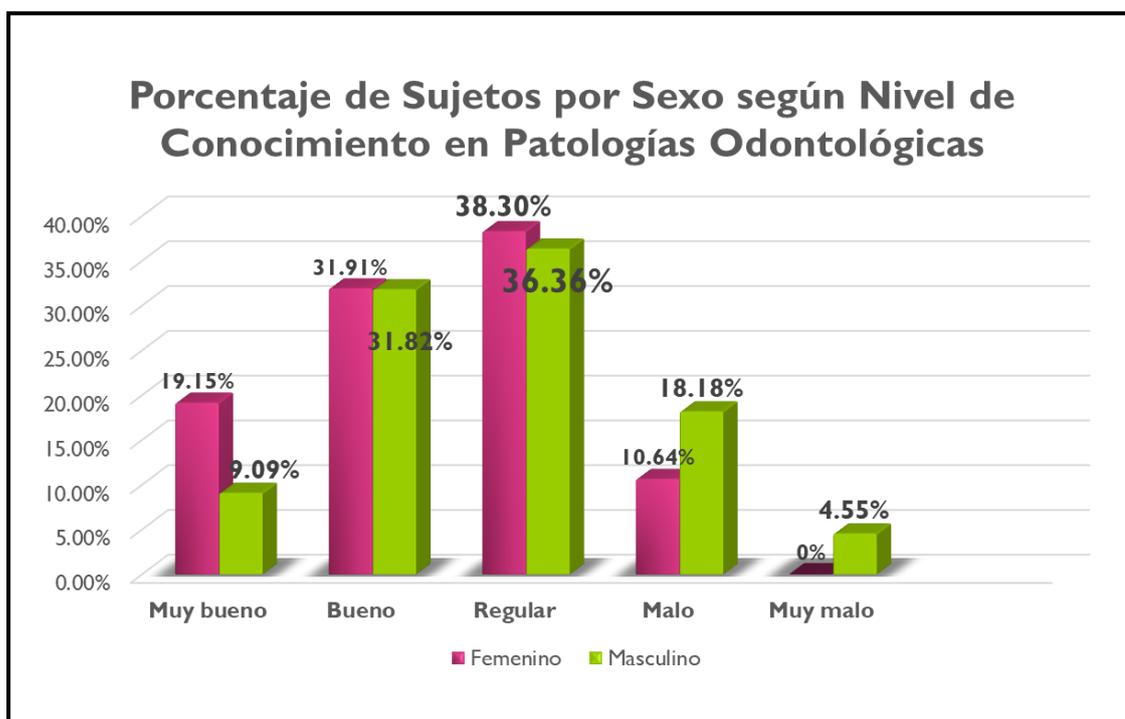
Alumnas del sexo femenino con 17 años (15 alumnos), con 18 años (13 alumnos), con 19 años (10 alumnos), con 20 años (5 alumnos), con 21 años (3 alumnos), con 23 años (1 alumno) y con 24 años (0 alumnos).

**Tabla 6: Porcentaje de sujetos por sexo según nivel de conocimiento en patologías odontológicas**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	MASCULINO	PORCENTAJE	
		MASCULINO	FEMENINO
MUY MALO	1	4.55	0
MALO	4	18.18	5
REGULAR	8	36.36	18
BUENO	7	31.82	15
MUY BUENO	2	9.09	9
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100.0</b>	<b>47</b>

El porcentaje de los sujetos por sexo según el nivel de conocimiento en patologías odontológicas del total de 22 alumnos del sexo masculino ; muy malo 4.55% (1 alumno), seguido por malo 18,18% (4 alumnos), regular 36.36% (8 alumnos), bueno 31.82% (7 alumnos), muy bueno 9.09% (2 alumnos); en el sexo femenino de un total de 47 alumnas los resultados fueron muy malo 0% (0 alumnas), malo 10.64% (5 alumnas), regular 38,30% (18 alumnas), bueno 31,91% (15 alumnas), muy bueno 19,15% (9 alumnas).

Figura 16



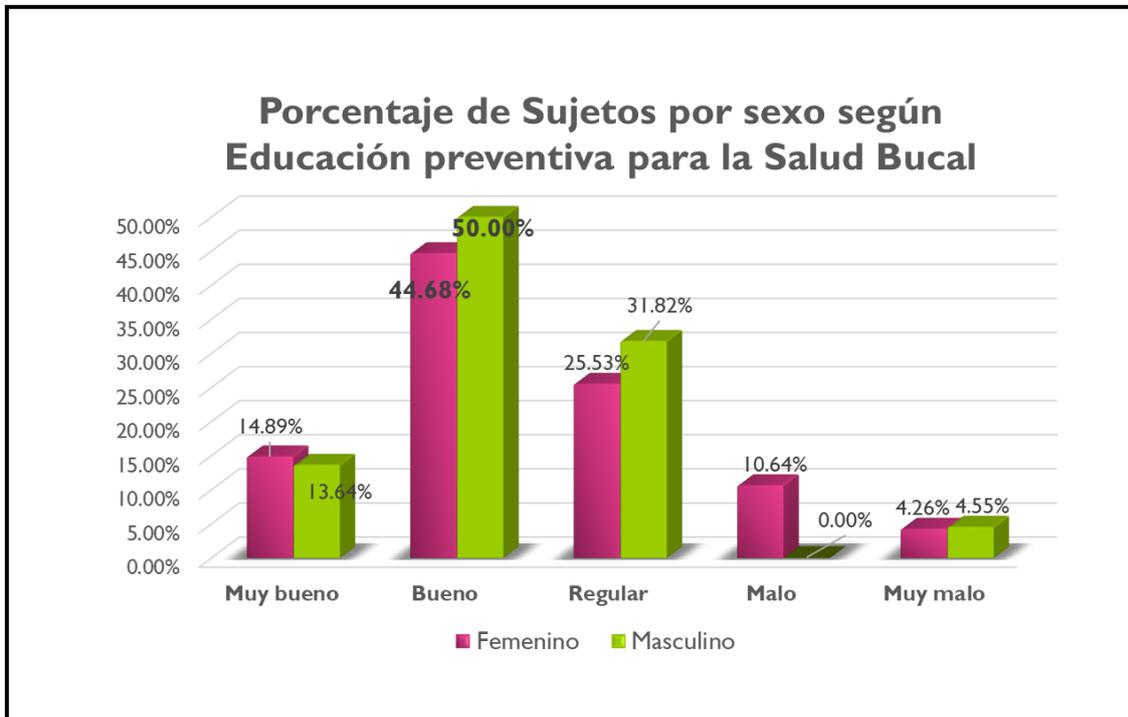
En la figura podemos ver el porcentaje de sujetos según el nivel de conocimiento en patologías odontológicas por sexo; para el sexo masculino; muy malo 4.55%, malo 18.18%, regular 36.36%, bueno 31.82%, muy bueno 9.09%; en el sexo femenino los resultados fueron muy malo 0%, malo 10.64%, regular 38.30%, bueno 31.91%, muy bueno 19.15%.

**Tabla 7: Porcentaje de sujetos por sexo según educación preventiva para la salud bucal**

<b>PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>PORCENTAJE MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>PORCENTAJE FEMENINO</b>
Muy malo	1	4.55	2	4.26
Malo	0	0.00	5	10.64
Regular	7	31.82	12	25.53
Bueno	11	50.00	21	44.68
Muy bueno	3	13.64	7	14.89
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100.0</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>

De un total de 22 alumnos el porcentaje de sujetos según educación preventiva para la salud bucal del sexo masculino fue muy malo 4.55% ( 1 alumno), malo 0% ( 0 alumnos), regular 31.82% (7 alumnos), bueno 50% (11 alumnos), muy bueno 13.64% (3 alumnos) y de un total de 47 alumnas fue muy malo 4.26% (2 alumnas), malo 10.64% (5 alumnas), regular 25.53% (12 alumnas),bueno 44.68% (21 alumnas) y muy bueno 14.89% (7alumnas).

Figura 19



El porcentaje de sujetos según la variable educación preventiva para la salud bucal del sexo masculino fue muy malo 4.55%, malo 0%, regular 31.82%, bueno 50%, muy bueno 13.64% y para el sexo femenino fue muy malo 4.26%, malo 10.64%, regular 25.53%, bueno 44.68% y muy bueno 14.89%.

#### 4.2 Estadísticas básicas por variable:

EDAD				
MEDIA ARITMETICA	MEDIANA	MODA	DESVIACION ESTANDAR	VARIANZA
18.4	18	17	1.5	2.13

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PATOLOGIAS ODONTOLÓGICAS				
MEDIA ARITMETICA	MEDIANA	MODA	DESVIACION ESTANDAR	VARIANZA
6.5	6	6	1.899	3.61

EDUCACION PREVENTIVA PARA LA SALUD BUCAL				
MEDIA ARITMETICA	MEDIANA	MODA	DESVIACION ESTANDAR	VARIANZA
6.7	7	8	1.868	3.49

##### 4.2.1 Hipótesis Principal

H<sub>0</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, no se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal en los estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

H<sub>1</sub> : Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal en los estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Estadístico:**

<b>Correlaciones</b>				
			HIPGNC	HIPGPSB
Rho de Spearman	HI	Coeficiente de correlación	1,000	,500**
	P			
	G	Sig. (bilateral)	.	,000
	N			
	C		69	69
	HI	Coeficiente de correlación	,500**	1,000
	P			
	G	Sig. (bilateral)	,000	.
	P			
	S		69	69
	B			

**Interpretación:** Como el pvalor es menor que el nivel de significación del 0.05, se rechaza la hipótesis nula. Luego diremos que los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal en los estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.

#### **4.2.2 Hipótesis Específica 1**

H<sub>0</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, no se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con higiene en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.

H<sub>1</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con higiene en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.

Nivel de significación:  $\alpha = 0.05$

**Estadístico:**

<b>Correlaciones</b>				
			HIP1NC	HIP1PSB
Rho de Spearman	H	Coeficiente	1,000	,205
	I	de correlación		
	P	Sig. (bilateral)	.	,092
	1	N	69	69
	N	C		
		H	,205	1,000
		I	de correlación	
		P	Sig. (bilateral)	,092
		1	N	69
		P		69
		S		
		B		

**Interpretación:** Como el pvalor es mayor que el nivel de significación del 0.05 no se rechaza la hipótesis nula. Luego diremos que los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, no se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con higiene en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.

### 4.2.3 Hipótesis Específica 2

H<sub>0</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, no se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con la dieta en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte

H<sub>1</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con la dieta en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte

Nivel de significación:  $\alpha = 0.05$

#### Estadístico:

Correlaciones							
					HIP2NC	HIP2PSB	
Rho de Spearman	de	H	Coeficiente de correlación	de	1,000	-,022	
		I					
		P			Sig. (bilateral)	.	,856
		2					
		N				69	69
C							
		H	Coeficiente de correlación	de	-,022	1,000	
		I					
		P			Sig. (bilateral)	,856	.
		2					
		P				69	69
		S					
		B					

**Interpretación:** Como el pvalor es mayor que el nivel de significación del 0.05 no se rechaza la hipótesis nula. Luego diremos que los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, no se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con

la dieta estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

#### 4.2.4 Hipótesis Específica 3

H<sub>0</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, no se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal con la ingesta de drogas y medicación en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

H<sub>1</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal con la ingesta de drogas y medicación en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

Nivel de significación:  $\alpha = 0.05$

#### Estadístico:

Correlaciones						
					HIP3NC	HIP3PSB
Rho de Spearman	HIP3NC	HIP3PSB	Coeficiente de correlación	de	1,000	,328**
			Sig. (bilateral)		.	,006
			N		69	69
	HIP3PSB	HIP3NC	Coeficiente de correlación	de	,328**	1,000
			Sig. (bilateral)		,006	.
			N		69	69

**Interpretación:** Como el pvalor es menor que el nivel de significación del 0.05 se rechaza la hipótesis nula. Luego diremos que los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con la ingesta de drogas y medicación en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.

#### **4.2.5 Hipótesis Específica 4**

H<sub>0</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, no se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con las acciones preventivas en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.

H<sub>1</sub>: Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con las acciones preventivas en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.

Nivel de significación:  $\alpha = 0.05$

**Estadístico:**

			Correlaciones		
			HIP4NC	HIP4PSB	
Rho de Spearman	H	Coeficiente de correlación	1,000	,271*	
	I				
	P	Sig. (bilateral)	.	,024	
	4				
	N	N	69	69	
	C				
	H	Coeficiente de correlación	,271*	1,000	
	I				
	P	Sig. (bilateral)	,024	.	
	4				
	P	N	69	69	
	S				
	B				

**Interpretación:** Como el pvalor es menor que el nivel de significación del 0.05 se rechaza la hipótesis nula. Luego diremos que los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con las acciones preventivas en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

Puesto en práctica el presente estudio demostró, que los estudiante de odontología que cursan el primer año de la universidad de San Martín de Porres filial Norte, tienen regulares conocimientos sobre patologías odontológicas de la cavidad oral y además conocen las medidas preventivas e higiene, que son la base para una correcta salud bucal, esto nos haría suponer que tienen buenos hábitos y conductas respecto al control de su salud bucal, pero esto no es necesariamente real porque en la práctica realizada se ha encontrado que no tienen un aprendizaje significativo sobre ellos mismos.

Los resultados hallados en el presente estudio no concuerda con el de Abbas (2014) el cual concluye que los conocimientos sobre patologías bucales de salud bucal de los alumnos fueron altos pero que existen algunos conceptos que no quedan muy claros y que las mujeres obtuvieron porcentajes altos de conocimiento respecto a los hombres; en el estudio se encontró que los conocimientos sobre patologías odontológicas fueron regulares pero si se coincidió que las mujeres presentaron conocimientos mayores a lo de los hombres acerca de las patologías.

Respecto al género y la variable de prevención el presente estudio coincide con Rahman (2013) en el que encontró que las mujeres presentaron mayores actitudes favorables frente a la higiene bucal que los hombres.

En relación a la prevención para la salud bucal este estudio corresponde con el de Diaz que encuentra que menos de la mitad de los estudiantes universitarios presenta conocimiento muy bueno acerca de prevención lo cual nos haría reflexionar que se necesita promocionar diferentes estrategias para conseguir y preservar un mayor proceso de aprendizaje con respecto a una buena salud bucodental de los mismos alumnos a lo largo de la carrera de odontología, en este aspecto también se coincide con Lafebre el cual haya que las actitudes y conductas son buenos durante el primer ciclo universitario pero este autor nos menciona que se potencia aún más a medida que el estudiante cursa los siguientes años de la carrera porque tiene un mayor contacto con los pacientes.

## **CONCLUSIONES**

- 1.- En cuanto al conocimiento en patologías odontológicas se concluye que los estudiantes del primer año de la USMP filial Norte poseen conocimientos regulares sobre las diversas patologías de la cavidad oral.
- 2.- En relación a la educación preventiva se concluye que estos mismos alumnos presentan conocimientos buenos en actitudes y conductas, pero estos irán mejorando a medida que los alumnos cursen las diferentes materias orientadas hacia la adquisición de hábitos y conductas favorables que condicionen a una correcta salud bucal.
- 3.- En el género la mayoría de las estudiantes del primer año de la USMP filial Norte fueron del sexo femenino es probablemente el motivo por el cual exista mayor conocimiento, acerca de las patologías y educación preventiva para la salud bucal.

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- Realizar estudios sobre el nivel de conocimiento en patologías odontológicas en toda la población estudiantil dentro de la facultad de odontología de la USMP filial norte; con el objetivo de conocer el nivel en el que se encuentran y poder reforzar algunos conocimientos teóricos.
- 2.- Realizar estudios sobre educación preventiva en salud bucal en la población de la facultad de odontología de la USMP filial Norte y mejorar la promoción de la salud bucal en la facultad.
- 3.- Realizar investigaciones para llegar a la conclusión porque los alumnos a pesar de los conocimientos que tienen sobre las diferentes patologías y la forma de prevenirlas no toman actitudes favorables para mantener su propia salud bucal.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- Abbas, I. (septiembre, 2014). Knowledge and behavior related to oral health among Jimma University Health Sciences students, *Jimma, Ethiopia. European Journal of General Dentistry*. 3(3),185-189.
- American Academy of Periodontology. (enero, 2004). Periodontal diseases of children and adolescents. *Journal of American Academic of Pediatric Dentistry*. 37(6),352-360.
- Avalos, J. (ene-jun, 2015). Nivel de conocimiento en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *Kiru*.12(1),61-65.
- Barrios, C. (marzo, 2008). Manifestaciones orales en adolescentes asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas. *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad del Nordeste Argentina*. 4(1),48-54.
- Bezerra da Silva, L. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. (1ra Ed.). Bogotá, Colombia: Amolca.
- Boj, J. (2011). *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. (1ra Ed.). Madrid, España: Ripano.

- Bordoni, N. y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. (1ra Ed). Buenos, Aires, Argentina: Panamericana.
- Cameron, A. y Widmer, R. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*. (3ra. Ed). Barcelona, España: Elseiver.
- Cárdenas, D. (2009). *Odontología Pediátrica*. (4ta.Ed). Medellín, Colombia: Corporación para la investigación biológicas.
- Castro, Y. (mayo, 2016). Enfermedades Periodontales en niños y Adolescentes a propósito de un caso clínico. A propósito de un caso clínico. *Revista clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral de Chile*.12(1),1-5.
- Ceron, X. (noviembre, 2015). El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. *Revista CES Odontología*.28(2),100-109.
- Diaz, C. (ene-jun, 2016). Nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental en universitarios, *CES Odontología*.29(1),14-21.
- Domenech, F. (noviembre, 2015). Validez Factorial de un Cuestionario para Evaluar la Percepción Inicial de los Estudiantes Universitarios sobre la Evaluación de los Aprendizajes, *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*.13(3),569-586
- Domenech, F. Tema 5, La enseñanza y el aprendizaje en la situación educativa, Aprendizaje y desarrollo de la personalidad, Universitat Jaume I, recuperado de <http://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/instruccion.html>.

- Duque, A. (noviembre, 2011). Nivel de Conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín. *Revista CES odontología*. 24(2),43-47.
- Enriles, F. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. (1ra Ed). Madrid, España: Ed. Medica Panamericana.
- Escobar, F. (2004). *Odontología Pediátrica*. (2da Ed) Caracas, Venezuela: Amolca.
- Espinoza, I. (abril, 2010). Hábitos de Higiene Oral en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, *Revista Clínica. Periodoncia Implantol. Rehabil.Oral* .3(1),11-18.
- Federación Dental Internacional. (2015). *El desafío de las enfermedades bucodentales*. (2da.Ed). Ginebra, Suiza: Ed Myriad.
- Fernández, A. (octubre, 2010). La evaluación de los aprendizajes en la Universidad: Nuevos enfoques. *Revista de docencia universitaria*.8(1),11-34.
- Gigena, P. (mayo, 2012). Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. *Revista de Odontoestomatología, Universidad de la República de Uruguay*.14(20),49-59.
- Gómez, N. (marzo, 2012). Determinación de los índices de CPOD e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana. *Revista Chilena de Salud Pública*.16(1), 26-31

- Gomez, M. (abril, 2013). Desarrollo de las competencias básicas de los estudiantes de Educación Superior mediante la e-Evaluación orientada al aprendizaje. *Relieve*.19 (1),1-16.
- Gonzales, A. (julio, 2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Revista Nutrición Hospitalaria*.28(4),64-71
- Gonzales, S. (agosto, 2011). Conocimiento Empírico y conocimiento activo transformador: algunos de sus relaciones con la gestión de conocimiento. *Revista Cubana de ACIMED*. 22 (2),110-120.
- Henostroza, G. (2007). *Caries dental principios y procedimientos para el diagnóstico*. (1ra Ed). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Hernández, R, Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta Ed.) Mc Graw Hill. México DF. México.
- Higashi, B. (2009). *Odontología preventiva*. (2da Ed). México DF, México: Mc Graw- Hill Interamericana Editores.
- Huartamendia, I. (setiembre, 2012). Problemas de salud bucal relacionados al uso de medicamentos por vía inhalatoria en trastornos respiratorios. *Odontoestomatología*.14(20),4-16.
- Ireland, A. (febrero, 2007). The International Caries Detection and Assessment System ICDAS: an integrated system for measuring dental caries. *Community Dental Oral Epidemiology*.35(1),170-178.
- Lafebre, F. (junio, 2015). Actitudes y Conductas de salud Oral de estudiantes de odontología de la Universidad de Cuenca 2014, *Acta Odontológica Colombiana*. 5(2),47-58

- Lindhe, J. (2008). *Periodontología Clínica e Implantología en Odontología*. (5ta Ed.) Madrid, España: Ed. Medica Panamericana.
- Mafla, A. (ene-marzo,2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral, *Revistas Colombiana Médica*.39(1),41-57.
- Martinez, A. (2006). Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. *Cinta de Moebio*.25(1),7-13.  
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/101/10102508.pdf>.
- Martinez, H. (2009). *Metodología de la investigación* (1ra Ed.). México. D.F, Mexico: Editorial Cengage.
- Martinez, M. (diciembre, 2013). Caries dental en adultos jóvenes en relación con características microbiológicas y fisicoquímicas de la saliva. *Revista Salud Pública*.15(6),867-877.
- Mas Sarabia, M. (marzo, 2005). La dieta y su relevancia en la caries dental y la enfermedad periodontal. *Revista archivo médico de Camaguey*.9(1),132-140.
- Medrano, C. (marzo-abril, 2016). Conocimientos, creencias y percepción de universitarios mexicanos sobre caries temprana de la infancia. *Acta Universitaria*.27(2),46-52
- Ministerio de salud del Perú (2017). Estrategias Sanitarias. Recuperado de [http://minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevención\\_2.asp?s ub5=13](http://minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevención_2.asp?s ub5=13).

- Mouriño, J. (2015). Frecuencia y Distribución de Hábitos Para funcionales en un grupo de escolares mexicanos. *Revista Nacional de Odontología*.21(1),30-35.  
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.16925/od.v11i21950>.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- Pesarresi, E. (ene -jun, 2013). Evaluación de sellantes TRA de Ionómero de vidrio aplicado en una comunidad peruana; 12 meses de seguimiento. *Kiru*. 10(1),3-13.
- Rahman, B. (enero, 2013). The relationship between dental health behavior, oral hygiene and gingival status of dental students in the United Arab Emirates, *European Journal of Dentistry*.7(1),22-27.
- Rahman, B. (enero, 2013). The relationship between dental health behavior, oral hygiene and gingival status. *European Journal of Dentistry*. (7),22-27.
- Real Academia Española (2017). Madrid, España. Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Reddy, V. (setiembre,2014). Oral health related knowledge, attitude, and practice among the pre university students of Mysore city, *J Int Soc Prev. Community Dent*.4(3),154–15.
- Robello, M. (ene-jun, 2014). Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en Odontología en Lima, Perú, *Kiru*. 1(1),50-55.

- Rotemberg, E. (mayo, 2015). Dental and Periodontal condition of population in treatment for drug use. Pilot Study. *Revista de Odontoestomatología, universidad de la república de Uruguay*. 7(25),34-39.
- Santander, A. (abril, 2010). Hábitos de Higiene Oral en estudiantes de odontología de la universidad de Chile. *Rev. Clínica de Periodoncia Implantología Rehabilitación Oral*.3(1),165-175.
- Seymour, R. (marzo,1996). The pathogenesis of drug-induced gingival overgrowth, *J Clin Periodontol*.23(1),165-175.
- Shivakumar, K. (Ene-Marzo, 2009). International Caries Detection and Assessment System: A new paradigm in detection of dental caries, *Journal of Conservative Dentistry*,12(1),10-16.
- Soria, M. (Ene-Feb, 2008). Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Rev. Acta de pediatría Mex*, 29(1),21-24.
- Vellini, F. (2004). *Ortodoncia Diagnóstico y Planificación clínica*. (2da Ed). Sao Paulo, Brasil: Artes médicas
- Walsh, T. (enero, 2010). Fluoride Toothpastes pf different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents, *Cochrane Database Syst*.20(1),50-78.
- Walsh, T. (2016). Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst*. 43(4),15-35 Recuperado <https://qmro.qmul.ac.uk/xmlui/handle/123456789/16148>.

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Matriz de Consistencia

### Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PATOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA EDUCACIÓN PREVENTIVA PARA LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES FILIAL NORTE, 2019.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><b>Problema General:</b></p> <p>¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías odontológicas, se relaciona con la educación preventiva en la salud bucal en estudiante de Odontología de la universidad San Martin De Porres Filial Norte?</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>Determinar el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, y su relación con la educación preventiva para la salud bucal en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.</p>	<p><b>Hipótesis Principal</b></p> <p>Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal en los estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial.</p>	<p><b>La variable1:</b></p> <p>Nivel de conocimiento en Patologías Odontológicas.</p>
<p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p>¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, se relacionan con la educación preventiva y la higiene bucal, en estudiantes de Odontología de Universidad San Martin De Porres Filial Norte?</p>	<p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>Determinar el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, y su relación con la educación preventiva para la salud bucal en higiene en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.</p>	<p><b>Hipótesis Derivadas:</b></p> <p>Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con higiene en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.</p>	<p><b>La variable 2:</b></p> <p>Educación preventiva para la salud bucal</p>
<p>¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, se relacionan con la educación preventiva y la dieta, en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte?</p>	<p>Determinar el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, y su relación a la educación preventiva para la salud bucal en dieta. en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte.</p>	<p>Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con higiene en estudiantes de odontología de la Universidad San Martin De Porres Filial Norte</p>	

¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, se relacionan con la educación preventiva con la ingesta de drogas y medicación, en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte?

Determinar el nivel de conocimiento en patologías odontológicas, y su relación a la educación preventiva para la salud bucal en la ingesta de drogas y medicación. en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

¿De qué manera el nivel de conocimiento en patologías Odontológicas, se relacionan con la educación preventiva y con las acciones preventivas, en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte?

Determinar el nivel de conocimiento en patologías odontológicas, y su relación a la educación preventiva para la salud bucal en acciones preventivas. en estudiantes de Odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas, se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal con la ingesta de drogas y medicación en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte

Los niveles de conocimiento en Patologías Odontológicas se relacionan significativamente con la educación preventiva para la salud bucal y con las acciones preventivas en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín De Porres Filial Norte.

TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA
<b>Tipo:</b> Descriptivo - Correlacional	<b>POBLACIÓN</b> Estudiantes universitarios de la Facultad de Odontología de la USMP Filial Norte	<b>Variable 1:</b> Nivel de Conocimiento en Patologías Odontológicas	
<b>Diseño:</b> Observacional – No Experimental	<b>MUESTRA</b> Estudiantes universitarios matriculados de Primer año de la Facultad de Odontología de la USMP Filial Norte.	<b>Instrumento:</b> Evaluación	<b>Kuder-Richardson (KR20):</b>
<b>Enfoque:</b> Cuantitativo	<b>TAMAÑO DE MUESTRA:</b> 69 alumnos matriculados del primer año de la Facultad de Odontología de la USMP Filial Norte.	<b>Variable 2</b> Educación preventiva para la Salud Bucal.	$KR20 = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \sum p_i * q_i / ST^2 \right]$
<b>Corte:</b> Transversal		<b>Instrumento:</b> Cuestionario	

## Anexo 2

### Instrumento de Recolección de Datos

### Prueba de Evaluación Variable de Conocimiento

Edad:	Sexo:
-------	-------

#### Prueba de Evaluación para la Variable Nivel de Conocimiento

Marque usted la alternativa correcta en cada pregunta.

**1.- ¿Cree usted que la caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa (Producida por bacterias)?**

- a.) Si es una enfermedad infecto contagiosa producida por bacterias
- b.) No es una enfermedad producida por bacterias
- c.) No es una enfermedad contagiosa.
- d.) No me queda claro que la caries dental sea una enfermedad importante.

**2.- ¿Cree usted que los siguientes factores como mala higiene dental, consumo excesivo de azúcar, presencia de bacterias en boca, son factores importante para la formación de caries dental?**

- a.) solo mala higiene dental
- b.) solo presencia de bacterias en boca
- c.) solo el consumo de azucares en la dieta
- d.) todas son importantes para la formación de caries dental

**3.- Cual cree usted que es el cepillado más importa de realizar?**

- a.) Al despertarse por las mañanas
- b.) Después de almorzar
- c.) Antes de almorzar
- d.) Después de cenar por las noches

**4.- ¿Qué es la Gingivitis?**

- a.) Es una enfermedad producida por el acumulo de placa bacteriana en el borde gingival.
- b.) Es una enfermedad que causa sangrado de encías al cepillarse.
- c.) Es una enfermedad que produce encías rojas y edematosas.
- d.) Todas son alternativas correctas.

**5.- ¿Por qué considera principalmente que a las personas le sangran las encías?**

- a.) Porque no se lavan los dientes.
- b.) Porque presentan sarro dental.
- c.) Porque no visita al dentista
- d.) Todas las considero causantes de sangrado de encía

**6.- ¿Qué es la periodontitis?**

- a.) Son heridas en la boca por mordernos constantemente.
- b.) Es una enfermedad que afecta al soporte del diente.
- c.) Es la pigmentación de los labios.
- d.) No se

**7.- ¿Qué hábitos cree usted que son perjudiciales para la salud bucal?**

- a.) Fumar Cigarrillos o marihuana
- b.) Succión de dedos
- c.) Consumir muchos carbohidratos en la dieta
- d.) Todos son perjudiciales para la salud bucal

**8. ¿Cree usted que la pérdida de dientes deciduos (dientes de leche) antes del tiempo de recambio dental, puede producir maloclusión dentaria?**

- a.) Si, la pérdida de dientes deciduos antes de tiempo puede producir maloclusión dentaria.
- b.) No existen problemas si el niño pierde sus dientes deciduos antes de tiempo
- c.) No existe problemas porque luego erupcionan los dientes permanentes
- d.) Solo son dientes de leche.

**9.- ¿Cree usted que la respiración bucal puede causar mal posición dentaria?**

- a.) Si, la respiración bucal, causa mal posición dentaria.
- b.) Respirar por la boca no afecta a la salud bucal.
- c.) No, la respiración no influye en la mal posición dentaria.
- d.) No se

**10.- ¿Cuáles son las funciones el diente?**

- a.) Cumple una función fonética.
- b.) Solo sirve para masticar los alimentos.
- c.) Cumple una función estética.
- d.) Todas las anteriores

## Cuestionario Variable Educación Preventiva

Edad:	Sexo:
-------	-------

### Cuestionario Sobre Prevención para la Salud Bucal

Marque usted la alternativa correcta en cada pregunta.

**1.- ¿Cuántas veces se cepilla los dientes durante el día?**

- a.) Solo 1 vez
- b.) Solo 2 veces
- c.) Me cepillo 3 veces al día después de cada comida
- d.) No me cepillo los dientes

**2.- ¿Conoce si su pasta dental contiene flúor?**

- a) Si, mi pasta dental contiene flúor
- b) No, mi pasta dental no contiene flúor
- c) No, me cepillo con pasta dental
- d) El flúor es malo para mis dientes porque los mancha.

**3.- ¿Cree usted que el uso de hilo dental y enjuagues bucales diarios son importantes para mantener una correcta higiene dental?**

- a) Solo el uso de hilo dental pero no diario
- b) Solo el uso de enjuague bucal pero no diario
- c) El uso de hilo dental y enjuague no son necesarios
- d) El uso de hilo dental y enjuague bucal diario son importantes para mantener una correcta higiene dental.

**4.- ¿Cada que tiempo cambia su cepillo dental?**

- a) Cada año cambio mi cepillo dental.
- b) Cada 3 meses cambio mi cepillo dental.
- c) No cambio mi cepillo dental
- d) Cada 6 meses.

**5.- ¿Su dentista le enseñó la forma correcta de cepillado dental?**

- a) Si me enseñó la forma correcta de cepillado dental
- b) Nunca me enseñó a cepillarme los dientes.
- c) Mis padres me enseñaron a lavarme los dientes como ellos creían, sin ninguna orientación del dentista.
- d) Lo aprendí solo.

**6.- Indique usted que alimentos son ideales para mantener la salud bucal**

- a) Hamburguesas, papas fritas y gaseosa.
- b) Verduras, frutas, proteínas y cereales
- c) Galletas y jugos artificiales
- d) Dulces y bebidas energizantes.

**7.- ¿En que momento cree usted que se debe asistir a la primera cita dental?**

- a) Cuando el niño cumpla 4 años y aprenda a cepillarse.
- b) Al primer mes de vida
- c) Cuando le brote el primer diente.
- d) Cuando presente algún dolor.

**8.- ¿Qué enfermedades bucales puede causar la ingesta de drogas como el alcohol, tabaco o marihuana?**

- a) Pueden causar gingivitis, periodontitis crónica.
- b) Puede causar cambio de coloración en el diente o pérdidas dentarias.
- c) No causan ninguna enfermedad
- d) A y B son correctas.

**9.- ¿Cada que tiempo cree usted que es necesario realizar una visita al dentista?**

- a) Una vez por año.
- b) Cada 6 meses.
- c) Cuando presente algún dolor dental.
- d) Cada 2 meses.

**10.- ¿Conoce usted alguna acción preventiva para evitar las caries?**

- a) El uso de flúor, sellantes y ionómeros previenen la caries dental.
- b) Un correcto cepillado, enjuague bucal y hilo dental previene la caries dental
- c) Las visitas al dentista previenen la caries dental.
- d) Todas son correctas

### Anexo 3: Validación de Expertos



#### ANEXO 4: FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista:

Siendo conocedores de su trayectoria académica y profesional, me he tomado la libertad de nombrarlo como JUEZ EXPERTO para revisar a detalle el contenido del instrumento de recolección de datos:

1. Cuestionario (X)    2. Guía de entrevista ( )    3. Guía de focus group ( )  
4. Guía de observación ( )    5. Otro ..... ( )

Presento la matriz de consistencia y el instrumento, la cual solicito revisar cuidadosamente, además le informo que mi proyecto de tesis tiene un enfoque:

1. Cualitativo ( )    2. Cuantitativo (X)    3. Mixto ( )

Los resultados de esta evaluación servirán para determinar la validez de contenido del instrumento para mi proyecto de tesis de pregrado.

Título del proyecto de tesis:	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PATOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA EDUCACIÓN PREVENTIVA PARA LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE ODONTOLÓGÍA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES FILIAL NORTE
Línea de investigación:	Docencia Universitaria

De antemano le agradezco sus aportes.

Estudiantes autores del proyecto:

Apellidos y Nombres	Firma
Norabuena Huapaya Maria Thelma	

Asesor(a) del proyecto de tesis:

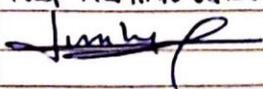
Apellidos y Nombres	Firma
Silva Neyra Oscar, Ruben	

### RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración			
	1	2	3	4
<b>1. SUFICIENCIA:</b> Los ítems que pertenecen a una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener la medición de ésta.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son suficientes.
<b>2. CLARIDAD:</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir su sintáctica y semántica son adecuadas.	El ítem no es claro.	El ítem requiere varias modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>3. COHERENCIA:</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión o indicador.	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión o indicador.	El ítem tiene una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión o indicador que está midiendo.
<b>4. RELEVANCIA:</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Fuente: Adaptado de: [www.humana.unal.co/psicometria/files/7113/8574/5708/articulo3\\_juicio\\_de\\_experto\\_27-36.pdf](http://www.humana.unal.co/psicometria/files/7113/8574/5708/articulo3_juicio_de_experto_27-36.pdf)

#### INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA:

Nombres y Apellidos:	JORGE ALEJANDRO LÓPEZ SÁBIDO
Sexo:	Hombre (X)      Mujer ( )      Edad 46 (años)
Profesión:	CIUJANO DENTISTA
Especialidad:	EST. DE PACIENTES ESPECIALISTA - MD EN IDUJUV.
Años de experiencia:	18 años
Cargo que desempeña actualmente:	DENT ASISTENCIAL JEFE DE SERVICIO - DENT MDR
Institución donde labora:	Hosp. Hern. lv. Valderrama - FD-UNISTP
Firma:	

**FORMATO DE VALIDACIÓN**

Para validar el Instrumento debe colocar en el casillero de los criterios: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, el número que según su evaluación corresponda de acuerdo a la núbrica.

**TABLA N° 1**  
**VARIABLE 1**

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Prueba de Evaluación para la Variable Nivel de Conocimiento					
Autor del Instrumento	Norabuena Huapaya, María Thelma					
Variable 1: (	Nivel de Conocimiento en Patologías Odontológicas.					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
	Lesión de esmalte	4	4	4	4	
	Lesión de Dentina	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Caries Dental	Lesión No Cavitada	4	4	4	4	
	Lesión Cavitada	4	4	4	4	
	Lesión en Cemento	4	4	4	4	
	Lesión Adyacente a Restauraciones	4	4	4	4	
	Gingivitis Leve	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Enfermedad Gingival	Gingivitis Moderada	4	4	4	4	
	Gingivitis Grave	4	4	4	4	
	Enfermedad Gingival	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Enfermedad Periodontal	Periodontitis Crónica	4	4	4	4	
	Periodontitis Agresiva	4	4	4	4	
	P. como manifestación de enfermedades Sistémicas	4	4	4	4	
Conocimiento Sobre maloclusiones dentarias	Mal oclusión clase I	4	4	4	4	
	Mal oclusión clase II	4	4	4	4	
	Mal oclusión III	4	4	4	4	

**TABLA N° 2**  
**VARIABLE 2**

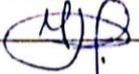
Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Cuestionario					
Autor del Instrumento	María Thelma Norabuena Huapaya.					
Variable 2:	Educación Preventiva para la Salud					
Definición Conceptual:	Disposición para adoptar nuevas conductas acerca de mantener la salud bucal.					
Población:	Estudiantes matriculados en la Facultad de Odontología USMP- Filial Norte					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
Higiene Bucal	Educación en cepillado bucal	4	4	4	4	
	Educación en usos de hilo dental	4	4	4	4	
	Educación en uso de enjuague bucal	4	4	4	4	
Dieta	Dietas Saludables	4	4	4	4	
	Dietas No Saludables	4	4	4	4	
	Vitaminas	4	4	4	4	
Ingesta de Drogas y Medicación	Consumo de Drogas, Alcohol, tabaco, Marihuana	4	4	3	4	
	Uso de Medicamentos.	4	4	4	4	

### RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración			
	1	2	3	4
<b>1. SUFICIENCIA:</b> Los ítems que pertenecen a una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener la medición de ésta.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son suficientes.
<b>2. CLARIDAD:</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir su sintáctica y semántica son adecuadas.	El ítem no es claro.	El ítem requiere varias modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>3. COHERENCIA:</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión o indicador.	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión o indicador.	El ítem tiene una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión o indicador que está midiendo.
<b>4. RELEVANCIA:</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Fuente: Adaptado de: [www.humana.unal.co/psicometria/files/7113/8574/5708/articulo3\\_juicio\\_de\\_experto\\_27-36.pdf](http://www.humana.unal.co/psicometria/files/7113/8574/5708/articulo3_juicio_de_experto_27-36.pdf)

#### INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA:

Nombres y Apellidos:	GERALDO JAVIER PARI ZACARIAS
Sexo:	Hombre (x)    Mujer ( )    Edad <u>44</u> (años)
Profesión:	CIRUJANO DENTISTA - DOCENTE UNIVERSITA.
Especialidad:	REHABILITACION ORAL - MAESTRIA en DOCENCIA
Años de experiencia:	19 Años
Cargo que desempeña actualmente:	Docente clinica INTEGRAL II
Institución donde labora:	FACULTAD ODONTOLOGIA - USMP
Firma:	

### FORMATO DE VALIDACIÓN

Para validar el Instrumento debe colocar en el casillero de los criterios: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, el número que según su evaluación corresponda de acuerdo a la rúbrica.

**TABLA N° 1**  
VARIABLE 1

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Prueba de Evaluación para la Variable Nivel de Conocimiento					
Autor del Instrumento	Norabuena Huapaya, Maria Thelma					
Variable 1: (	Nivel de Conocimiento en Patologías Odontológicas.					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
	Lesión de esmalte	4	4	4	4	
	Lesión de Dentina	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Caries Dental	Lesión No Cavitada	4	4	4	4	
	Lesión Cavitada	4	4	4	4	
	Lesión en Cemento	4	4	4	4	
	Lesión Adyacente a Restauraciones	4	4	4	4	
	Gingivitis Leve	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Enfermedad Gingival	Gingivitis Moderada	4	4	4	4	
	Gingivitis Grave	4	4	4	4	
	Enfermedad Gingival	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Enfermedad Periodontal	Periodontitis Crónica	4	4	4	4	
	Periodontitis Agresiva	4	4	4	4	
	P. como manifestación de enfermedades Sistémicas	4	4	4	4	
Conocimiento Sobre maloclusiones dentarias	Mal oclusión clase I	4	4	4	4	
	Mal oclusión clase II	4	4	4	4	
	Mal oclusión III	4	4	4	4	

**TABLA N° 2**  
**VARIABLE 2**

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Cuestionario					
Autor del Instrumento	Maria Thelma Norabuena Huapaya.					
Variable 2:	Educación Preventiva para la Salud					
Definición Conceptual:	Disposición para adoptar nuevas conductas acerca de mantener la salud bucal.					
Población:	Estudiantes matriculados en la Facultad de Odontología USMP- Filial Norte					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
Higiene Bucal	Educación en cepillado bucal	4	4	4	4	
	Educación en usos de hilo dental	4	4	4	4	
	Educación en uso de enjuague bucal	4	4	4	4	
Dieta	Dietas Saludables	4	4	4	4	
	Dietas No Saludables	4	4	4	4	
	Vitaminas	4	4	4	4	
Ingesta de Drogas y Medicación	Consumo de Drogas, Alcohol, tabaco, Marihuana	4	4	3	4	
	Uso de Medicamentos.	4	4	4	4	

### RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración			
	1	2	3	4
<b>1. SUFICIENCIA:</b> Los ítems que pertenecen a una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener la medición de ésta.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son suficientes.
<b>2. CLARIDAD:</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir su sintáctica y semántica son adecuadas.	El ítem no es claro.	El ítem requiere varias modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>3. COHERENCIA:</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión o indicador.	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión o indicador.	El ítem tiene una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión o indicador que está midiendo.
<b>4. RELEVANCIA:</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Fuente: Adaptado de: [www.humana.unal.co/psicometria/files/7113/8574/5708/articulo3\\_juicio\\_de\\_experto\\_27-36.pdf](http://www.humana.unal.co/psicometria/files/7113/8574/5708/articulo3_juicio_de_experto_27-36.pdf)

#### INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA:

Nombres y Apellidos:	<i>Rony Gonzalez Vilchez</i>
Sexo:	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer ( ) Edad <u>43</u> (años)
Profesión:	<i>Cirujano Dentista</i>
Especialidad:	<i>Rehabilitación Oral (Doctorado en Odontología)</i>
Años de experiencia:	<i>22 años</i>
Cargo que desempeña actualmente:	<i>Docente</i>
Institución donde labora:	<i>USMP (Clínica)</i>
Firma:	<i>[Firma manuscrita]</i>

### FORMATO DE VALIDACIÓN

Para validar el Instrumento debe colocar en el casillero de los criterios: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, el número que según su evaluación corresponda de acuerdo a la rúbrica.

**TABLA N° 1**  
VARIABLE 1

Nombre del Instrumento Motivo de evaluación:		Prueba de Evaluación para la Variable Nivel de Conocimiento				
Autor del Instrumento		Norabuena Huapaya, Maria Thelma				
Variable 1:		Nivel de Conocimiento en Patologías Odontológicas.				
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
	Lesión de esmalte	4	4	4	4	
	Lesión de Dentina	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Caries Dental	Lesión No Cavitada	4	4	4	4	
	Lesión Cavitada	4	4	4	4	
	Lesión en Cemento	4	4	4	4	
	Lesión Adyacente a Restauraciones	4	4	4	4	
	Gingivitis Leve	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Enfermedad Gingival	Gingivitis Moderada	4	4	4	4	
	Gingivitis Grave	4	4	4	4	
	Enfermedad Gingival	4	4	4	4	
Conocimiento sobre Enfermedad Periodontal	Periodontitis Crónica	4	4	4	4	
	Periodontitis Agresiva	4	4	4	4	
	P. como manifestación de enfermedades Sistémicas	4	4	4	4	
Conocimiento Sobre maloclusiones dentarias	Mal oclusión clase I	4	4	4	4	
	Mal oclusión clase II	4	4	4	4	
	Mal oclusión III	4	4	4	4	

**TABLA N° 2**  
**VARIABLE 2**

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Cuestionario					
Autor del Instrumento	Maria Thelma Norabuena Huapaya.					
Variable 2:	Educación Preventiva para la Salud					
Definición Conceptual:	Disposición para adoptar nuevas conductas acerca de mantener la salud bucal.					
Población:	Estudiantes matriculados en la Facultad de Odontología USMP- Filial Norte					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
Higiene Bucal	Educación en cepillado bucal	4	4	4	4	
	Educación en usos de hilo dental	4	4	4	4	
	Educación en uso de enjuague bucal	4	4	4	4	
Dieta	Dietas Saludables	4	4	4	4	
	Dietas No Saludables	4	4	4	4	
	Vitaminas	4	4	4	4	
Ingesta de Drogas y Medicación	Consumo de Drogas, Alcohol, tabaco, Marihuana	4	4	3	4	
	Uso de Medicamentos.	4	4	4	4	

## Anexo 4 Fotografías



